



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

56^e CONSEIL DIRECTEUR

70^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018

Point 4.4 de l'ordre du jour provisoire

CD56/8, Rev. 1
26 septembre 2018
Original: anglais

PLAN D'ACTION POUR LA SANTÉ DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT 2018-2030

Introduction

1. En mai 2016, les États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont adopté la résolution WHA69.2 (1), qui invite les États Membres à s'engager à mettre en œuvre la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* (2). La stratégie mondiale poursuit trois objectifs : *survivre* – mettre un terme aux décès évitables, *s'épanouir* – assurer la santé et le bien-être aux plans mental et physique, et *transformer* – élargir les environnements favorables. La diffusion et la discussion de la stratégie mondiale dans la Région des Amériques ont conduit à l'Engagement à l'action de Santiago, approuvé lors d'une réunion de haut niveau à Santiago (Chili) en juillet 2017 (3). Cet engagement prévoit la mise en œuvre de la Stratégie mondiale accompagnée d'un déploiement d'efforts innovants et plus efficaces pour réduire les iniquités de santé, accroître l'accès aux soins et aux services sanitaires et garantir que chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent des Amériques non seulement survit, mais s'épanouit dans un environnement de transformation où il peut exercer son droit de jouir du meilleur état de santé possible. La Stratégie mondiale plaide pour l'atteinte de la santé physique et mentale ainsi que du bien-être de chaque femme, enfant et adolescent, avec un accès universel aux services et soins de santé, y compris la santé et les droits sexuels et génésiques, pour la possibilité de disposer de perspectives sociales et économiques et pour une pleine participation à l'édification de sociétés prospères et pérennes. En 2017 également, les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), travaillant dans le cadre de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (4) et les objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030 (5) en vue d'atteindre le meilleur état de santé possible pour toutes les personnes vivant dans les Amériques, ont adopté le *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* (PASDA2030) (6), conforme à la Stratégie mondiale.

2. Consciente que la réalisation de cette vision et de ses objectifs et cibles spécifiques appelle une action concertée du secteur de la santé et de la sphère plus large de l'autorité publique, ainsi qu'une action nécessaire relativement aux déterminants sociaux de la santé, l'OPS propose un Plan d'action intégré pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030. La mise en œuvre de ce plan aidera à surmonter les obstacles et les défis courants sur la voie de la santé et du bien-être des femmes, des enfants et des adolescents, d'une manière intégrée et plus efficace tout au long du parcours de vie, en ne laissant personne pour compte et en comblant les lacunes en matière d'iniquité de santé. Cette approche globale facilitera une action multisectorielle et intersectorielle, et appuiera une utilisation plus efficiente des ressources humaines et financières, accroissant ainsi davantage le retour sur investissement déjà élevé en matière de santé des femmes, des nourrissons, des enfants et des adolescents.

3. Dans le contexte de la stratégie globale et du PASDA2030, la mise en œuvre réussie de ce plan nécessitera une réponse globale interprogrammatique et multisectorielle pour faire face aux causes immédiates de la mortalité, de la morbidité et des incapacités évitables chez les femmes, les enfants et les adolescents, ainsi qu'à leurs déterminants sous-jacents dans le cadre des droits, du genre, du parcours de vie et de la diversité culturelle, et pour promouvoir un bien-être, une santé et un développement réels. La nature globale de ce plan d'action est innovante en cela qu'elle associe des domaines de travail préalablement abordés dans quatre stratégies et plans séparés. Cette démarche facilitera l'application d'une approche portant sur l'ensemble du parcours de vie pour renforcer la santé et le bien-être, en réduisant les inégalités de santé, en augmentant l'accès à des soins et des services sanitaires intégrés et en abordant les déterminants courants de la santé, tout en offrant des possibilités optimales de riposte aux problèmes et aux défis spécifiquement liés à la santé de chaque groupe concerné.

Antécédents

4. La justification fondamentale de l'élaboration de ce plan est que les progrès réalisés en matière de santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent ont été inégaux dans la Région. Au sein des populations nationales, certains sous-groupes n'ont pas bénéficié des avancées réalisées. Des différences importantes en termes d'état de santé persistent d'un pays à l'autre et à l'intérieur même des pays, et certains groupes de populations – groupes autochtones, d'ascendance africaine, peu instruits, pauvres, vivant dans des zones rurales, ainsi que certaines populations de femmes, d'enfants et d'adolescents – souffrent en permanence de charges plus élevées de mortalité et de morbidité évitables (7). Cependant, étant donné les importants progrès sociaux et économiques réalisés dans la Région, ainsi que les connaissances, les expériences et les enseignements tirés du travail accompli pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), il y a des raisons d'être confiant quant à la possibilité d'accélérer et d'étendre les réalisations actuelles.

5. L'élaboration de ce plan d'action a bénéficié des orientations figurant dans les documents mondiaux et régionaux cités ci-dessus, ainsi que de l'analyse des évaluations récentes et des enseignements tirés de la mise en œuvre des quatre stratégies et plans d'action suivant : a) *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle*

et les cas graves de morbidité maternelle (2012-2017), approuvé par la résolution CD51.R12 (2011), b) Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015), approuvés par la résolution CD48.R4 Rev.1 (2008), c) Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (2012-2017), approuvés par la résolution CSP28.R20 (2012), et d) Stratégie et plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes (2010-2018) (8-11).

Analyse de la situation

Survivre

6. Le taux de mortalité néonatale en Amérique latine et dans les Caraïbes a diminué de 22,1 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 9,3 en 2014, ce qui correspond à une diminution de 57,9 %. Entre 2008 et 2014, la réduction était de 13,9 %, ce taux étant passé de 10,8 à 9,3. Les états pathologiques périnataux et les anomalies congénitales sont les principales causes de décès chez les nouveau-nés dans la Région des Amériques (12). Les complications d'une prématurité, les anomalies congénitales, les asphyxies et les traumatismes à la naissance, ainsi que les septicémies comptent pour plus de 40 % des décès néonataux. Les inégalités de mortalité néonatale doivent être soulignées, des variations majeures persistant au sein des pays et d'un pays à l'autre (de 1,5 décès pour 1000 naissances vivantes aux îles Caïmans à 31,0 en Haïti) (13). En 2008, les taux de mortalité néonatale dans les pays de la Région se situaient entre 2,9 et 28,5 décès pour 1000 naissances vivantes. Cette différence, qui représente un écart estimé de 25,6, n'a pas encore été réduite de manière importante. Dans les pays aux taux de mortalité néonatale les plus élevés, les valeurs sont jusqu'à 10 fois plus élevées que dans les pays aux valeurs de mortalité néonatale les plus faibles. La contribution proportionnelle de la mortalité néonatale à la mortalité des moins de 5 ans s'est accrue du fait d'une chute importante de la composante de mortalité post-néonatale et de mortalité des enfants âgés de 1 à 4 ans. Avec une mortalité de l'enfant réduite de 67 % entre 1990 et 2015 (passant de 53,8 à 17,9 décès pour 1000 naissances vivantes), la Région a atteint la cible de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement. Les malformations congénitales, la grippe et les pneumonies, et les blessures comptent parmi les causes principales de décès chez les enfants âgés de 1 à 4 ans. La charge relative aux diarrhées, aux pneumonies, à la sous-alimentation et aux maladies à prévention vaccinale a diminué de manière importante entre 2000 et 2015 (14). Ces réductions ont été inégales d'un pays à l'autre : certains pays ont fait de plus grands progrès que d'autres. Les expositions à la pollution, qui ont chez les enfants un impact disproportionné sur la santé, sont également préoccupantes, parmi lesquelles les expositions à la pollution aérienne, aux produits chimiques dangereux, aux changements climatiques, ainsi qu'à une eau de mauvaise qualité, un assainissement insuffisant et une hygiène médiocre (15). Il est nécessaire de déployer des efforts plus importants pour promouvoir de manière systématique des environnements sains et prévenir, au cours de la grossesse et dans l'enfance, l'exposition à des produits chimiques nocifs comme le plomb et les polluants aériens, ces expositions ayant de possibles répercussions sur l'espérance de vie en bonne santé.

7. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les taux de mortalité des adolescents sont restés stables entre 2008 et 2015. Les homicides, les suicides et les lésions dues à des accidents de la route sont les principales causes de décès, avec une mortalité disproportionnellement plus élevée chez les adolescents comparativement aux adolescentes. Les anémies par déficience en fer et les affections cutanées sont les principales causes de perte d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) chez les garçons et les filles âgés de 10 à 14 ans. Chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, la violence interpersonnelle et les lésions par accident de la route étaient les causes principales de perte de DALY chez les garçons, tandis que les affections cutanées et les troubles dépressifs étaient les causes principales chez les filles. La malnutrition et la consommation d'alcool et de drogues sont les principaux facteurs de risque de perte de DALY chez tous les adolescents âgés de 10 à 14 ans, tandis que la consommation d'alcool et de drogues et les risques professionnels sont les facteurs de risque de perte de DALY chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans (16, 17).

8. L'espérance de vie des femmes a été multipliée par deux depuis 1950. Cependant, l'espérance de vie en bonne santé n'a pas augmenté au même rythme et des vies plus longues ne sont pas nécessairement des vies en bonne santé (18). Entre les mesures à prendre à l'égard des facteurs de risque et des déterminants de la mortalité et de la morbidité évitables chez les femmes, parmi lesquels la violence à leur égard et les maladies non transmissibles, et la promotion de la santé mentale et du vieillissement en santé (19, 20), d'importants défis persistent.

9. Seuls 23 pays ont notifié les taux de mortalité maternelle (TMM) au cours de la période 2010-2015, ce qui illustre les défis permanents associés au suivi de la mortalité maternelle et de la santé des mères. Ces 23 pays ont constaté une réduction globale de 11 % de la mortalité maternelle, qui est passée de 63,8 % pour 100 000 en 2010 à 56,6 % pour 100 000 en 2015 (21). Bien que des progrès aient été réalisés, la Région n'a pas atteint l'OMD d'une réduction des trois quarts de la mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Ce défi persiste donc dans le cadre des ODD. L'hypertension et les hémorragies sont toujours les causes les plus importantes de décès maternels, les causes de troisième rang, soit celles relatives aux avortements, ayant par ailleurs été réduites de 9 % en 2010 à 7 % en 2015 (21).

10. Selon les données disponibles, le programme de la Région est inachevé en ce qui concerne les inégalités dans le cadre de l'objectif « Survivre ». Ainsi, les femmes, les enfants et les adolescents des niveaux socio-économiques les plus bas, ceux vivant dans des environnements ruraux, les groupes autochtones, les groupes d'ascendance africaine et les groupes les moins éduqués supportent des charges de morbidité et de mortalité plus élevées. En 2010 par exemple, les taux de mortalité maternelle dans les zones rurales étaient quatre fois plus élevés que ceux constatés dans les zones urbaines pour les 20 pays qui ont notifié cette information. Cependant, en 2015, la proportion avait diminué jusqu'à à peine plus de la moitié, ce qui indique une progression relativement à ce type d'inégalité. En 2015, trois pays ont notifié des TMM supérieurs à 125 pour 100 000 naissances vivantes dans les groupes autochtones et d'ascendance africaine, ce qui crée un fort contraste avec le TMM estimé de 44,2 pour la Région en 2017 (13, 21).

S'épanouir

11. Les ODD et la stratégie mondiale prient instamment les parties prenantes de dépasser le concept de simple survie pour viser le meilleur bien-être possible à toutes les étapes de la vie, permettant ainsi plus facilement aux personnes de s'épanouir en adoptant les objectifs suivants de la stratégie mondiale : mettre un terme à toutes les formes de malnutrition en pourvoyant aux besoins nutritionnels, assurer un accès universel aux services de soins et aux droits en matière de santé sexuelle et génésique,¹ assurer l'accès de toutes les filles et de tous les garçons aux ressources permettant un développement de qualité dans la petite enfance, réduire sensiblement les maladies et les décès liés à la pollution et réaliser la couverture sanitaire universelle.

12. Selon les données disponibles, les enfants et les adolescents de la Région font face à une triple charge de malnutrition : sous-alimentation, déficiences en micronutriments et surpoids ou obésité. La prévalence de rachitisme a diminué en passant de 18,4 % en 2000 à 11,3 % en 2015, avec des différences importantes d'un pays à l'autre s'échelonnant de 1,8 % à 48 %. En 2015, la prévalence régionale estimée d'émaciation était de 1,3 % et celle d'émaciation grave de 0,3 % (12). La prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants est en augmentation : on estime que 7 % des enfants de moins de 5 ans et 15 % des enfants d'âge scolaire sont en surpoids ou obèses. Dans 19 pays possédant des données pour la période 2009-2016, la proportion des élèves de 13 à 15 ans en surpoids varie de 15,9 % au Guyana à 47,1 % aux Bahamas (16). Les données disponibles montrent des variations d'un pays à l'autre pour ce qui est de la consommation actuelle d'alcool chez les 13 à 15 ans. Les pays où les pourcentages des 13 à 15 ans consommant de l'alcool sont les plus élevés sont la Dominique (54 %), Sainte-Lucie (54 %), la Jamaïque (52 %), Saint-Vincent-et-les-Grenadines (51 %) et l'Argentine (50 %). Chez les adolescents de la Région, la consommation d'autres substances psychoactives comme la marijuana, les substances inhalées et la cocaïne reste relativement faible. La consommation à vie de marijuana des adolescents de 13 à 15 ans varie de 3 % en Bolivie à 16 % à Anguilla, et la consommation à vie de cocaïne des populations scolaires au secondaire varie de 0,6 % au Venezuela à 6,0 % au Chili, la plupart des pays se situant dans la fourchette entre 1 à 3 % (16).

13. Entre 2010 et 2016, la prévalence de la contraception chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) est restée stable autour de 68 % et la Région a maintenu une couverture élevée de présence d'un prestataire qualifié lors des soins anténatals et de l'accouchement. En Amérique latine et aux Caraïbes est survenue une réduction modeste du taux de fécondité des adolescentes, qui est passé de 70,4 pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans en 2005-2010 à 66,5 en 2010-2015, mais le groupe d'âge des 15 à 19 ans présente encore le deuxième taux de fécondité le plus élevé au monde et le plus faible taux de réduction au monde (16). Les femmes autochtones, vivant en zones rurales, moins instruites et les adolescentes des niveaux socio-économiques les plus bas sont jusqu'à quatre fois plus susceptibles d'être enceinte que leurs homologues non autochtones, vivant

¹ En aucun cas l'avortement ne doit être préconisé comme méthode de planification familiale. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement [1994]. Disponible sur : https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre.pdf

en zones urbaines, plus instruites, et que celles se situant dans les quintiles les plus élevés d'indice de richesse. Les données concernant la fécondité des filles de moins de 15 ans sont limitées. On estime cependant que 2 % des femmes environ, en Amérique latine et aux Caraïbes, commencent à avoir des enfants avant l'âge de 15 ans (16). Cette Région est également la seule au monde où la tendance est à la hausse pour ce qui est du nombre estimé de grossesses chez les filles de moins de 15 ans (16). De plus, les adolescentes font toujours face à des obstacles importants relativement aux systèmes juridiques, sociétaux, politiques et sanitaires qui leur dénie le droit aux produits services relatifs à la santé sexuelle et génésique qui soient de qualité et délivrés en toute confidentialité, ce qui peut les empêcher de jouir d'une jeunesse satisfaisante et en bonne santé et d'un avenir productif et prospère. Les adolescents devraient recevoir des informations, des conseils et des services pour assurer une santé sexuelle et reproductive intégrale, y compris la contraception, ainsi que les conseils sur les risques associés à une grossesse précoce, et plus particulièrement à la suite d'un mariage précoce ou forcé (2).²

14. Les gouvernements de la Région reconnaissent de plus en plus les bénéfices économiques, éthiques et sociaux d'investir le plus tôt possible au cours de la vie. À côté de l'accent mis sur la réduction de la mortalité infantile évitable, un glissement de perspective a déjà commencé à se produire vers la notion de développement humain. Dix-neuf pays sont déjà dotés de stratégies et de politiques concernant le développement au cours de la petite enfance.³ Il est cependant nécessaire que cet élan soit étendu à tous les pays et aux sous-groupes qui en ont le plus besoin. Le secteur de la santé a un rôle important à jouer pour garantir aux enfants un accès aux services de santé, et ainsi contribuer à leurs possibilités d'épanouissement. Des efforts plus importants sont nécessaires pour renforcer les approches multisectorielles et les interventions précoces, efforts dans lesquels le secteur de la santé doit jouer un rôle actif, ce qui garantira que les services sanitaires deviennent des sources d'information, appuient les parents et créent des liens avec d'autres ressources sociales. Depuis toujours, les enfants et les adolescents de 5 à 14 ans ont été mal desservis au cours des programmes sanitaires dédiés aux enfants et aux adolescents (14, 16). Bien que les risques de mortalité et de morbidité soient probablement les plus faibles à cette période de la vie, celle-ci reste importante pour le renforcement permanent de la santé dans une perspective de parcours de vie.

15. Au-delà d'une approche centrée sur la mortalité, la morbidité et les facteurs de risque chez l'adolescent, les approches de santé de l'adolescent ont également pour objectif de favoriser les atouts pour un développement constructif, comme l'autonomisation des femmes et des filles, les relations intrafamiliales solides, les réseaux, la résilience, les compétences cognitives, émotionnelles et sociales, l'autodétermination progressive, la

² Aux États-Unis, l'éducation sur la manière d'éviter les comportements sexuels à risque est une possibilité pour retarder l'initiation aux rapports sexuels (22). La Colombie a réussi à étendre les services de santé sexuelle et reproductive ainsi que l'éducation sexuelle aux jeunes dans plus de 536 villes, ce qui a contribué à réduire les grossesses chez les adolescentes dans le pays (23).

³ En fait, la Région a vécu plusieurs expériences positives en la matière, comme les programmes *Chile Crece Contigo* [Le Chili grandit avec vous], *Cero a Siempre* [De zéro à toujours] en Colombie, la Stratégie pour le développement au cours de la petite enfance en Jamaïque et le programme *Educa a tu hijo* [Éduquez votre enfant] à Cuba (14).

spiritualité et l'auto-efficacité, tous éléments qui contribuent au projet de vie et au développement personnel. La Région a fait d'importants investissements en matière d'approches intégrées pour la santé de l'adolescent à travers des programmes comme *Familias Fuertes: Amor y Limites* [Familles solides : amour et limites], *Aventuras Inesperadas* [Aventures inattendues] et *Escuelas de Fútbol Jugados por la Salud* [Écoles de football jouant pour la santé]. Au moins 13 pays ont instauré des programmes de ce type au cours de la dernière décennie, bien que leur mise en œuvre soit restée limitée dans la plupart des cas (16). Par ailleurs, l'école est toujours une plateforme importante pour atteindre les enfants et les adolescents par des informations, des programmes et des services sanitaires.

16. La santé de la femme est souvent limitée à la santé dans le cadre de la procréation. Bien que cette perspective soit essentielle, elle n'est pas suffisante pour améliorer la santé et le bien-être des femmes sur tout le parcours de vie. Pour cette raison, ce plan d'action propose une vision de soins et de services sanitaires intégrés et préventifs, qui transcende les approches fragmentaires. Outre les interventions prenant place dans l'enfance et au cours de l'adolescence, la promotion de la santé des femmes nécessite en effet une approche cohérente qui réponde au jeu des déterminants biologiques et sociaux de la santé des femmes, y compris le rôle de l'inégalité en matière de genre dans l'exposition et la vulnérabilité accrues au risque et dans la limitation d'accès aux soins et aux informations sanitaires (20). Les femmes constituent une proportion croissante des adultes âgés et elles font face à des taux croissants de maladies non transmissibles chroniques, dont différents types de cancer parmi lesquels ceux associés au vieillissement. Il est donc nécessaire que les pays investissent dans des stratégies qui abordent ces états pathologiques et favorisent des habitudes et des pratiques de vie saine aux âges les plus jeunes. Le plan d'action contribuera à intensifier la réponse aux besoins sanitaires des femmes tout au long de leur parcours de vie.

17. Il existe des différences significatives d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays quant à la santé de certains groupes de populations, comme les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les personnes moins instruites, celles vivant dans des zones rurales, celles vivant avec des incapacités, les migrants, les lesbiennes, les gays, et les personnes bisexuelles et transgenres (LGBT, par son acronyme en anglais), ainsi que d'autres groupes de personnes. Il est nécessaire de faire des travaux de recherche pour déterminer comment et pourquoi ces groupes présentent des taux différents de mortalité et de morbidité comparativement à d'autres groupes, mais aussi de déployer des efforts multisectoriels ciblés pour comprendre les besoins particuliers de ces groupes sur le plan de la santé et du bien-être, et mettre en œuvre des stratégies qui répondent à ces besoins.

Transformer

18. Les marqueurs proposés par la Stratégie mondiale pour l'objectif « Transformer » sont l'éradication de la pauvreté extrême, l'accomplissement des scolarités primaire et secondaire, l'élimination des pratiques préjudiciables, de la discrimination et de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, l'accès universel à de l'eau potable, sûre et d'un coût abordable et à des conditions d'assainissement et d'hygiène adéquates, le

soutien à la recherche scientifique et la diffusion de ses résultats, l'autonomisation des femmes et des filles, ainsi que l'innovation.

19. Les analyses des déterminants sociaux de la santé ont clairement montré que les conditions dans lesquelles les femmes, les enfants et les adolescents naissent, grandissent, se développent, vivent, jouent et travaillent ont des répercussions majeures sur leur santé. L'égalité entre les genres et l'instruction sont des facteurs prédictifs du bien-être et de la santé aux différentes étapes de la vie. Chez les femmes, des niveaux supérieurs d'instruction ont été associés à un plus faible taux de mortalité maternelle, à une moindre pauvreté et à un meilleur état de santé de leur progéniture. L'instruction au-delà du niveau primaire a en particulier été identifiée comme un déterminant essentiel de la santé sur tout le parcours de vie et s'accompagne, entre autres, d'un taux moindre de mortalité par blessures chez les garçons, d'une fécondité féminine moindre, d'une amélioration de la santé de l'adulte et d'une survie accrue des enfants à venir (16). Inversement, les pays de la Région qui se trouvent dans les quintiles les plus faibles en termes de moyenne d'années de scolarité présentent des taux globaux d'homicide significativement plus élevés et des taux d'homicide plus élevés chez l'adolescent que tous les autres quintiles combinés (16). Dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, les taux d'alphabétisation et de scolarisation au niveau primaire sont élevés, avec une estimation > 95 %. Cependant, dans ces mêmes pays, la scolarisation au niveau secondaire est beaucoup plus faible, et s'échelonne de moins de 50 % à 80 % (16). Selon la Commission économique de l'Amérique latine et des Caraïbes (ECLAC), après 12 années de déclin de la pauvreté et de l'extrême pauvreté (2002-2014), les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont constaté en 2015-2016 une augmentation du nombre de personnes vivant dans des conditions de pauvreté ou d'extrême pauvreté, les groupes les plus touchés étant les femmes, les enfants et les adolescents (24).

20. De nombreuses formes de violence touchent de manière disproportionnée les femmes de tous âges à toutes les étapes de la vie, parmi lesquelles la violence exercée par le partenaire de vie, la violence fondée sur le sexe et le genre, les mariages d'enfants, les mariages précoces et les mariages forcés, la traite d'êtres humains, le féminicide, le harcèlement sexuel, les abus sexuels, ainsi que les abus dans les écoles, sur les lieux de travail et dans les lieux publics. La violence, en particulier la violence sexuelle et la violence fondée sur le genre et exercée par le partenaire de vie, est la forme la plus courante de violence subie par les femmes, constitue toujours l'un des plus grands obstacles à l'égalité entre les genres, et a des répercussions à long terme sur les adolescentes en s'opposant à leur instruction et en augmentant leurs risques de mariage précoce, de grossesse précoce et de contamination par l'infection au VIH ou les autres infections transmises par voie sexuelle. L'OMS estime que, dans les Amériques, 30 % des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles perpétrées par un partenaire, tandis que 11 % ont subi des violences sexuelles perpétrées par un non-partenaire. Dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes, on estime que 58 % des enfants, soit 99 millions, subissent des abus physiques, sexuels ou émotionnels (19, 25). La *Stratégie et le plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* (26) visent à attirer l'attention sur cette problématique de la violence contre les femmes et les adolescentes, à déclencher des interventions pour riposter à ce problème, et

à offrir des conseils aux responsables des systèmes sanitaires pour aborder la violence perpétrée contre les femmes adultes et les adolescentes. La violence propre aux jeunes et l'automutilation touchent les jeunes hommes de manière disproportionnée. Entre 2008 et 2014, neuf décès par homicide sur 10 et deux décès par suicide sur trois survenus chez les 10-19 ans de la Région étaient le fait d'adolescents (16).

Obstacles et défis courants dans le cadre d'un nouveau paradigme

21. L'augmentation régulière de l'espérance de vie et la nécessité de dépasser la simple survie en tant qu'objectif final de santé ont rendu nécessaire de redéfinir et d'étendre les objectifs de santé concernant les femmes, les enfants et les adolescents. Pour réaliser les objectifs de ce plan d'action, les efforts doivent se situer au-delà de la simple prévention des maladies, et garantir le développement optimal des capacités et l'accès à des possibilités de renforcer la santé et le bien-être au cours du temps et d'une génération à l'autre. Dans ce nouveau paradigme, les défis et les obstacles clés concernant couramment la santé des femmes, des enfants et des adolescents de la Région sont les suivants :

- a) **Manque d'un accès équitable pour tous à des soins et des services sanitaires permanents et d'excellente qualité.** Les données factuelles laissent penser que l'inefficience du système sanitaire et le manque d'équité ont été en grande partie responsables de la lenteur des progrès réalisés par certains pays pour atteindre les OMD (7). La perspective du parcours de vie promeut une approche des soins et des services sanitaires envisagés globalement, qui est différente du modèle classique de prestation des soins. Le modèle de causalité sur l'ensemble du parcours de vie nécessite des systèmes sanitaires qui dépassent les structures fonctionnant sur la base de programmes verticaux et répondant à des demandes ponctuelles de soins, et se transforment en systèmes proactifs qui contribuent au renforcement continu de la santé et du bien-être sur toute la durée de vie, interrompant alors la transmission inter- et intragénérationnelle de la mauvaise santé.
- b) **Insuffisance des interventions systématiques de promotion de la santé et de prévention en matière de santé dans les familles, les établissements éducatifs et les communautés.** L'importance et le rôle de ces différents contextes varient au cours de la vie, mais restent toujours pertinents. Les interventions sanitaires ciblant les familles, les écoles et les communautés ont été limitées en portée et, de ce fait, n'ont pas réussi à atteindre les groupes qui en avaient le plus besoin. Les données factuelles laissent penser qu'il est essentiel de travailler avec les personnes, les familles et les communautés pour garantir le continuum recommandé de soins au cours de la grossesse, de la naissance et du post-partum (27). Les mères, les pères, et les autres soignants ou tuteurs (hommes et femmes) jouent un rôle crucial dans la santé et le développement des enfants et des adolescents, tandis que l'école, les pairs et les médias sociaux prennent de plus en plus d'importance au cours de l'enfance et de l'adolescence, et ce jusqu'à l'âge adulte.
- c) **Insuffisance de possibilités de participation systématique et en tout temps des femmes, des enfants et des adolescents à leur propre santé.** Comme l'explique la stratégie mondiale, les femmes, les enfants et les adolescents sont les agents les

- plus à même d'améliorer leur propre santé et de créer des sociétés prospères et pérennes. Cependant, des interventions communautaires inclusives ne peuvent survenir dans le vide. Celles-ci doivent être systématiquement encouragées et facilitées par des politiques de soutien, des financements et des dispositifs institutionnalisés pour l'autonomisation et la participation systématiques des parties prenantes, tout en étant attentif à ne pas reproduire ou perpétuer une inégalité de distribution en fonction du genre des responsabilités en termes de promotion de la santé et des soins de santé.
- d) **Manque d'informations stratégiques pour surveiller l'état de santé et les inégalités de santé, et éclairer l'élaboration d'approches visant à transformer les interventions sanitaires.** La rareté des données de mortalité, de morbidité et d'incapacité en Amérique latine et dans les Caraïbes limite la compréhension de la survie et du bien-être des femmes, des enfants et des adolescents. Les ensembles de données disponibles, y compris les données sur la morbidité et la mortalité, sont souvent limités à des moyennes nationales non ventilées par cause, âge, ethnicité et lieu de résidence, et ne mettent donc pas en évidence les inégalités au niveau des sous-populations. De plus, les approches de la santé basées sur le parcours de vie nécessitent différents types de données, parmi lesquelles des données longitudinales sur les expositions et sur l'évolution des trajectoires de santé chez les personnes et dans les groupes, faisant le lien avec des ensembles de données produits dans un secteur autre que celui de la santé. La mise à disposition limitée de ce type de données rend difficiles l'évaluation et le suivi de l'évolution de la santé dans une perspective de parcours de vie. Enfin, les indicateurs de santé tendent à mesurer la mortalité et la morbidité, tandis que les mesures de santé en tant que résultat restent limitées.
- e) **Manque d'une approche multisectorielle pour aborder les déterminants de la santé.** De nombreux facteurs influençant la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents relèvent d'un secteur autre que le secteur de la santé. De ce fait, les points d'entrées clés pour aborder les inégalités de santé se trouvent également en dehors du secteur sanitaire. De plus, les facteurs contribuant aux inégalités et aux vulnérabilités sont souvent complexes et multidimensionnels, nécessitant alors la participation de multiples secteurs à de multiples niveaux pour aborder les inégalités et les déterminants sociaux de la santé. Les interventions multisectorielles peuvent se situer à divers niveaux, soit : *a)* la coopération : interaction entre les secteurs pour harmoniser les interventions de chaque secteur de manière à obtenir une plus grande efficacité dans la perspective d'un objectif commun, *b)* la coordination : synergies entre secteurs et mise en œuvre conjointe d'éléments de politiques et de programmes, avec ou sans ressources financières communes, *c)* l'intégration : définition conjointe de politiques, de programmes et partage des ressources, des responsabilités et des interventions. L'efficacité et la pérennité d'une intervention multisectorielle reposent sur un leadership politique, sur la volonté de participation des acteurs clés dans les secteurs pertinents, et sur l'existence d'un cadre politique d'appui. Le secteur de la santé peut jouer un rôle important dans le déclenchement d'interventions multisectorielles pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, en partageant des informations sur leur état

de santé, sur leurs risques et sur les déterminants de leur santé, en dégagant les domaines prioritaires pour des interventions transsectorielles, et en appuyant les dispositifs de coopération, de coordination et d'intégration multisectorielles. Selon le contexte du pays, les approches multisectorielles seront plus efficaces si elles incluent un large éventail de parties prenantes, comme divers secteurs et niveaux gouvernementaux, des agences internationales, des organisations non gouvernementales, la société civile, des organisations communautaires, le secteur privé, le secteur universitaire, les instituts de recherche et les personnes présumées bénéficiaires des interventions déployées.

- f) **Manque d'une perspective et d'une approche sur l'ensemble du parcours de vie.** L'approche sur l'ensemble du parcours de vie permet la détermination en temps opportun de périodes critiques ou sensibles, et appuie le renforcement de la santé à chaque étape spécifique de la vie, tout en offrant des informations pour améliorer les trajectoires de santé au cours du temps. Cette approche offre une meilleure appréciation de la dimension intergénérationnelle de la santé en tant que ressource transmise d'une génération à l'autre. Elle appuie également l'amélioration de l'appréciation de la santé et du bien-être en tant que moyen de parvenir à un développement durable d'une manière plus équitable, tout en considérant la santé comme un droit essentiel et une ressource pour l'élaboration de capacités intrinsèques et la création de réserves fonctionnelles des personnes tout au long de leur parcours de vie. En tant que telle, la perspective du parcours de vie voit la santé et le développement comme un continuum sur l'ensemble de la vie, nécessitant une vision de la santé publique qui soit à la fois étendue et tournée vers l'avenir et qui augmentera la capacité de réponse aux véritables besoins et priorités de la santé et du développement de la population à chaque étape de vie et au cours du temps.

Projet

22. La *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030*, le PASDA2030 et la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* constituent le cadre de ce plan d'action. L'objectif global de ce plan est de protéger les bénéfices obtenus jusqu'ici et de combler les lacunes restantes pour garantir des vies en bonne santé et promouvoir le bien-être de toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents dans les Amériques.

23. Les valeurs et principes suivants, soulignés de manière plus détaillée dans l'annexe A, orientent ce plan d'action :

- a) équité en matière de santé,
- b) participation de la communauté,
- c) interventions multisectorielles fondées sur des données factuelles,
- d) droits de l'homme, égalité entre les genres et interculturalité,
- e) approche sur l'ensemble du parcours de vie,

- f) innovation et recherche,
- g) responsabilisation, transparence et pérennité financières.

Axes stratégiques d'intervention

24. Ce plan d'action est basé sur quatre axes stratégiques d'intervention qui sont complémentaires et se renforcent mutuellement. Dans la mesure où les pays ont progressé à différents degrés dans la direction des objectifs Survivre, S'épanouir et Transformer, et qu'il sera nécessaire que chaque pays établisse son propre plan d'action en fonction de son contexte national et de ses priorités, les axes stratégiques d'intervention proposés ont pour but d'orienter les interventions nationales et infra nationales.

- a) renforcer un contexte politique de transformation pour réduire les iniquités de santé chez les femmes, les enfants et les adolescents ;
- b) promouvoir une santé et un bien-être réels, équitables et universels pour toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents dans leur famille, à l'école et dans leur communauté tout au long du parcours de vie ;
- c) élargir l'accès équitable des femmes, des enfants, des adolescents et des familles à des services sanitaires globaux, intégrés, de qualité et centrés sur la personne, la famille et la communauté ;
- d) renforcer les systèmes d'information pour la collecte, la mise à disposition, l'accessibilité, la qualité et la diffusion d'informations stratégiques, parmi lesquelles les données et les statistiques sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents, en respectant le cadre des principes proposés dans ce plan.

25. Le plan adopte une perspective politique publique et égalitaire pour aborder, à l'aide d'une approche multisectorielle et de manière appropriée, les déterminants sous-jacents à la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il est aligné, et s'appuie, sur les interventions et les engagements régionaux existants, parmi lesquels le travail de l'OPS sur l'équité en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé, le *Projet de politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes*, approuvé en 2005 (résolution CD46.R16) (28), le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques*, approuvé en 2014 (résolution CD53.R2) (29), la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, approuvée en 2014 (résolution CD53.R14) (4), la *Politique en matière d'ethnicité et de santé* de l'OPS, approuvée en 2017 (résolution CSP29.R3) (30), le *Plan d'action sur la santé mentale* de l'OPS, approuvé en 2014 (résolution CD53.R8) (31), les *Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* de l'OPS, approuvés en 2015 (résolution CD54.R12) (26), le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans les Amériques 2013-2019*, approuvé en 2013 (résolution CD52.R9) (32), le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021*, approuvé en 2016 (résolution CD55.R5) (33), le *Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022*, approuvé en 2017 (résolution CSP29.R4) (34), le *Plan d'action en matière de vaccination pour 2016-2020*, approuvé en 2015

(résolution CD54.R8) (35) et la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023*, approuvé en 2017 (résolution CSP29.R15) (36).

26. La mise en œuvre réussie de ce plan d'action nécessitera des interventions multisectorielles stratégiques et soutenues. Dans le contexte de ce plan, il sera essentiel de développer des synergies, ainsi qu'une planification, une mise en œuvre, un suivi et une évaluation des interventions conjointement avec les autres secteurs, parmi lesquels les secteurs de l'éducation, de la protection sociale, de la justice et la société civile, dans le but d'aborder les déterminants sociaux qui influencent la santé des femmes, des enfants et des adolescents, et de réduire les iniquités de santé. Une mise en œuvre intégrée et cohérente des axes d'intervention proposés, en fonction du contexte national et des priorités du pays, contribuera à la réalisation des cibles d'impact suivantes :

Objectif	Indicateur	Référence 2018 ⁴	Cible 2026 ⁵	Cible 2030
1. Réduction du taux de mortalité maternelle (TMM)	TMM régional	À déterminer	À déterminer	< 30 pour 100 000 naissances vivantes ⁶
	Nombre de pays et territoires avec un TMM < 30 pour 100 000 ⁷ naissances vivantes (ventilé par âge, lieu de résidence, ethnicité et cause)	5	10	15
	Nombre de pays et territoires qui ont réduit leur TMM d'au moins 30 % (ventilé par âge, lieu de résidence, ethnicité et cause)	À déterminer	À déterminer	À déterminer
2. Réduction du taux de mortalité néonatale	Taux régional de mortalité néonatale	8,0 (2016)	7,5	7 pour 1000 naissances vivantes

⁴ Une fois réalisée l'évaluation des données d'état civil dans la Région, et selon le « Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022 », des ajustements pourraient être apportés aux références

⁵ Les cibles 2026 seront alignées sur les cibles du nouveau Plan stratégique de l'OPS.

⁶ Cible PASDA2030

⁷ Cible PASDA2030

Objectif	Indicateur	Référence 2018 ²	Cible 2026 ³	Cible 2030	
	Nombre de pays et territoires avec un taux de mortalité néonatale < 9 pour 1000 naissances vivantes ⁸ (ventilé par lieu de résidence et ethnicité, selon chaque pays)	6	13	18	
	Nombre de pays et territoires qui ont réduit leur taux de mortalité néonatale d'au moins 10 % dans tous les groupes de population (ventilé par âge, lieu de résidence, ethnicité et cause)	0	À déterminer	À déterminer	
	Nombre de pays et territoires où le nombre de bébés de petit poids de naissance (proportion de nouveau-nés pesant moins de 2500 grammes) a décru d'au moins 10 %	0	8	12	
3. Réduction du taux de mortalité des moins de 5 ans	Taux de mortalité régional des moins de 5 ans	15,9 (2016)	15,2	< 14 pour 1000 naissances vivantes ⁹	
	Nombre de pays et territoires avec un taux de mortalité des moins de 5 ans < 16 pour 1000 naissances vivantes dans tous les groupes de population (ventilé par âge (< 1 et < 5), lieu de résidence et ethnicité, selon chaque pays)	6	13	18	
4. Réduction du taux de mortalité due aux homicides chez les garçons et les filles âgés de 10 à 19 ans (ventilé selon les tranches d'âge de 10 à 14 ans et 15 à 19 ans)	Taux régional d'homicide chez les garçons et les filles âgés de 10 à 19 ans (ventilé selon les tranches d'âge de 10 à 14 ans et 15 à 19 ans)	Garçons 10 à 14 ans	À déterminer	À déterminer	Réduit d'un tiers ¹⁰
		Filles 10 à 14 ans	À déterminer	À déterminer	Réduit d'un tiers
		Garçons 15 à 19 ans	À déterminer	À déterminer	Réduit d'un tiers
		Filles 15 à 19 ans	À déterminer	À déterminer	Réduit d'un tiers

⁸ Ibid.⁹ Ibid.¹⁰ Cible ODD

Objectif	Indicateur		Référence 2018 ²	Cible 2026 ³	Cible 2030
5. Réduction du taux de mortalité par suicide chez les garçons et les filles âgés de 10 à 19 ans	Taux régional de suicide chez les garçons et les filles âgés de 10 à 19 ans	Garçons 10 à 19 ans	5,6 pour 100 000 (2014)	Réduit d'un sixième	Réduit d'un tiers
		Filles 10 à 19 ans	2,7 per 100 000 (2014)	Réduit d'un sixième	Réduit d'un tiers
	Nombre de pays et territoires qui ont réduit d'un tiers le taux de suicide chez les garçons et les filles âgés de 10 à 19 ans (ventilé par lieu de résidence et ethnicité)		0	5	10
6. Réduction du taux de fertilité spécifique à l'âge chez les filles de 10 à 14 ¹¹ ans et de 15 à 19 ans	a) Taux régional de fertilité spécifique à l'âge chez les filles et les adolescentes âgées de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans	10 à 14 ans	s. o. ¹²	Réduction de 5 %	Réduction de 10 %
		15 à 19 ans	66,5 (2010-2015) ¹³	Réduction de 5 %	Réduction de 10 %
	b) Nombre de pays et territoires qui mesurent le taux de fertilité spécifique à l'âge chez les filles âgées de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans (ventilé par lieu de résidence, ethnicité et niveau d'instruction)	0	5	10	0

¹¹ Certains pays utiliseront d'autres groupes d'âge, en fonction de leur contexte national.

¹² Données actuellement non disponibles, mais la grossesse chez les filles de 10 à 14 ans a été incluse dans les cibles des ODD, ce qui encouragera le déploiement d'efforts pour produire ces données.

¹³ Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. World fertility patterns 2015. Disponible en anglais sur :

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>

Objectif	Indicateur	Référence 2018 ²	Cible 2026 ³	Cible 2030
	c) Nombre de pays et territoires qui ont réduit de 10 % le taux de fertilité spécifique à l'âge chez les filles âgées de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans dans les groupes les moins performants ¹⁴	0	3	8
7. Augmentation de l'espérance de vie en bonne santé des femmes dans les Amériques	Espérance de vie en bonne santé des femmes dans les Amériques	69,2 ans (2018) ¹⁵	À déterminer	Au moins une année supplémentaire

Axe stratégique d'intervention 1 : renforcer un contexte politique de transformation pour réduire les iniquités de santé chez les femmes, les enfants et les adolescents

27. Les iniquités en santé sont créées ou perpétuées et résolues le plus efficacement à de multiples niveaux, y compris au niveau des politiques. Pour aborder de manière efficace et systématique les inégalités de santé qui touchent les femmes, les enfants et les adolescents, il est extrêmement important de comprendre comment ces iniquités se développent à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, et comment il est possible de favoriser une culture équitable de la santé. Il est nécessaire d'évaluer les répercussions des politiques, des stratégies et des plans actuels concernant la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents, et de réviser ces politiques, ces stratégies et ces plans afin de créer le contexte politique de transformation nécessaire pour garantir qu'aucune femme, aucun enfant, ni aucune personne jeune ne soit laissé pour compte.

28. Les efforts déployés sur cet axe stratégique d'intervention incluront un appui pour la mise en œuvre de l'analyse des politiques de santé et pour la transformation de ces politiques, avec l'objectif de réduire les iniquités touchant la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Le travail en cours de l'OPS sur la santé dans toutes les politiques constituera un élément important des activités réalisées sur cet axe stratégique d'intervention, complétées par des activités ciblant les politiques et les problèmes spécifiques quant à la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Objectif	Indicateur	Référence 2018	Cible 2022	Cible 2026	Cible 2030
1.1 Renforcer la capacité des pays à mettre en œuvre des politiques qui mesurent,	1.1.1 Nombre de pays et territoires qui ont mis en œuvre des politiques intersectorielles pour aborder les déterminants	10	20	30	40

¹⁴ Dans ce contexte, une moindre performance signifie des taux de fertilité élevés.

¹⁵ Calcul de l'OPS fondé sur les données de 37 pays et territoires

Objectif	Indicateur	Référence 2018	Cible 2022	Cible 2026	Cible 2030
surveillent, analysent systématiquement et font évoluer les iniquités de santé chez les femmes, les enfants et les adolescents	de la santé chez les femmes, les enfants et les adolescents				
	1.1.2 Nombre de pays et territoires qui ont établi au niveau national des cibles de réduction des iniquités de santé chez les femmes, les enfants et les adolescents (au niveau infranational si le pays est décentralisé)	À déterminer	15	30	40
1.2 Accroître la participation des parties prenantes concernées, parmi lesquelles les femmes, les adolescents, les familles, la société civile et les communautés, aux processus d'élaboration et de suivi de politiques visant à atteindre l'équité en matière de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents	1.2.1 Nombre de pays et territoires possédant des dispositifs spécifiques par lesquels les femmes et les adolescents peuvent participer à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des politiques publiques	12	20	30	40

29. Une participation structurelle, libre et authentique des femmes, des enfants et des adolescents, des familles, des groupes en situation de vulnérabilité et des communautés sera essentielle pour optimiser les résultats. Il sera donc crucial de disposer de politiques, de mécanismes et de possibilités d'autonomisation de ces parties prenantes et de les faire participer à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des interventions visant à améliorer leur santé. La responsabilisation est également importante pour accélérer les progrès, dans la mesure où elle permet de suivre les ressources et les résultats, et qu'elle fournit des informations sur ce qui fonctionne, ce qui doit être amélioré, et ce qui requiert une attention accrue. Une responsabilisation transparente et inclusive sera utile pour faire participer toutes les parties prenantes à ce cycle d'apprentissage et d'amélioration permanents, ce qui contribue à l'accélération des progrès.

30. Les activités clés au niveau de la Région comporteront :

- a) la promotion et le soutien à la mise en œuvre d'approches innovantes, comme l'outil Innov8 (37), pour analyser au niveau des politiques et des programmes les iniquités touchant la santé des femmes, des enfants et des adolescents ;
 - b) la documentation et le partage des bonnes pratiques et des enseignements tirés dans les pays quant à la promotion d'un engagement et d'une participation durable des personnes jeunes, des communautés et d'autres secteurs, à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques publiques ;
 - c) le suivi des progrès et la publication de rapports régionaux périodiques sur les réductions obtenues en matière d'iniquités de santé chez les femmes, les enfants et les adolescents au niveau régional ;
31. Les activités clés au niveau des pays comporteront :
- a) la révision et la réforme des politiques nationales, et l'élaboration de feuilles de route de pays concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents, en ciblant les iniquités de santé touchant ces groupes ;
 - b) l'établissement de dispositifs pour suivre les résultats et les ressources en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents, qui incluent selon les besoins la société civile et le secteur privé ;
 - c) la mise en œuvre, dans chaque pays, d'un cadre conceptuel pour la santé dans toutes les politiques et d'une feuille de route pour orienter les interventions multisectorielles abordant les déterminants de la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Axe stratégique d'intervention 2 : promouvoir une santé et un bien-être réels, équitables et universels pour toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents dans leur famille, à l'école, et dans leur communauté, tout au long du parcours de vie

32. L'environnement social joue un rôle important dans la construction et la protection de la santé et du bien-être des familles, des femmes, des enfants et des adolescents. Outre leur rôle dans la réduction des facteurs de risque de mortalité et de morbidité évitables, les parents, les écoles et les communautés peuvent contribuer de manière importante à encourager la santé par le biais d'interventions concernant le développement précoce de l'enfant au sein de la famille, d'interventions sanitaires intéressant l'enfant et l'adolescent au sein de la famille et de l'école, et d'interventions communautaires visant la prévention des mortalités maternelle et néonatale et la promotion de la santé des femmes.

33. Une approche sur l'ensemble du parcours de vie des interventions dans les familles, les écoles, les communautés et autres environnements sociaux, signifie que les interventions ne résolvent pas seulement des problèmes courants de santé et les problèmes propres à des étapes particulières de vie, mais que sont également adoptées des approches plus projectives pour renforcer la santé à chaque étape de la vie et appuyer la transmission intergénérationnelle d'une bonne santé. Afin d'obtenir des répercussions positives

optimales, le déroulement des interventions clés doit coïncider avec les moments critiques du développement des trajectoires de santé.

34. Il est crucial que les interventions soient fondées sur des données factuelles, qu'elles ciblent et autonomisent des groupes en conditions de vulnérabilité, et qu'elles soient mises en œuvre à l'échelle nécessaire pour obtenir des résultats. Étant donnée la charge disproportionnée de problèmes de santé chez les autochtones, les personnes d'ascendance africaine et les populations rurales, les interventions doivent inclure des approches sensibles au plan interculturel ou culturel et adaptées aux contextes et aux besoins respectifs de ces groupes. De plus, il faut concevoir des stratégies ciblées pour atteindre les groupes marginalisés et invisibles, comme les femmes, les enfants et les adolescents migrants, ceux vivant avec des incapacités, les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT), celles privées de liberté et d'autres populations en situation de vulnérabilité. La participation de ces groupes à l'élaboration des interventions est essentielle, et elle contribuera à des approches innovantes et plus efficaces.

Objectif	Indicateur	Référence 2018	Cible 2022	Cible 2026	Cible 2030
2.1 Améliorer la santé mentale, physique, sexuelle et génésique, et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents au sein des familles	2.1.1 Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois qui sont exclusivement allaités ¹⁶	30,5 %	50 %	60 %	70 %
	2.1.2 Nombre de pays et territoires qui ont mis en œuvre des programmes de prise en charge parentale ¹⁷ pour les parents d'enfants et adolescents, avec des cibles spécifiques pour les groupes vulnérables en fonction de la région, de la résidence et du sous-groupe d'âge (< 1 an, de 1 à 5 ans, de 6 à 10 ans, > 10 ans)	14	20	25	30
	2.1.3 Prévalence de l'utilisation de méthodes contraceptives modernes par les femmes en âge de procréer, par groupe d'âge	À déterminer	À déterminer	À déterminer	À déterminer
2.2 Améliorer la santé mentale, physique, sexuelle et	2.2.1 Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui sont, au plan du développement, sur la bonne voie en termes de santé, d'apprentissages et de bien-être psychosocial ¹⁸	À déterminer	À déterminer	À déterminer	À déterminer

¹⁶ L'OMS et le Collectif Mondial pour l'allaitement ont proposé une cible 2030 de 70 %.

¹⁷ D'autres appellations incluent, entre autres : programmes pour parents, programmes de compétences parentales, programmes destinés aux mères et aux pères.

¹⁸ Indicateur ODD. Une définition et une méthodologie normalisées sont en cours d'élaboration et devraient être disponibles en 2019.

Objectif	Indicateur	Référence 2018	Cible 2022	Cible 2026	Cible 2030
génésique, et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents au sein des familles à l'intérieur des communautés	2.2.2 Nombre de pays et territoires dotés au niveau national d'au moins un programme comportant des cibles spécifiques de santé et d'autonomisation des femmes, des enfants et des adolescents	À déterminer	10	20	25
	2.2.3 Nombre de pays et territoires qui disposent de données récentes (cinq ans ou moins) sur la proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions éclairées concernant les relations sexuelles, l'utilisation d'un moyen contraceptif, et les soins de santé génésique.	3	5	7	10
2.3 Encourager l'utilisation de la plateforme scolaire pour la promotion de la santé mentale, physique, sexuelle et génésique ainsi que le bien-être des enfants et des adolescents, y compris une approche globale de l'éducation sexuelle (2) ¹⁹	2.3.1 Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre un programme scolaire national utilisant une approche globale ²⁰ et auquel participent au moins 50% des écoles publiques des niveaux pré-primaires, primaires et secondaires.	2	10	20	25

¹⁹ Selon l'Organisation des Nations Unies, une approche globale de l'éducation sexuelle est un processus d'enseignement et d'apprentissage basé sur un programme et portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Il vise à doter les enfants et les jeunes des connaissances, des compétences, des attitudes et des valeurs qui leur permettront de réaliser leur santé, leur bien-être et leur dignité, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de considérer comment leurs choix affectent leur propre bien-être et celui des autres et de comprendre et assurer la protection de leurs droits tout au long de leur vie. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach [Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle]. Disponible en anglais sur : <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf>

²⁰ Un programme scolaire national utilisant une approche globale est articulé autour de quatre éléments: 1) des politiques sanitaires en milieu scolaire équitables, 2) des environnements salubres et sûrs nécessaires à l'apprentissage, 3) une éducation sanitaire basée sur l'acquisition de savoir-faire et 4) des services de santé en milieu scolaire, y compris des soins de santé mentale, physique et SRF adaptés à l'âge. Organisation mondiale de la Santé, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et la Banque mondiale. Accorder la priorité à un programme efficace de santé scolaire: une manière FRAICHE d'améliorer la qualité et d'accroître l'équité dans le domaine de l'éducation. Disponible sur : <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGSchoolHealth-FRESH.pdf>

Objectif	Indicateur	Référence 2018	Cible 2022	Cible 2026	Cible 2030
2.4 Renforcer les capacités du secteur de la santé pour une articulation intersectorielle et interinstitutionnelle efficace, y compris avec la société civile	2.4.1 Nombre de pays et de territoires dotés de mécanismes spécifiques permettant à la société civile et au secteur privé, selon le cas, de participer à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des programmes de santé destinés aux femmes, aux enfants ou aux adolescents	À déterminer	20	30	40

35. Les activités clés au niveau de la Région comporteront :

- a) le partage d'orientations normatives et le renforcement des capacités permettant d'élaborer des interventions ciblant la santé des femmes, des enfants, des adolescents et des familles sur tout le parcours de vie ;
- b) un soutien pour documenter, évaluer et diffuser les enseignements tirés des pays qui ont adopté des approches et des programmes de pays envisageant l'ensemble du parcours de vie ;
- c) un appui aux pays pour actualiser leurs stratégies et plans d'action nationaux en les focalisant sur la clairvoyance, la multisectorialité et l'innovation, et en utilisant des orientations fondées sur des données factuelles comme celles du *Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (38)* et du *Nurturing Care Framework (39)* ;
- d) une offre d'orientations et de renforcement des capacités fondées sur des données factuelles en matière de développement dans la petite enfance (0 à 8 ans),²¹ et de santé et de développement des enfants âgés de 6 à 9 ans et des adolescents (sous-groupes de 10 à 14 ans et 15 à 19 ans) ;
- e) une coordination pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route régionale visant à renforcer les programmes et les services sanitaires scolaires ;
- f) la fourniture aux États Membres d'un appui technique pour la mise en œuvre réussie dans les familles et les communautés d'approches et d'interventions innovantes, multisectorielles et fondées sur des données factuelles pour promouvoir la santé des femmes, des enfants et des adolescents, comme les programmes *Familias Fuertes* et *Chile Crece Contigo*, et autres programmes émergents fondés sur des données factuelles comme le programme *Parenting for Lifelong Health*.

²¹ Fourchette d'âge de la petite enfance telle qu'elle est définie dans la *Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies (2005)*. Cette fourchette peut varier en fonction des spécificités du contexte de pays.

36. Les activités clés au niveau du pays comporteront :
- a) l'examen et la révision des approches et des programmes nationaux et infranationaux pour les faire évoluer en approches fondées sur le parcours de vie ;
 - b) la mise en œuvre, l'évaluation et la documentation d'interventions de promotion et de prévention basées sur le parcours de vie et visant, dans les familles, les écoles et les communautés et à l'échelle nécessaire, la santé des femmes, des enfants et des adolescents ;
 - c) l'établissement de dispositifs multipartites nationaux et infranationaux pour faciliter la participation de la société civile à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des interventions sanitaires destinées aux femmes, aux enfants et aux adolescents ;
 - d) le renforcement des partenariats avec le secteur de l'éducation, les secteurs de la protection sociale et les parties prenantes, pour élaborer et mettre en œuvre des interventions conjointes visant la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents.

Axe stratégique d'intervention 3 : élargir l'accès équitable des femmes, des enfants et des adolescents à des services sanitaires globaux, intégrés, de qualité et centrés sur la personne, la famille et la communauté

37. En 2009, les États Membres de l'OPS ont adopté une politique régionale pour élaborer des réseaux intégrés de services de santé (RISS) fondés sur les soins de santé primaires (SSP) afin de relever les défis majeurs posés par la fragmentation des soins et des services de santé, et contribuer à la prestation de soins de santé accessibles, équitables, efficaces et de meilleure qualité. En 2014, les États Membres ont adopté la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, dont les quatre lignes stratégiques sont les suivantes : *a)* élargir l'accès équitable à des services de santé globaux, de qualité, axés sur les personnes et les communautés, *b)* renforcer la fonction de direction et la gouvernance, *c)* augmenter et améliorer le financement, avec équité et efficacité, et progresser vers l'élimination du paiement direct qui devient un obstacle à l'accès au moment de la prestation des services et *d)* renforcer la coordination multisectorielle pour aborder les déterminants sociaux de la santé. Depuis lors, la Région a travaillé à la mise en œuvre progressive de ces engagements.

38. Les activités proposées selon ces axes d'intervention sont conçues pour contribuer à ces efforts, en ciblant plus particulièrement quatre objectifs :

- a) finir le travail inachevé des plans d'action précédents en matière de prévention de la mortalité maternelle, des cas graves de morbidité maternelle et de la mortalité néonatale, en garantissant un accès universel à des soins continus qui débutent avant la conception, se poursuivent pendant la grossesse, lors de la naissance et des suites de couches, puis à l'état de nouveau-né, en donnant la priorité aux sous-groupes qui se trouvent dans des situations de vulnérabilité ;

- b) appuyer l'articulation du rôle et de la contribution du secteur de la santé en matière de santé et de développement des enfants, des adolescents et des femmes, y compris le développement de la petite enfance, la santé et le développement de l'adolescent d'âge approprié et la santé de la femme au-delà de sa fonction génésique ;
- c) appuyer l'application, et la transition vers celle-ci, d'une perspective sur l'ensemble du parcours de vie quant aux soins et aux services de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents, en passant de systèmes de santé structurés pour répondre à des demandes ponctuelles de soins, à des systèmes proactifs qui contribuent au renforcement continu de la santé et du bien-être tout au long du parcours de vie, d'une génération à l'autre, et d'un contexte social à l'autre.
- d) appuyer l'analyse systématique des obstacles à l'accès aux services de santé auxquels font face des groupes particuliers de femmes, d'enfants et d'adolescents se trouvant dans des conditions de vulnérabilité, et concevoir des stratégies pour dépasser ces obstacles.

39. Cet axe stratégique d'intervention sera aligné sur le travail de l'OPS quant à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, et mis en œuvre en collaboration étroite avec cette organisation.

Objectif	Indicateur	Référence 2018	Cible 2022	Cible 2026	Cible 2030
3.1. Promouvoir progressivement l'accès universel et équitable des femmes, des enfants et des adolescents à des services sanitaires intégrés et de qualité	3.1.1 Pourcentage de femmes et d'adolescentes en âge de procréer dont les besoins de planification familiale sont satisfaits par des méthodes contraceptives modernes et de qualité	69 % (2017)	75 %	80 %	90 %
	3.1.2 Nombre de pays et territoires qui mesurent le pourcentage de femmes en âge de procréer dans les pays où les besoins de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes (ventilé selon l'âge, l'ethnicité, le lieu de résidence et le niveau de revenus).	9	12	17	25
	3.1.3 Nombre de pays et territoires qui incluent à leurs normes techniques des soins destinés aux victimes d'exploitation sexuelle et de traite des personnes	À déterminer	À déterminer	À déterminer	À déterminer

Objectif	Indicateur	Référence 2018	Cible 2022	Cible 2026	Cible 2030
	3.1.4				
	a) Nombre de pays et territoires qui mesurent le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu des soins anténatals à quatre reprises ou plus	À déterminer	À déterminer	À déterminer	À déterminer
	b) Nombre de pays et territoires qui mesurent le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu des soins anténatals à quatre reprises ou plus, ventilé selon l'âge, l'ethnicité et le lieu de résidence	0	5	10	15
	c) Nombre de pays et territoires qui mesurent le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu des soins anténatals à quatre reprises ou plus, ventilé selon l'âge, l'ethnicité et le lieu de résidence, et sont parvenus à une augmentation de 20 % du pourcentage de femmes des quintiles les plus faibles ayant reçu quatre consultations ou plus	0	3	6	10
	3.1.5				
	a) Nombre de pays et territoires qui mesurent le pourcentage d'accouchements avec assistance dans les établissements de santé (ventilé selon l'âge, l'ethnicité et le lieu de résidence de la mère)	0	3	6	10

Objectif	Indicateur	Référence 2018	Cible 2022	Cible 2026	Cible 2030
	b) Nombre de pays et territoires qui mesurent le pourcentage d'accouchements avec assistance dans les établissements de santé, ventilé selon l'âge, l'ethnicité et le lieu de résidence de la mère, et qui ont augmenté ce pourcentage de 20 % dans les quintiles les moins performants ou ceux dont les ressources économiques sont les plus faibles	0	5	10	15
	3.1.6 Nombre de pays et territoires qui ont accru leur indice composite de couverture ²² sur le plan de la santé de la mère et de l'enfant	À déterminer	À déterminer	À déterminer	À déterminer
	3.1.7 Nombre de pays et territoires qui ont introduit le vaccin anti-VPH dans leur calendrier de vaccination	31	35	40	45
	3.1.8 Nombre de pays disposant de politiques pour promouvoir l'accès informé, volontaire et non coercitif des femmes à la méthode de planification familiale de leur choix	À déterminer	À déterminer	À déterminer	À déterminer
3.2 Améliorer la qualité des soins et des services sanitaires délivrés aux femmes, aux	3.2.1 Nombre de pays et territoires réalisant couramment des examens et des audits des mortalités maternelle et périnatale	8	15	25	35

²² L'indice composite de couverture (ICC) est une mesure synthétique pour déterminer qui est laissé pour compte. Cet indice est une moyenne pondérée de la couverture assurée par des interventions choisies dans le contexte du processus continu de soins à la mère et à l'enfant : demandes de planification familiale satisfaites par des méthodes modernes, minimum de quatre consultations de soins anténatals, présence d'un agent de santé qualifié pour l'accouchement, administration des vaccins dus (DTC3 et rougeole), traitement des éventuelles diarrhées avec des solutés de réhydratation orale (SRO), recherche de soins de santé pour les enfants présentant des symptômes de pneumonie. Le décompte d'ici à 2030 suit cet indicateur.

Objectif	Indicateur	Référence 2018	Cible 2022	Cible 2026	Cible 2030
enfants et aux adolescents	3.2.2 Nombre de pays et territoires appliquant des normes nationales pour des soins et des services sanitaires de qualité concernant les adolescents	11	20	30	40
	3.2.3 Nombre de pays et territoires qui possèdent des données nationales sur l'utilisation du sulfate de magnésium chez les femmes enceintes présentant une prééclampsie ou une éclampsie grave	2	6	10	15
	3.2.4 Nombre de pays et territoires possédant des données nationales sur l'utilisation de médicaments ocytotiques pour prévenir l'hémorragie du postpartum	2	6	10	15

40. Les activités clés au niveau de la Région comporteront :
- a) la poursuite de la formation des formateurs des professionnels de la santé sur la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement et le continuum de soins pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pour la prestation de soins et de services d'excellente qualité en période préconceptionnelle, en période prénatale, lors de l'accouchement et en période postnatale ;
 - b) un appui pour l'intégration d'une perspective du parcours de vie à la conception et aux prestations des soins et de services de santé délivrés aux femmes, aux enfants et aux adolescents ;
 - c) la documentation et le partage des modèles réussis et des meilleures pratiques concernant des approches innovantes, équitables et sur l'ensemble du parcours de vie, en matière de soins et de services de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents ;
 - d) un appui à l'élaboration et à la mise en œuvre de soins et de services de santé globaux qui répondent aux besoins des adolescents, y compris des dispositifs de formation permanente des prestataires de services basée sur les compétences démontrées avant et au cours de la prestation du service.

41. Les activités clés au niveau du pays comporteront :
- a) l'élaboration ou le renforcement des systèmes de référence et de contre-référence de la patiente en temps opportun pour des soins délivrés en période anténatale, au cours de l'accouchement et en période postnatale, en menant une évaluation des conditions essentielles pour le premier niveau de soins et pour les soins spécialisés afin de déterminer le niveau de préparation ;
 - b) la mise en œuvre d'outils de formation OPS/OMS fondés sur des données factuelles, comme la trousse à outils pour renforcer les capacités des sages-femmes professionnelles dans les Amériques et les recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, pour améliorer la qualité des soins de santé en période préconceptionnelle, en période prénatale, lors de l'accouchement et en période postnatale, y compris pour la contraception faisant suite à un événement obstétrical ;
 - c) la conduite d'évaluations systématiques et d'un suivi continu des obstacles s'opposant à l'accès aux soins et aux services de santé des femmes, des enfants et des adolescents qui présentent les charges les plus élevées de mortalité et de morbidité évitables ;
 - d) la réorganisation des services et des soins de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents, afin d'inclure des approches proactives continues fondées sur le parcours de vie ;
 - e) l'intensification de l'accès à un large éventail de méthodes de planification familiale modernes, dont le choix est le fait d'une démarche volontaire et éclairée et qui répondent aux besoins de toutes les femmes et de toutes les adolescentes, y compris les méthodes tenant compte des jours de fécondité et les méthodes contraceptives de longue durée d'action et réversibles ;
 - f) la mise en œuvre des normes de soins et de services sanitaires appropriées à l'âge des adolescents et de dispositifs de suivi permanent de la qualité et de la couverture de l'accès à des soins de santé intégrés et préventifs destinés aux adolescents ;
 - g) la promotion et la mise en œuvre de programmes de vaccination anti-VPH et de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et de traitement des cellules précancéreuses chez les femmes, conçus pour autonomiser celles-ci et leur permettre ainsi d'atteindre le meilleur état possible de santé physique et mentale.

Axe stratégique d'intervention 4 : renforcer les systèmes d'information pour la collecte, la mise à disposition, l'accessibilité, la qualité et la diffusion d'informations stratégiques, parmi lesquelles les données et les statistiques sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents, en respectant le cadre des principes proposés dans ce plan

42. Accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables chez les femmes, les enfants et les adolescents nécessitera une compréhension accrue de leurs circonstances et une détermination des groupes les plus touchés. Cela exige que soient mises à disposition des données valables et fiables produites par des méthodes normalisées, qui puissent être

analysées selon les dimensions d'inégalité en incluant, sans s'y limiter, les dimensions de sexe/genre, richesse, niveau d'instruction, lieu de résidence, groupe ethnique, orientation sexuelle et statut éventuel de migrant, entre autres. Ainsi, un suivi accru des inégalités en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents nécessitera le renforcement permanent des systèmes d'information sanitaire, l'analyse systématique et continue d'événements particuliers, comme les décès maternels, les décès d'enfants et les décès d'adolescents dus à des causes extérieures, ainsi que l'analyse de données fondées sur des mesures prenant en compte l'équité.

Objectif	Indicateur	Référence 2018	Cible 2022	Cible 2026	Cible 2030
4.1. Renforcer la capacité des systèmes d'information sanitaire pour augmenter la mise à disposition de données sur la mortalité évitable des femmes, des enfants et des adolescents	4.1.1 Nombre de pays et territoires qui font des recherches actives sur les décès maternels, pour réduire l'insuffisance de notification ou la classification erronée des décès notifiés	8	15	20	25
	4.1.2 Nombre de pays et territoires qui intensifient le recueil, la notification et l'analyse des décès des enfants de moins de 5 ans (ventilés selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence) et de la cause de ces décès	0	15	20	25
	4.1.3 Nombre de pays et territoires qui réalisent périodiquement une analyse de la distribution et des circonstances des principales causes de mortalité évitables chez les femmes, les enfants et les adolescents	1	10	15	20
4.2 Consolider la capacité des systèmes d'information pour surveiller en permanence les inégalités de santé	4.2.1 Nombre de pays et territoires qui ont établi des dispositifs pour surveiller en permanence les inégalités de santé, y compris de santé sexuelle et génésique, affectant les femmes, les enfants et les adolescents	À déterminer	15	30	40

43. Les interventions clés au niveau de la Région comporteront :
- a) le partage d'orientations normatives et du renforcement des capacités pour le suivi des inégalités de santé, en ciblant particulièrement les femmes, les enfants et les adolescents ;
 - b) un appui à la mise en œuvre du *Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022* pour accroître la mise à disposition des données et améliorer les systèmes d'information sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents, en ventilant ces données selon l'âge, l'ethnicité, le lieu de résidence et le niveau de revenu ;
 - c) le partage d'orientations et du renforcement des capacités en matière de mise en œuvre des directives de surveillance des décès maternels et périnataux et de riposte, et de l'approche de l'OMS concernant les cas de morbidité maternelle grave (« échappée belles ») ;
 - d) le partage d'orientations et l'appui à la mise en œuvre de méthodes normalisées pour analyser la mortalité de l'adolescent due à des causes extérieures ;
44. Les interventions clés au niveau du pays comporteront :
- a) la mise en œuvre de l'approche de l'OMS concernant les cas de morbidité maternelle grave (« échappée belles ») et des directives de surveillance des décès maternels et périnataux et de riposte (40, 41) pour renforcer la surveillance de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, en incluant des audits de mortalité et le suivi des décès évités de justesse ;
 - b) la mise en œuvre du *Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022* pour accroître la mise à disposition de données sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents, ventilées par dimensions d'inégalité telles que l'âge, l'ethnicité, le lieu de résidence et le niveau de revenu ;
 - c) la mise en œuvre d'approches et de méthodes normalisées pour analyser les décès d'adolescents par homicide, suicide et accident de la route ;
 - d) l'élaboration et la diffusion de profils fondés sur l'équité en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Suivi et évaluation

45. Les réalisations de ce plan d'action seront mesurées par un ensemble d'indicateurs fondamentaux comportant des références et des cibles pour 2022, 2026 et 2030, soit la dernière année de ce plan. Ces indicateurs sont alignés sur ceux des ODD, sur ceux du PASDA2030 et sur les autres engagements de notification pris au plan régional et au plan mondial. Un guide méthodologique sera élaboré pour expliquer comment chaque indicateur est mesuré. Les données seront collectées à partir de sources comme les systèmes nationaux d'information, les rapports régionaux et mondiaux, les estimations

régionales et mondiales normalisées et les enquêtes concernant les politiques et les programmes.

46. Deux examens intermédiaires de ce Plan d'action seront réalisés, le premier en 2022 et le second en 2026, pour évaluer les progrès réalisés dans la direction des cibles et, au besoin, pour intégrer des ajustements à ce plan. Un rapport final sera préparé en 2031 pour les Organes directeurs de l'OPS.

Incidences financières

47. Le coût total estimatif de la mise en œuvre de la résolution pour toute sa durée (2018-2030) est de US\$ 208 millions. On s'attend à des investissements de la part des États Membres pour une mise en œuvre globale et appropriée de ce plan au niveau des pays, mais ces investissements ne sont pas estimés dans ce document.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

48. Le Conseil directeur est invité à examiner le *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030*, à formuler les recommandations qu'il jugera appropriées et à envisager d'adopter la résolution proposée présentée à l'annexe B.

Annexes

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Engagement à mettre en œuvre la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, Point 13.3 de l'ordre du jour ; 28 mai 2018 ; Genève, OMS ; 2018 (document WHA69.2) [consulté le 30 juin 2018]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R2-fr.pdf
2. Chaque femme, chaque enfant. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) [Internet]. New York : EWEC ; 2015 [consulté le 10 juin 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf
3. Chaque femme, chaque enfant – Amérique latine et Caraïbes. Commitment to Action of Santiago [Internet]. Santiago : EWEC LAC ; 2017 [consulté le 15 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=document&alias=217-commitment-to-action-santiago-president-bachelet&category_slug=agenda2017&Itemid=1145

4. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2) [consulté le 10 juin 2017]. Disponible sur : <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/technical-information/28-strategie-pour-l-acces-universel-a-la-sante-et-la-couverture-sanitaire-universelle/file>
5. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. Assemblée générale, Soixante-Dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; du 11 au 18 septembre 2015 ; New York. New York : ONU ; 2015 [consulté le 12 juillet 2017]. Disponible sur : https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Resolution_A_RES_70_1_FR.pdf
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région [Internet]. 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2017 (document CSP29/6, Rev. 3) [consulté le 15 janvier 2018]. Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49171/CSP296-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé dans les Amériques 2017 [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2017 [consulté le 17 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/>
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2011 (document CD51/12) [consulté le 16 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-12-f.pdf>
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant [Internet]. 48^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2008 (document CD48/07) [consulté le 16 janvier 2018]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd48-07-f.pdf>

10. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant [Internet]. 28^e Conférence sanitaire panaméricaine, 64^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 17 au 21 septembre 2012 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2012 (document CSP28/10) [consulté le 16 janvier 2018]. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=42456&
11. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes [Internet]. 49^e Conseil directeur, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2009 (document CD49/12) [consulté le 10 juin 2017]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-f.pdf>
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant : rapport final [Internet]. 55^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (document CD55/INF/11) [consulté le 15 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-INF-11-f.pdf>
13. Organisation panaméricaine de la Santé. Health Situation in the Americas: Core Indicators 2017. [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2017 [consulté le 30 mars 2018]. Disponible en anglais sur : http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34329/CoreIndicators2017_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant : rapport final. 162^e session du Comité exécutif ; du 18 au 22 juin 2018 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2018 (document CE162/INF/13) [consulté le 30 juin 2018]. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=42456&lang=pt
15. Organisation mondiale de la Santé. Un monde durable en héritage ? Atlas de la santé infantile et de l'environnement. [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 30 juin 2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/ceh/publications/inheriting-a-sustainable-world/fr/>
16. Organisation panaméricaine de la Santé. The health of adolescents and youth in the Americas: Implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018. Washington, DC : OPS/OMS ; 2018. Sous presse.

17. Organisation panaméricaine de la Santé / Organisation mondiale de la Santé. Base de données régionales sur la mortalité [Internet]. Washington, DC : OPS; 2016 [mis à jour le 16 juin 2016; consultée le 15 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <https://hiss.paho.org/pahosys/lcd.php>
18. Organisation mondiale de la Santé. Healthy life expectancy (HALE) at birth. [Internet]. Data and interactive graphs. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 15 janvier 2018]. Disponible sur en anglais : http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/
19. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* 2016;137(3):e20154079.
20. Organisation mondiale de la Santé. Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain [Internet]. Genève (Suisse) : OMS ; 2009 [consulté le 30 mars 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/gender/women_health_report/fr/
21. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan of action to accelerate the reduction in maternal mortality and severe maternal morbidity: final report. 162^e session du Comité exécutif ; du 18 au 22 juin 2018 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2018 (document CE162/INF/12) [consulté le 16 mai 2018]. Disponible en anglais sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45218&Itemid=270&lang=en
22. US Department of Health and Human Services, Family and Youth Services Bureau. Sexual risk avoidance education program [Internet] [consulté le 10 août 2018]. Disponible en anglais sur : <https://www.acf.hhs.gov/fysb/programs/adolescent-pregnancy-prevention/sexual-risk-avoidance-education>
23. Huaynoca S, Svanemyr J, Chandra-Mouli V, Moreno Lopez DJ. Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia. *Reprod Health*. 2015 ;12-90. [Internet]. Santiago (Chili) : CEPAL ; 2018 [consulté le 30 mars 2018]. Disponible en anglais sur : <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42716-panorama-social-america-latina-2017>
24. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Social panorama of Latin America 2017 [Internet]. Santiago (Chili) : ECLAC ; 2018 [consulté le 30 mars 2018]. Disponible en anglais sur : <https://www.cepal.org/en/publicaciones/ps>
25. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat* 2011;16(2):79-101.

26. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes. [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 (document CD54/9, Rev. 2) [consulté le 30 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-9-f.pdf>
27. Organisation mondiale de la Santé. Working with individuals, families, and communities to improve maternal and newborn health: a toolkit for implementation. [Internet]. Genève (Suisse) : OMS ; 2017 [consulté le 30 mars 2018]. Disponible en anglais sur : www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-engagement-mnh-toolkit/en/
28. Organisation panaméricaine de la Santé. Projet d'une politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes [Internet]. 46^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 57^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2005 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2005 (résolution CD46.R16) [consulté le 30 mars 2018]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/CD46.r16-f.pdf>
29. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques. [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (résolution CD53.R2) [consulté le 20 juillet 2017]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R2-f.pdf>
30. Organisation panaméricaine de la Santé. Politique en matière d'ethnicité et de santé [Internet]. 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2017 (résolution CSP29.R3) [consulté le 24 juillet 2017]. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42295&Itemid=270&lang=fr
31. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé mentale. [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC ; OPS ; 2014 (résolution CD53.R7) [consulté le 30 mars 2018]. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27572&Itemid=270&lang=fr

32. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans les Amériques 2013-2019. [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2013 (résolution CD52.R9) [consulté le 30 mars 2018]. Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4437/CD52-R9-fra.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
33. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 [Internet]. 55^e Conseil directeur de l'OPS, 68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (résolution CD55.R5) [consulté le 30 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R5-f.pdf>
34. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022. [Internet]. 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington, DC. Washington, DC ; OPS ; 2017 (résolution CSP29.R4) [consulté le 30 mars 2018]. Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34424/CSP29.R4-f.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
35. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de vaccination [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington, DC. Washington, DC ; OPS ; 2015 (résolution CD54.R8) [consulté le 30 mars 2018] Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31902&Itemid=270&lang=fr
36. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2017 (résolution CSP29.R15) [consulté le 30 mars 2018] Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42335&Itemid=270&lang=fr
37. Organisation mondiale de la Santé. Innov8 technical handbook [Internet]. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 30 mars 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/life-course/partners/innov8/innov8-technical-handbook/en/>

38. Organisation mondiale de la Santé. Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents – orientations pour la mise en oeuvre [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 10 juin 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/fr/
39. Organisation mondiale de la Santé. Nurturing care for early childhood development. A framework for linking SURVIVE and THRIVE to TRANSFORM health and human potential. Draft for consultation [Internet]. Genève : OMS ; 2018 [consulté le 11 mai 2018]. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/draft2-nurturing-care-framework.pdf?ua=1
40. Organisation mondiale de la Santé. Surveillance des décès maternels et riposte – directives techniques. Prévention des décès maternels, informations au service de l'action [Internet]. Genève : OMS ; 2015 [consulté le 18 juillet 2018]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194270/9789242506082_fre.pdf?sequence=1
41. Organisation mondiale de la Santé. Pour que chaque enfant compte : Audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux [Internet]. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 18 juillet 2018]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255352/9789242511222_fre.pdf?sequence=1

Annexe A

Valeurs et principes

- a) *Équité en matière de santé.* L'équité en matière de santé renvoie à l'absence de différences injustes ou évitables en termes d'état de santé, d'accès aux soins de santé et d'environnements sains. Les approches fondées sur l'équité ont pour but l'impartialité et la justice et visent à éliminer les différences inutiles et évitables.
- b) *Participation de la communauté.* Une participation structurelle et authentique des communautés et des adolescents est essentielle à l'obtention de meilleurs résultats. Cela nécessite la conception et l'application de politiques, de dispositifs et de possibilités d'autonomisation et de participation de ces parties prenantes à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des interventions.
- c) *Interventions multisectorielles et fondées sur des données factuelles.* Les programmes, les politiques et les services visant à améliorer la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents doivent être fondés sur les données scientifiques factuelles les plus justes ou sur un consensus des meilleures pratiques qui doit être ajusté aux spécificités du contexte socioculturel. Les interventions déployées au-delà du secteur de la santé doivent être envisagées comme des interventions fondamentales dans le cadre des stratégies nationales concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Les interventions du secteur de la santé doivent s'inscrire dans une riposte multisectorielle, coordonnée et globale. Le secteur de la santé offre son leadership pour mobiliser et appuyer la participation d'autres secteurs et parties prenantes à l'élaboration et à la mise en place d'interventions multisectorielles harmonisées et cohérentes pour améliorer la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents.
- d) *Droits de l'homme, égalité entre les genres et interculturelité.* Les libertés et les droits fondamentaux conférés à tous les êtres humains incluent le droit de jouir du meilleur état de santé possible. Toutes les personnes peuvent se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés établis dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, sans distinction d'aucune sorte, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation. Ces droits sont universels, indivisibles, interdépendants et étroitement liés. Dans le domaine de la santé, l'égalité entre les genres signifie que les femmes et les hommes bénéficient de conditions égales pour saisir leurs droits et réaliser leur plein potentiel de bonne santé, contribuer au développement de leur santé et bénéficier des résultats obtenus. Les approches interculturelles reconnaissent les différences existant d'un groupe ethnique à l'autre, au sein des pays et entre eux, ainsi que leurs différences en termes de défis et de besoins. Ces approches promeuvent des modèles sanitaires interculturels qui incluent la perspective de la sagesse et des pratiques ancestrales et spirituelles des membres de divers groupes ethniques, et elles appuient la mise en œuvre de l'interculturalité des approches concernant les systèmes et les services de santé.
- e) *Approche du parcours de vie.* Cette approche reconnaît que des facteurs positifs et négatifs influencent les trajectoires de santé et les résultats en termes de santé et de
-

développement d'une personne. Ces influences sont maximales quand les interventions surviennent au cours de certaines périodes sensibles de la croissance et du développement et qu'elles s'accumulent tout au long du parcours de vie, puis d'une génération à l'autre.

f) *Innovation et recherche.* Des innovations scientifiques, technologiques, sociales, commerciales et financières sont nécessaires pour obtenir des effets de transformation. On peut encourager les solutions innovantes par des investissements, en soutenant le cycle de la recherche, la production de données factuelles, les connaissances, les politiques et la programmation, et en appuyant la réalisation de tests et l'amélioration des innovations.

g) *Responsabilisation, transparence et pérennité financière.* Les partenaires régionaux et nationaux qui participent aux efforts déployés pour améliorer la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents sont responsables de leurs engagements et de leurs promesses en termes d'utilisation réelle des ressources et de résultats des politiques et des programmes de santé qu'ils ont conçus et mis en œuvre. Des dispositifs de responsabilisation transparents et incluant toutes les parties prenantes doivent être mis en place et respectés. Parvenir à une pérennité financière dans le domaine de la santé des femmes, des enfants et des adolescents nécessitera l'association de dépenses accrues des gouvernements alignées sur la croissance de leurs PIB respectifs, la stimulation d'investissements dans le domaine de la santé par le secteur privé, la mobilisation de soutiens extérieurs, une meilleure utilisation des ressources existantes et l'amélioration de son efficacité, ainsi que l'adoption d'approches de financement intégrées et innovantes.



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

56^e CONSEIL DIRECTEUR

70^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018

CD56/8, Rev. 1
Annexe B
Original: anglais

PROJET DE RÉSOLUTION

PLAN D'ACTION POUR LA SANTÉ DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT 2018-2030

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

(PP1) Ayant examiné le *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030* (document CD56/8, Rev. 1) ;

(PP2) Conscient des efforts déployés et des résultats obtenus jusqu'ici grâce au *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle (2012-2017)*, aux *Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015)*, aux *Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (2012-2017)* et aux *Stratégie et plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes (2010-2018)* ;

(PP3) Reconnaissant la lenteur et l'inégalité des progrès réalisés et la nécessité d'accélérer ces progrès et de réduire les iniquités de santé touchant la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents, par des approches multisectorielles intégrées qui abordent les déterminants sous-jacents de ces inégalités ;

(PP4) Réaffirmant le droit de toutes les femmes, de tous les enfants et de tous les adolescents à jouir du meilleur état de santé possible, et les valeurs et principes interdépendants, adoptés par les États Membres de l'OPS dans le cadre du *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* de solidarité, d'équité en matière de santé, d'universalité et d'inclusion sociale ;

(PP5) Reconnaissant que la réalisation de l'objectif 3 du *Programme de développement durable à l'horizon 2030* et de ses 13 cibles, conjointement aux nombreux

autres cibles et objectifs liés à la santé de ce programme, nécessitera l'adoption de mesures intersectorielles pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents ;

(PP6) Prenant en compte l'importance de disposer d'un nouveau plan d'action aligné sur le *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* ;

DÉCIDE :

(OP)1. D'approuver le *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030* (document CD56/8, Rev. 1) dans le contexte des conditions propres à chaque pays ;

(OP)2. De prier instamment les États Membres :

- a) de renforcer un contexte politique de transformation pour réduire les inégalités de santé chez les femmes, les enfants et les adolescents ;
- b) de promouvoir un état de santé et un bien-être réels, équitables et universels pour toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents dans leur famille, à l'école et dans la communauté tout au long du parcours de vie ;
- c) d'élargir l'accès équitable des femmes, des enfants et des adolescents à des services de santé de qualité, intégrés, globaux et centrés sur la personne, sur la famille et sur la communauté ;
- d) de renforcer les systèmes d'information pour la collecte, la mise à disposition, l'accessibilité, la qualité et la diffusion des informations stratégiques, parmi lesquelles les données et les statistiques concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents, à l'intérieur du cadre des principes proposés dans ce plan ;
- e) d'investir dans des dispositifs visant à autonomiser les personnes, les familles et les communautés pour qu'elles participent activement à la protection et à la promotion de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, particulièrement de ceux en situation de vulnérabilité ;

(OP)3. De demander à la Directrice :

- a) de fournir une coopération technique aux États Membres pour l'élaboration de plans d'action nationaux actualisés et pour la diffusion d'outils qui facilitent des approches innovantes, intégrées et fondées sur l'équité, concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents ;
- b) de renforcer la coordination entre le plan d'action et des initiatives semblables élaborées par d'autres agences financières et techniques internationales et par des initiatives mondiales, et en faveur de la santé et du bien-être des femmes, des enfants et des adolescents ;
- c) de notifier périodiquement aux Organes directeurs les progrès réalisés et les défis posés par la mise en œuvre du plan d'action.



Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. **Point de l'ordre du jour :** 4.4 - Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030

1. Lien avec le [Programme et budget de l'OPS 2018-2019](#) :

a) **Catégorie:** 3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie: Promouvoir la bonne santé aux étapes clés de la vie, en tenant compte de la nécessité de traiter des déterminants sociaux de la santé (conditions sociétales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent) et mettre en oeuvre des approches fondées sur l'égalité des sexes, les origines ethniques, l'équité et les droits de l'homme.

b) **Domaines programmatiques et résultats intermédiaires :**

Program Area: 3.1. Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et génésique

Outcome 3.1: Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique

a) **Incidences financières**

b) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (activités et personnel compris) :**

Le coût estimatif total de ce plan d'action est de \$208 150 000. Cette estimation prend en compte la somme totale nécessaire pour les activités du BSP. Cependant, les résultats visés ne seront atteints que si les États Membres augmentent également leurs investissements stratégiques concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Ce qui signifie que le montant total nécessaire pour les activités clés au niveau des pays n'est pas rendu par cette estimation. Le montant calculé pour les ressources humaines (voir tableau ci-dessous) prend en compte le personnel actuel qui, à l'OPS, est dédié au domaine programmatique 3.1 au niveau de chaque pays et de la Région. Les montants estimatifs pour les activités (formation, consultants, déplacements et réunions, publications et fournitures) ont été calculés en prenant en considération le budget courant et les contributions volontaires qui devront être mobilisées tout au long de la durée de ce plan d'action.

Catégories	Coût estimatif (en US\$)
Ressources humaines	\$56 700 000
Formation	\$60 650 000
Contrats de consultants/services	\$30 300 000
Déplacements et réunions	\$38 000 000
Publications	\$15 000 000
Fournitures et autres dépenses	\$7 500 000
Total	\$208 150 000

c) Coût estimatif pour l'exercice 2018-2019 (activités et personnel compris) :

Le coût estimatif pour l'exercice 2018-2019 est de \$16 875 000 (coût de mise en œuvre du plan d'action d'octobre 2018 à décembre 2019, soit 15 mois).

d) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? : \$14 000 000.

2. Incidences administratives

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :

Tous les niveaux de l'Organisation participeront : régional, national et infrarégional. Une participation active des ministères de la Santé des États Membres, ainsi que d'autres secteurs aux niveaux nationaux et locaux, sera également nécessaire. La participation d'autres agences du système des Nations Unies et d'organisations et dispositifs infrarégionaux facilitera la mise en œuvre harmonieuse et efficiente des interventions multisectorielles nécessaires.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

Un spécialiste à temps plein du développement au cours de la petite enfance et un spécialiste à temps plein en matière de santé et de développement positifs de l'adolescent sont nécessaires pour appuyer la mise en œuvre de ce Plan d'action.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

L'exécution de ce Plan d'action commencera dès son approbation par le Conseil directeur pour garantir son inclusion au nouveau Plan stratégique et au Budget et programme.

Deux examens intermédiaires de ce Plan d'action auront lieu en 2022 et 2026, pour évaluer les progrès réalisés sur la voie des objectifs et, si nécessaire, intégrer des ajustements au plan. Un rapport final sera préparé en 2031 pour les Organes directeurs.



**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION**

1. **Point de l'ordre du jour :** 4.4 - Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030
2. **Unité responsable :** Famille, Promotion de la santé et Parcours de vie (FPL)
3. **Fonctionnaire chargé de la préparation :** Dr Sonja Caffè
4. **Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030](#) :**

Le plan d'action proposé est pleinement aligné sur les principes et les valeurs du *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* (PASDA2030), pour ce qui est en particulier du droit au meilleur état de santé possible, de l'équité universelle en santé et de l'inclusion sociale. Ce plan d'action cherche à concrétiser la vision du PASDA2030 pour toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents.

Ce plan d'action porte sur l'ensemble du domaine d'application du PASDA2030, en mettant un accent particulier sur les objectifs 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 et 11.

De la même manière, on prévoit que ce plan d'action contribuera à la majorité des cibles du PASDA2030 en mettant un accent particulier sur les cibles 1.2, 1.3, 1.4, 1.6, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 4.2, 4.3, 6.2, 6.3, 7.3, 9.1, 9.4, 9.5, 9.6, 9.7 et 11.1.
5. **Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 \(amendé\)](#) :**

La portée de ce plan d'action est liée aux domaines de travail des catégories 2, 3 et 4 du Plan stratégique de l'OPS, en ciblant particulièrement les catégories 3 et 4 :

Catégorie 2: Maladies non transmissibles et facteurs de risque

Catégorie 3: Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie

Catégorie 4: Systèmes de santé

6. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

- **Pour les pays de la Région.** Ministères de la Santé, ministères de l'Éducation, ministères de la Protection sociale et du Développement, ministères et bureaux de la Condition féminine, instituts nationaux de statistiques, registres d'état civil, organisations et réseaux de la société civile comme les groupes de femmes et les organismes dirigés par des jeunes, institutions universitaires et de recherche
- **Initiatives infrarégionales.** Marché commun du Sud (MERCOSUR), Organisme andin de la Santé – Convenio Hipolito Unanue (ORAS-CONHU), Union des nations sud-américaines (UNASUR), Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale (COMISCA), Communauté des Caraïbes (CARICOM)
- **Agences des Nations Unies et partenaires de développement.** Interagences coordonnant le dispositif de mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, en mettant l'accent sur les inégalités de santé, EWEC LAC qui rassemble l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), la Banque mondiale, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et la Banque interaméricaine de développement (BID)
- **Autres.** Alliance pour la santé néonatale en Amérique latine et dans les Caraïbes, Groupe de travail régional pour la réduction de la mortalité maternelle, Université de l'État de l'Iowa.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

- Mise en œuvre durable et à l'échelle nécessaire d'interventions globales concernant la santé et le développement de l'enfant qui font participer les familles et les communautés, comme *Chile Crece Contigo* (Chili), *Cero a Siempre* (Colombie), *Uruguay Crece Contigo* (Uruguay) et *Amor por los más Chiquitos y Chiquitas* (Nicaragua), entre autres ;
- Mise en œuvre à l'échelle nécessaire du programme *Familias Fuertes* au Pérou, en Colombie et au Guatemala en travaillant avec les parents/soignants et les adolescents, qui touche plus de 200 000 familles par an ;
- Projet interprogrammatique Zéro décès maternel, appuyé par la Directrice de l'OPS ;
- Initiative Maternité sans risque, de l'OPS, qui a documenté 121 expériences et bonnes pratiques pour améliorer la santé maternelle, parmi lesquelles les approches interculturelles en santé maternelle ;
- Mise en œuvre du Système d'information périnatale (SIP) au niveau de la population en Uruguay et au Salvador.

8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :

Le coût total estimatif de ce plan d'action (2018-2030) est de \$208 150 000. Cette estimation prend en compte la somme totale correspondant aux activités du BSP, y compris le renforcement des capacités au niveau régional et le soutien technique fourni aux États Membres. Le coût estimatif pour l'exercice 2018-2019 est de \$16 875 000.
