

## 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

### 68<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA., du 26 au 30 septembre 2016

---

Point 7.11 de l'ordre du jour provisoire

CD55/INF/11  
28 juillet 2016  
Original : espagnol

#### 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

##### Antécédents

1. En 2008, le 48<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a approuvé la *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* (1).
2. En 2015, à l'issue de la période d'exécution de la stratégie et du plan d'action et compte tenu des indicateurs qui y sont établis, l'évaluation de l'exécution des activités spécifiques, des résultats et des données d'expériences réussies a été lancée. L'analyse finale a été réalisée conformément aux niveaux d'agrégation à travers la Région et dans les pays, et les pays considérés comme prioritaires aux termes de la stratégie ont bénéficié d'une attention particulière.<sup>1</sup> Les données correspondant à la mortalité néonatale et la contribution de celle-ci à la mortalité infantile ont été tirées des estimations indirectes élaborées par le Groupe interorganisations de l'ONU pour l'estimation de la mortalité juvénile entre 1990 et 2015 (le point final étant la dernière année pour laquelle les données étaient disponibles) (2) et de sources secondaires (3). (voir le tableau 1 de l'annexe).

##### Mise à jour sur les progrès réalisés

3. Au cours de la période d'exécution de la stratégie et du plan d'action régionaux, des avancées considérables ont été constatées au plan de la réduction de la mortalité néonatale dans la Région des Amériques et, en particulier, en Amérique latine et dans les Caraïbes.

---

<sup>1</sup> Pays considérés comme prioritaires : Bolivie, Brésil, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou et République dominicaine.

---

- a) Entre 1990, année considérée comme point de départ pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), et la dernière estimation disponible pour l'année 2014, le taux de mortalité néonatale en Amérique latine et dans les Caraïbes est passé de 22,1 à 9,3 décès de nouveau-nés pour 1000 naissances vivantes. Cette baisse représente une réduction de 12,8 décès pour 1000 naissances vivantes (57,9 %). Entre 2008 et 2014, on enregistre une baisse de 1,5 décès pour 1000 naissances vivantes (de 10,8 à 9,3/1000 naissances vivantes), ce qui représente une réduction de 13,9 % par rapport à 2008. L'écart ainsi observé implique une diminution dans la vitesse de réduction du taux de mortalité néonatale durant la période d'exécution de la stratégie. Alors qu'entre 1990 et 2008, on a constaté une diminution moyenne de 3,9 % par an, entre 2008 et 2014, la diminution a atteint en moyenne 2,4 % par an. Le comportement observé dans les pays prioritaires a été similaire. Les valeurs extrêmes du taux de mortalité néonatale estimées dans les pays prioritaires, qui en 2008 étaient de 10,3 et de 28,5 pour 1000 naissances vivantes, ont chuté respectivement à 8,6 et à 26,0 pour 1000 naissances vivantes (v. 2014). La valeur médiane de la diminution correspond à une réduction de l'ordre de 17 % par rapport à la valeur enregistrée en 2008 car, dans 9 des 12 pays, la diminution s'est maintenue à environ 10 % ou plus durant la même période (voir la figure à l'annexe).
- b) La contribution proportionnelle de la mortalité néonatale à la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans a continué d'augmenter. En 1990, 40,7 % de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans correspondait à des décès survenant durant la période néonatale, tandis que ce chiffre a atteint 49,2 % en 2008 et 52 % en 2014. Cette augmentation répond à la plus forte baisse enregistrée dans la composante post-néonatale et chez les enfants de 1 à 4 ans sur la même période.
- c) Les inégalités au plan de la mortalité néonatale constituent un facteur qu'il importe de souligner. En 2008, les taux de mortalité néonatale dans les pays de la Région allaient de 2,9 à 28,5 pour 1000 naissances vivantes. Cet écart, qui représente selon les estimations une fourchette de 25,6, ne n'est pas réduit notablement. Ces écarts signifient que les pays qui recensent des taux de mortalité néonatale plus élevés présentent des valeurs dix fois supérieures par rapport aux pays qui recensent les chiffres les plus faibles (voir le tableau 2 de l'annexe).

4. ***Domaine stratégique 1 : Créer un environnement favorable pour la promotion de la santé périnatale*** : la formulation de plans nationaux spécifiques ainsi que la création et le renforcement des partenariats en matière de santé du nouveau-né ont constitué des domaines d'intervention spécifiques. Des progrès importants ont été accomplis dans le domaine de la mise à jour des profils de la situation néonatale et des plans nationaux visant à faire mieux connaître la situation des nouveau-nés et à contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables.

5. À l'issue de la période d'exécution de la stratégie, 80% des pays disposent d'un plan national stratégique en cours d'exécution. Tous les pays prioritaires ayant un impact dans la Région disposent d'un plan national en cours d'exécution, ce qui permet de concrétiser l'objectif spécifique. De même, la mise en place de partenariats stratégiques

est devenue un axe central qui bénéficie d'une promotion au plan tant régional que national. Le Partenariat en faveur de la santé néonatale en Amérique latine et dans les Caraïbes a constitué un moyen fondamental pour renforcer les activités spécifiques et pour mettre en place des partenariats nationaux qui ont contribué à soutenir ces activités. La totalité des pays prioritaires aux termes de la stratégie ainsi que d'autres pays de la Région maintiennent des partenariats qui revêtent des caractéristiques et un degré de formalité variables. Dans certains pays comme Haïti, le Paraguay et la République dominicaine, où les partenariats n'ont pas été renforcés ni été établis, ceux-ci sont en pleine phase d'exécution.

6. **Domaine stratégique 2 : Renforcer les systèmes de santé et améliorer l'accès aux services de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant** : la stratégie envisageait précisément de promouvoir un accès universel équitable aux soins de santé maternelle et néonatale en privilégiant les groupes vulnérables, l'objectif consistant à atteindre au moins 80 % de couverture dans la prestation de services d'accouchement par des personnels qualifiés. Ainsi, dans la Région des Amériques, trois pays n'ont pas encore atteint 80 % de la couverture des services d'accouchement par des personnels qualifiés et ces trois pays sont des pays prioritaires (Bolivie, Guatemala et Haïti) (3).

7. La mise à jour, la diffusion et l'application des interventions de soins de santé maternelle et néonatale constituent un autre domaine d'intervention dans ce sens. La nécessité d'appliquer les normes fondées sur des preuves dans les soins néonataux en tant que partie intégrante du processus continu de soins est reconnue par les pays de la Région et, en particulier, par tous les pays prioritaires. Cette composante est dans un certain sens une réalisation eu égard à l'objectif défini dans la stratégie, qui envisage l'application de normes fondées sur des preuves et des procédures d'administration de soins néonataux dans le processus continu de soins dans tous les pays prioritaires pour l'année 2009. Toutefois, l'expérience acquise dans les pays permet de conclure que le degré d'observance des normes est variable ou que l'on ne dispose pas d'informations à ce sujet.

8. **Domaine stratégique 3 : Promouvoir les interventions communautaires** : l'exécution d'interventions communautaires en rapport avec le nouveau-né révèle de grandes variations entre les pays ou à l'intérieur de ceux-ci. L'on peut avancer que l'objectif spécifique qui établissait l'incorporation de celles-ci en 2010 dans tous les pays prioritaires a été accompli en partie. Dans six des pays prioritaires, l'exécution des interventions atteint plus de 80 % de couverture, tandis que dans les autres pays l'exécution n'est mentionnée que dans les zones géographiques prioritaires. Les visites à domicile sont une activité reconnue par les pays, quoique le niveau de la couverture soit variable. Particulièrement dans les zones à plus haut risque, il est d'environ 50 % dans les pays prioritaires.

9. **Domaine stratégique 4 : Créer et renforcer les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation** : dans le but de disposer de systèmes d'information de qualité en matière de santé maternelle et périnatale, ainsi que de moyens d'assurer un contrôle sur le travail effectué par les personnels de santé, des stratégies ont été établies pour renforcer les systèmes d'information sanitaires ainsi que les systèmes de surveillance, de suivi et

d'évaluation, qui devaient être adoptés par les pays prioritaires en 2010. Les domaines stratégiques ont été renforcés au niveau tant régional que national, quoique l'on constate une certaine variabilité parmi ces derniers. Les systèmes enregistrant un plus haut niveau d'exécution dans les pays sont les systèmes d'enregistrement de l'état civil<sup>2</sup> et les systèmes d'information sur les services de santé.<sup>3</sup> Au niveau régional, on enregistre un développement, une actualisation et une promotion de la mise en œuvre des systèmes de surveillance de la santé néonatale (Système informatique périnatal, SIP) et de surveillance des malformations congénitales. Toutefois, les États Membres reconnaissent la nécessité de renforcer les systèmes d'information, tant les systèmes qui sont liés à ceux déjà mentionnés que les systèmes de surveillance des décès néonataux et les systèmes d'information à l'intention des collectivités.

10. La Région recense diverses expériences fructueuses en matière d'amélioration des soins néonataux, qui résultent de la réalisation d'interventions promues dans le cadre de la stratégie et du plan d'action régionaux. Parmi les aspects fondamentaux autour desquels sont regroupées les expériences fructueuses figurent la surveillance de la morbidité et de la mortalité néonatales, la mise en place de systèmes de surveillance et de programmes de dépistage des malformations congénitales et des maladies métaboliques et sensorielles à la naissance, l'amélioration de la qualité des soins et l'élaboration d'instruments d'évaluation spécifiques et de traitement pour les nouveau-nés en situation de risque, ainsi que les soins précoces tout au long de la vie. Bon nombre des expériences fructueuses qui ont été identifiées ont eu lieu dans les pays prioritaires et, parfois, celles-ci ont produit ou favorisé des mécanismes de coopération Sud-Sud. De même, elles répondent clairement aux nouveaux défis de la santé néonatale dans la Région.

### *Conclusions*

11. Des progrès et des avancées ont été constatés au plan de la santé du nouveau-né, en particulier l'exécution de plans spécifiques et la diminution de la mortalité néonatale. Toutefois, les principaux défis que les pays de la Région, en particulier les pays prioritaires, doivent affronter sont toujours l'accélération de la réduction de la mortalité néonatale, les inégalités persistantes au regard de la mortalité néonatale et des décès évitables, le renforcement des interventions visant à atteindre la couverture universelle et des soins de santé de qualité, l'approche communautaire, ainsi que le renforcement des systèmes d'information pour le suivi, l'évaluation et la planification. Les naissances prématurées, les malformations congénitales, les accidents septiques et l'asphyxie continuent de constituer des troubles de santé qui réclament impérativement une intervention au regard de leurs déterminants. En ce sens, il faut signaler le fardeau de mortalité et de morbidité causé par des malformations congénitales et la nécessité d'intervenir au regard des situations qu'il est possible de modifier.

12. Les États Membres reconnaissent qu'il convient d'intervenir dans le cadre du processus continu de soins et de cibler les interventions sur le nouveau-né. Pour ce faire,

---

<sup>2</sup> Onze des 12 pays fournissent des informations sur la mortalité néonatale assorties d'une désagrégation géographique et d'autres situations.

<sup>3</sup> Douze des 12 pays prioritaires.

il est impératif de renforcer les interventions visant à réduire la mortalité évitable ainsi que les importantes inégalités existant actuellement, qui sont liées à des conjonctures relevant, entre autres, des domaines géographique, ethnique et socioéconomique. Cependant, ils reconnaissent tout autant la nécessité de centrer leurs interventions sur l'analyse des situations qui ont une incidence sur la morbidité et des répercussions tout au long de la vie, touchant les capacités individuelles aussi bien que le capital social.

13. La mise en œuvre de mesures par les États Membres et d'autres acteurs clés durant la période d'exécution de la stratégie et du plan régionaux, les résultats obtenus et la participation au processus d'évaluation témoignent du grand engagement en faveur du progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle, assorti d'interventions de qualité, orientées vers la réduction des inégalités existant actuellement, particulièrement à l'endroit du nouveau-né, durant la période 2008-2015.

### **Mesures à prendre pour améliorer la situation**

14. Compte tenu des résultats obtenus et des obstacles qui persistent, il est essentiel de maintenir l'engagement ainsi que les efforts tant des États Membres que du Bureau sanitaire panaméricain concernant l'avancement et l'approfondissement des réalisations et, en particulier dans les pays prioritaires, au moyen d'interventions visant tant la mère que le nouveau-né pour diminuer la mortalité néonatale.

15. Récemment, plusieurs initiatives et stratégies régionales et mondiales ont été approuvées qui insistent sur la nécessité de centrer les interventions sur la santé du nouveau-né, notamment le plan d'action *Chaque nouveau-né* (4), la stratégie *Une promesse renouvelée* (5) et la *Stratégie mondiale de santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-2030)* (6) ainsi que les objectifs de développement durable (7). Pour que ces exercices soient en harmonie avec la stratégie qui fait l'objet de l'évaluation, il est recommandé d'adopter les axes stratégiques et les buts qui y sont établis en les adaptant à la situation régionale tout en établissant des plans d'activité et des mécanismes de suivi et d'évaluation spécifiques.

16. À la lumière des défis actuels, lesquels sont illustrés par la présente évaluation, il est proposé d'établir les mécanismes nécessaires à l'adoption des objectifs stratégiques et des buts proposés dans le plan d'action mondial *Chaque nouveau-né* : renforcer les actions orientées vers une couverture universelle, avec des interventions de qualité, réduire les inégalités, renforcer les actions faisant participer les parents, les familles et les collectivités et renforcer les systèmes d'information.

### **Mesure à prendre par le Conseil directeur**

17. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport et des résultats obtenus et de formuler les recommandations qu'il juge pertinentes.

Annexe

## Références

1. 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<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 60<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 29 septembre - 3 octobre 2008 ; Washington, D.C. Washington, D.C : OPS ; 2008 (document CD48/7) [consulté le 26 janvier 2016]. Disponible sur : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd48-07-f.pdf?ua=1>
2. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group, United Nations. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME). Levels & Trends in Child Mortality : Report 2015 [Internet]. New York. New York : UNICEF ; septembre 2015 [consulté le 16 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : [http://www.childmortality.org/files\\_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf](http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf)
3. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud en las Américas : Indicadores Básicos, 2015 [Internet]. Washington (DC): OPS ; 2015. Disponible [en espagnol] sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2470&Itemid=2003&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470&Itemid=2003&lang=es)
4. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Chaque nouveau-né – plan d'action pour mettre fin aux décès évitables [Internet]. Genève : OMS : 2014. Disponible sur : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/enap\\_consultation/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/fr/)
5. Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y Banco Mundial. Una promesa renovada para las Américas [Internet]. 2015. Disponible [en espagnol] sur : <http://www.apromiserenewedamericas.org>
6. Toutes les femmes, tous les enfants. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) : Survivre, s'épanouir, transformer. New York : Toutes les femmes, tous les enfants 2015. Disponible sur : [http://www.who.int/entity/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/fr/](http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/fr/)
7. Nations Unies. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. New York : UN, 2016 [consulté le 16 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : <https://sustainabledevelopment.un.org>

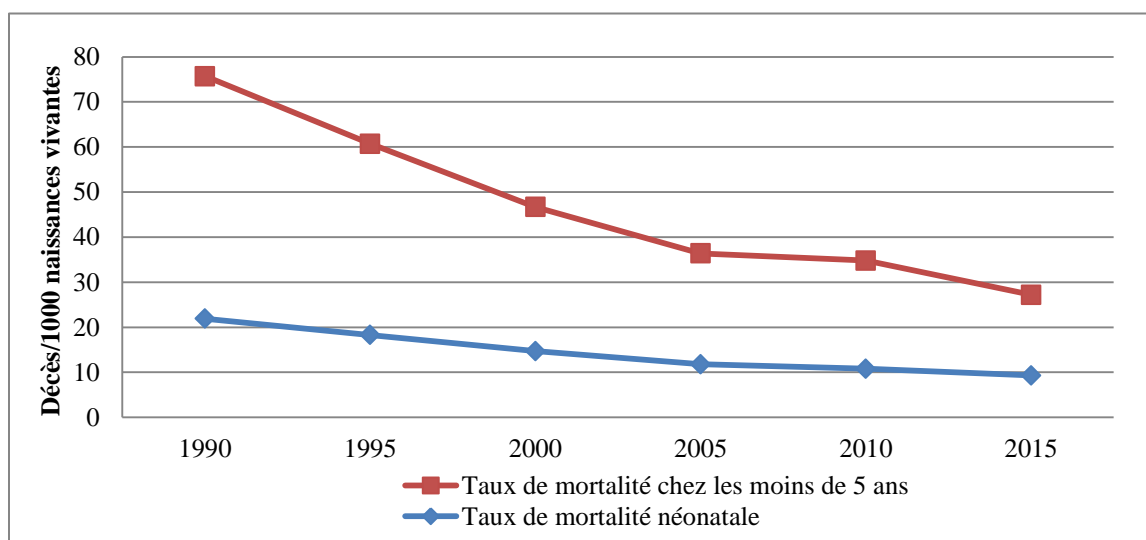
## Annexe

**Tableau 1. Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes, estimé et notifié, dernière année pour laquelle les données sont disponibles**

Pays	Groupe interorganisations de l'ONU pour l'estimation de la mortalité juvénile	Donnée notifiée par les pays (OPS)	Année
Antigua-et-Barbuda	5,1 (3/-8)	8,2	2014
Argentine	6,8 (5,9-7,5)	7,4	2013
Bahamas	7,3 (5,5-9,6)	14,4	2013
Barbade	8,4 (6,5-10,7)	8,4	2013
Belize	8,6 (5,4-11,7)	7,9	2014
Bolivie	24,4 (20-29,6)	27,0	2008
Brésil	10,3 (9,7-11)	9,9	2013
Canada	3,6 (3,2-4)	3,6	2011
Chili	5,2 (4,1-6,3)	5,2	2013
Colombie	8,8 (6,1-13,2)	7,7	2014
Costa Rica	6,3 (5-7,8)	6,2	2014
Cuba	2,4 (2,1-2,6)	2,3	2014
Dominique	15,6 (11,8-20,3)	15,0	2014
El Salvador	8,6 (6-12,2)	6,4	2014
Équateur	11,4 (7,2-18,4)	4,6	2013
États-Unis d'Amérique	3,9 (3,4-4,5)	4,0	2012
Grenade	6,2 (4,5-8,4)	10,9	2014
Guatemala	14,3 (9,7-21,2)	7,9	2013
Guyana	23,2 (16,9-32,3)	21,7	2014
Haïti	26,9 (20,2-35,1)	31,0	2012
Honduras	12,2 (9,6-15,5)	18,0	2012
Jamaïque	12,4 (7,9-18,8)	16,1	2013
Mexique	7,7 (6,8-8,7)	8,3	2013
Nicaragua	11,4 (7,8-16,5)	10,0	2011
Panama	10,2 (5,7-16,8)	8,5	2013
Paraguay	11,8 (6,8-19,4)	10,6	2013
Pérou	8,9 (7,4-11)	12,0	2013
République dominicaine	22,6 (18,4-29,1)	19,9	2013
Saint-Kitts-et-Nevis	6,8 (4,6-9,7)	15,6	2014
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	11,8 (9,2-15)	14,1	2014
Sainte-Lucie	9,8 (7,5-12,4)	11,4	2013
Suriname	13 (7,8-17,7)	11,2	2011
Trinité-et-Tobago	14,5 (7,5-30,1)	8,6	2012
Uruguay	5,3 (4,5-6,1)	5,0	2014
Venezuela	9,7 (8-11,5)	11,0	2012

Source : préparé sur la base d'estimations du Fond des Nations Unies pour l'enfance, de l'Organisation mondiale de la Santé, du Groupe de la Banque mondiale et des Nations Unies. Groupe interorganisations de l'ONU pour l'estimation de la mortalité juvénile.

**Figure. Évolution du taux de mortalité néonatale et du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes, 1990-2015**



Source : préparé sur la base d'estimations du Fond des Nations Unies pour l'enfance, de l'Organisation mondiale de la Santé, du Groupe de la Banque mondiale et des Nations Unies. Groupe interorganisations de l'ONU pour l'estimation de la mortalité juvénile.

**Tableau 2. Évolution du taux de mortalité néonatale dans les pays d'intervention prioritaire, selon la *Stratégie et le plan d'action régionaux pour la santé néonatale, 2008-2014***

Pays	Taux de mortalité néonatale (moyenne)								Variation absolue (2008-2014)	Variation en pourcentage (2008-2014)
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
Bolivie	24,4	23,4	22,6	21,9	21,2	20,7	20,1	4,3	17,6	
Brésil	10,3	10,5	10,7	10,8	10,7	10,3	9,6	0,7	6,8	
El Salvador	10,3	10,0	9,8	9,5	9,2	8,9	8,6	1,7	16,5	
Équateur	13,4	13,0	12,6	12,2	11,8	11,4	11,1	2,3	17,2	
Guatemala	16,6	16,2	15,8	15,3	14,8	14,3	13,8	2,8	16,9	
Guyana	24,1	24,0	23,9	23,8	23,7	23,5	23,2	0,9	3,7	
Haïti	28,5	28,1	29,9	27,3	26,9	26,5	26,0	2,5	8,8	
Honduras	14,3	13,7	13,1	12,6	12,2	11,8	11,4	2,9	20,3	
Nicaragua	12,7	12,3	11,8	11,4	11,0	10,6	10,3	2,4	18,9	
Paraguay	13,9	13,5	13,0	12,6	12,2	11,8	11,4	2,5	18,0	
Pérou	11,1	10,7	10,2	9,8	9,4	8,9	8,6	2,5	22,5	
République dominicaine	23,8	23,7	23,5	23,3	23,0	22,6	22,1	1,7	7,1	

Source : préparé sur la base d'estimations du Fond des Nations Unies pour l'enfance, de l'Organisation mondiale de la Santé, du Groupe de la Banque mondiale et des Nations Unies. Groupe interorganisations de l'ONU pour l'estimation de la mortalité juvénile.

---