

Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave

STRATÉGIE DE MONITORING ET ÉVALUATION



Centre Latino-américain e Périnatalogie
Santé de la femme et santé reproductive



Organisation
Panaméricaine
de la Santé



Organisation
Mondiale de la Santé



aecid
Agence Espagnole
de Coopération
Internationale
pour le développement



Canadian International
Development Agency



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Catalogage dans la publication

Centre Latino-américain de Périnatalogie, Santé de la Femme et Santé Reproductive. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave: stratégie de monitoring et évaluation. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publication Scientifique; 1593-04)

1. Mortalité Maternelle- Prévention
2. Santé Maternelle
3. Morbidité
4. Plans et Programmes de Santé
5. Services de Santé Materno- Infantiles
6. Soins Périnataux
7. Soins Post-nataux

L'Organisation Panaméricaine de la Santé considérera très favorablement les demandes d'autorisation pour reproduire ou traduire, intégralement ou partiellement, quelques-unes de ses publications.

Les sollicitations et les demandes d'information devront être adressées à : Services d'Édition, Domaine de Gestion de Connaissance et Communication (KMC), Organisation Panaméricaine de la Santé,

Washington D.C., États-Unis. Le Centre Latino-américain de Périnatalogie, Santé de la Femme et Santé Reproductive y (CLAP/SMR), du Domaine Santé familiale et Communautaire, Organisation Panaméricaine de la Santé, aura le grand plaisir de fournir l'information la plus récente sur des changements introduits dans l'ouvrage, des plans de réédition, et de nouvelles impressions et traductions déjà disponibles

© Organisation Panaméricaine de la Santé. 2012

Les publications de l'Organisation Panaméricaine de la Santé comptent sur la protection prévue par les dispositions sur reproduction d'originaux du Protocole 2 de la Convention Universelle sur Droit d'Auteur. Tous droits réservés.

Les dénominations employées dans cette publication et la façon dont sont présentées les données qu'elle contient n'impliquent pas, de la part du Secrétariat de l'Organisation Panaméricaine de la Santé, un procès territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités et non plus en ce qui concerne le tracé de leurs frontières ou limites

Centre Latino-américain de Périnatalogie, Santé de la Femme et Santé Reproductive CLAP/SMR

Case Postale 627, 11000 Montevideo, Uruguay Téléphone: +598 2 487 2929, Fax: +598 2487 2593
postmaster@clap.ops-oms.org

<http://new.paho.org/clap>

<http://perinatal.bvsalud.org/>

Título: Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave: stratégie de monitoring et évaluation. Publication Scientifique CLAP/SMR 1593-04

Remerciements

La présente publication a été possible grâce au financement de l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI), l'Agence Espagnole pour la Coopération et le Développement International (AECID) et l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID

.
CLAP/SMR souhaite remercier l'appui technique reçu pour la révision de ce document sur les points cibles de santé sexuelle et reproductive de l'OPS dans les pays de la région, le département de santé maternelle, de l'enfant et des adolescents de l'OMS et le point cible en santé maternelle pour l'Amérique Latine et Les Caraïbes de l'USAID.

Index

Glossaire	
Résumé Exécutif	
1. Introduction	1
2. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave	2
3. Monitoring du Plan d'action.....	4
4. Définitions et descriptions des indicateurs.....	4
4.1. Indicateurs d'impact.....	5
4.1.1 Raison de mortalité maternelle (RMM) totale pour causes et pour âge.....	5
4.1.2 Raison de morbidité maternelle grave totale et pour causes.....	5
4.1.3 Taux de mortalité maternelle (morts maternelles pour cent mille femmes de 15 à 44 ans).....	5
4.1.4 Nombre de pays avec RMM inférieure à 75 sur 100.000 nés vivants pour 2017.....	5
4.1.5 Nombre de pays surpeuplés [selon ethnie (indigène et non indigène) ou emplacement géographique (rural ou urbain) ou division subnationale (département, province, état)] avec RMM supérieure à 125 sur 100.000 nés vivants.....	5
4.2. Indicateurs par domaines stratégiques.....	6
4.2.1 Domaine stratégique 1: Prévention des grossesses non souhaitées et des complications qui en découlent.....	6
4.2.2 Domaine stratégique 2: Accès universel à des services de maternité abordables et de qualité dans le système coordonné de soins de santé.....	7
4.2.3 Domaine stratégique 3: Ressources humaines qualifiées.....	8
4.2.4 Domaine stratégique 4: Information stratégique pour l'action et la reddition des comptes.....	8
4.3. Information à être complétée par les pays pour construire des indicateurs.....	9

Glossaire

Sigles

ALC	Amérique Latine et les Caraïbes
AU	Accès universel
CD	Corps Directeurs
CLAP/SMR	Centre Latino-américain de Périnatalogie, Santé de la Femme et Santé Reproductive
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
M&E	Monitoring et évaluation
NV	Nés vivants
ODM	Objectifs de Développement du Millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
RMM	Raison de mortalité maternelle
SMI	Santé materno-infantile
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TP	Travail de parturition
USI	Unité de soins intensifs

Termes et définitions

Personnel qualifié: Selon l'OMS le personnel qualifié est tout personnel de santé accrédité –tels que infirmières, sages-femmes, accoucheuses diplômées, ou médecins- qui ont été élevés et formés pour acquérir les capacités nécessaires pour assister la grossesse normale (non compliquée), l'accouchement et le post-partum immédiat et pour assister et reconnaître les complications chez des femmes et des nouveaux-nés. Cette définition exclut le personnel empirique.

SOU élémentaires : Ce sont les soins obstétricaux Essentiels qui comprennent le traitement médical initial des complications obstétricales et néonatales (anti-convulsionnants, ocytociques et antibiotiques, réanimation néonatale référence immédiate) procédés manuels (retirer le placenta, réparer les déchirements), accouchement vaginal assisté, soins post- partum et post- avortement.

USI amplifié: cela comprend les soins élémentaires plus la possibilité de faire des césariennes, fournir l'anesthésie, du sang ou hémodérivés et gérer les complications obstétricales.

Morbidité maternelle grave: Morbidité grave est celle que présente une femme qui a failli mourir mais elle survit à une complication qui survient pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours après la fin de la grossesse.

Dans ce document le terme morbidité maternelle grave est celui que les Corps Directeurs de l'OPS ont approuvé et il est synonyme de morbidité maternelle sévère, morbidité maternelle extrême, morbidité maternelle extrêmement grave ou near miss (à cause de la terminologie en anglais), des terminologies qui sont fréquemment utilisées en obstétrique dans les différents pays de la région

Critères de morbidité maternelle grave (near miss)

Système ou appareil engagé	Critères cliniques	Marqueurs de Laboratoire	Critères basés sur les interventions
Cardiovasculaire	Choc Arrêt du cœur	Hypoperfusion sévère (lactate > 5 mmol/l o > 45 mg/dl) Acidose sévère (pH < 7,1)	Administration continue d'agents vaso-actifs Ranimation cardio-pulmonaire
Respiratoire	Cyanose aiguë Respiration haletante Tachypnée sévère (fréquence respiratoire > 40 rpm) Bradypnée sévère (fréquence respiratoire < 6 rpm)	Hypoxémie sévère (saturation d'oxygène < 90% pendant ≥ 60 minutes o PaO2/FiO2 < 200)	Intubation et ventilation non liée à l'anesthésie
Rénal	Oligurie résistante aux liquides ou diurétiques	Azotémie aiguë sévère (créatinine ≥ 300 μmol/l o ≥ 3,5 mg/dl)	Dialyse pour insuffisance rénale aiguë
Hématologique / Coagulation	Altérations de la coagulation	Thrombocytopenie aiguë sévère (< 50.000 plaquettes/ml)	Transfusion massive de sang/globes rouges (≥ 3 unités)
Hépatique	Ictère en présence de prééclampsie	Hyperbilirubinémie aiguë sévère (bilirubine > 100 μmol/l o > 6,0 mg/dl)	
Neurologique	Inconscience prolongée (> 12 heures)/Coma Accident cérébro-vasculaire Crises épileptiques incontrôlables/Etat épileptique Paralysie généralisée		
Disfonctionnement utérin			Infection ou Hémorragie qui mènent à Hystérectomie

Sang testé et qualifié: Globes rouges ou d'autres produits dérivés du sang provenant de personnes sans facteurs de risque connus pour la transmission par transfusion de micro-organismes ou virus (ex. malaria, VIH, hépatite, etc.). Les prélèvements doivent être négatifs pour des produits viraux, anticorps d'exposition à des virus et à des indicateurs non-spécifiques d'inflammation hépatique.

Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave

STRATÉGIE DE MONITORING ET ÉVALUATION

Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave

Résumé Exécutif

Le sujet de la réduction de la morbidité maternelle a été abordé dans la Région, mais malgré cela les résultats sont toujours insuffisants. Bien que l'on compte sur la connaissance quant aux interventions coût efficaces pour éviter plus de 90% des morts maternelles et des complications obstétricales graves, les femmes et les enfants se heurtent encore à des barrières économiques, géographiques, sociales, légales et à des attitudes qui les empêchent d'accéder à des services de qualité.

Il reste beaucoup à faire à l'intérieur des services de santé car il y a encore des défaillances en ce qui concerne la couverture, la qualité et la continuité des soins ; en ce qui concerne la disponibilité des entrées et l'accès égalitaire à des services de santé sensibles aux particularités culturelles, indépendamment de l'endroit où habite la femme ou de sa situation économique.

L'OPS cherche à ce que l'exécution de ce "Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité et la morbidité maternelle grave", avec le plus vaste engagement des pays des Amériques, permette aux femmes et aux enfants d'améliorer leur santé et l'exercice de leurs droits fondamentaux et de justice sociale.

Ce document présente un ensemble d'indicateurs pour mesurer les progrès et l'impact de la mise en marche du Plan Régional, permettant la comparabilité de l'information au delà des adaptations locales.

L'OPS appuiera techniquement les pays dans leurs efforts de monitoring et présentera des reports régionaux tous les deux ans aux Corps Directeurs pour offrir une analyse de la situation et identifier les fossés pour les améliorer et en faire les corrections nécessaires pour l'accomplissement des objectifs du Plan.

1. Introduction

Le “Plan d’action pour accélérer la réduction de la mortalité et la morbidité maternelle grave” c’est faire un pas en avant pour améliorer la santé des femmes, ce qui contribue aux efforts des pays pour atteindre le cinquième Objectif de Développement du Millénaire (ODM 5).

La mortalité maternelle a diminué dans toute la Région entre 1990 et 2010, selon des données officielles des Etats Membres, que l’OPS publie dans les Indicateurs Elémentaires de Santé, cette réduction a été de 35% à la fin de 2010. Mais, cette baisse est toujours insuffisante pour que la Région des Amériques atteigne l’ODM 5. Environ 90% de la mortalité maternelle en ALC peut être prévenue avec les connaissances dont les pays disposent aujourd’hui.

La morbidité maternelle grave a été moins étudiée que la mortalité maternelle. On estime que 20 cas, de morbidité sévère, surviennent sur chaque mort maternelle enregistrée; parmi ces cas, un quart pourraient subir des séquelles graves et permanentes

Souvent, les soins qui sont à la portée des femmes pendant la période prénatale et pendant l’accouchement ne respectent ni les guides ni les protocoles de soins préconisés internationalement. Le contrôle pré gestation n’existe guère dans la Région, d’ailleurs les services obstétricaux essentiels ne sont pas distribués de façon homogène et très souvent ils sont de mauvaise qualité, parce qu’il n’y a pas de personnel formé avec les compétences nécessaires

Et, toutes les institutions ne peuvent pas, non plus, atteindre les exigences essentielles, et fournir tous les médicaments et produits nécessaires, tels que réactifs de laboratoire et du sang testé et qualifié.

Le Plan d’action propose que dans la période 2012-2017 les interventions clés à efficacité prouvée soient intensifiées pour réduire la morbidité maternelle dans quatre domaines stratégiques promouvant dans les pays l’accès illimité aux soins pré gestation de haute qualité (comprenant la planification familiale), ainsi que les soins prénatals, de l’accouchement et puerpéraux effectués par un personnel qualifié, adoptant une approche interculturelle et de droits dans son action

Le Secrétaire Général des Nations Unies a fait un appel en faveur de l’accomplissement d’un plan promouvant la réduction de la mortalité maternelle et il a créé la Commission d’Information et Reddition de Comptes sur la Santé des Femmes et des Enfants en 2011 qui a formulé des recommandations sur le sujet. L’OPS a adhéré à cette initiative dans le 50ème Conseil Directeur, qui a eu lieu en 2010, en donnant un nouvel élan à l’Initiative Maternité Sans Risque et en approuvant, à l’unanimité dans le 51ème Conseil Directeur en septembre 2011, le Plan et la Résolution correspondante pour accélérer la réduction de la mortalité et la morbidité maternelle grave.

2. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave

La mortalité et la morbidité maternelle évitable sont synonymes d'iniquité et d' inégalité et de manque d'autonomisation des femmes.

Même s'il est vrai que les déterminants socioéconomiques, culturels et environnementaux sont des facteurs clé qui interviennent dans la diminution de la morbidité et mortalité maternelles, dans le secteur de la santé, on peut prendre certaines mesures concrètes destinées directement à leur diminution. Parmi ces mesures : la meilleure organisation des services de santé pour la femme, en ce qui concerne la planification familiale, les soins avant la grossesse, pendant la période prénatale, l'accouchement et la période puerpérale

Avec ce Plan d'Action, on aborde directement des éléments critiques qui peuvent aider à prévenir les morts maternelles et la morbidité grave. Ce Plan contient les objectifs généraux suivants :

- a) contribuer à accélérer la réduction de la mortalité maternelle,
- b) prévenir la morbidité maternelle grave, et
- c) renforcer la vigilance de la morbidité et mortalité maternelles

On a identifié et privilégié Quatre domaines stratégiques et neuf interventions avec leurs indicateurs respectifs qui sont indiqués ci-contre:

Domaine stratégique 1:

Prévention des grossesses non souhaitées et des complications qui en découlent.

Objetivo 1: Aumentar o uso de métodos anticoncepcionais modernos nas mulheres em idade fértil, enfatizando o grupo de adolescentes.

Domaine stratégique 2: Accès universel à des services de maternité abordables et de bonne qualité dans le système coordonné de soins de santé.

Objectif 2: Compter avec des services dans les systèmes intégrés de services de santé.

Domaine stratégique 3: Ressources humaines qualifiées

Objectif 3: Augmenter le nombre de ressources humaines qualifiées pour les soins pré gestation, prénatals, pendant l'accouchement et la période puerpérale dans les établissements de santé.

Domaine stratégique 4: Information stratégique pour l'action et la reddition de comptes.

Objectif 4: Renforcer les systèmes d'information et de vigilance de la santé maternelle et périnatale et les statistiques vitales dans le cadre des systèmes nationaux d'information.

Domaines stratégiques	Interventions d' impact	Indicateurs
1. Prévention des grossesses non souhaitées et des complications qui en découlent.	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la couverture de méthodes contraceptives (y compris les méthodes contraceptives d'urgence et la disponibilité de services de conseils en planification familiale avant la conception et après un événement obstétrical. 	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes par des femmes en âge fertile, séparées selon l'âge et résidence rurale/urbaine. (Ligne de base 60%. But: 70%.) Nombre de pays ayant des données nationales sur conseils et fourniture de contraceptifs post-partum et/ou post avortement par les services de santé. (Ligne de base: à définir. But: 90%.) Pourcentage de morts maternelles dues à un avortement réduites de 50%. (Ligne de base: 13%. But: 7%.)
2. Accès universel à des services de maternité abordables et de bonne qualité dans le système coordonné de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> Accès à des soins abordables de bonne qualité pour les périodes pré gestation, prénatales, d'accouchement et puerpérales, par niveau de soins maternels et périnataux, en estimant une approche par régions dans le cadre de la régionalisation de l'assistance maternelle et périnatale. • Des Foyers maternels, quand cela sera approprié. Utilisation de pratiques basées sur des preuves scientifiques. Assurer la dérivation et contre- dérivation opportunes Prévention et détection de la violence intrafamiliale pendant la grossesse. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de pays ayant 70% de couverture prénatale avec quatre contrôles ou plus. (Ligne de base: 50%. But: 90%.) Couverture institutionnelle de l'accouchement. (Ligne de base: 89.8%. But: 93%.) Nombre de pays ayant au minimum 60% de couverture de contrôle de la période puerpérale 7 jours après l'accouchement. (Ligne de base: à définir. But: 80%.) Nombre de pays utilisant des ocytociques dans 75% des naissances institutionnelles pendant la troisième période du travail d'accouchement, une fois que le cordon ombilical a cessé de battre. (Ligne de base: à définir. But: 90%.) Nombre de pays utilisant du sulfate de magnésium, en plus d'interrompre la grossesse dans 95% des cas de prééclampsie grave/ éclampsie soignés dans des établissements de santé. (Ligne de base: à définir. But: 90%.) Nombre de pays fournissant des soins d'urgence dans l'accouchement. (Ligne de base: à définir. But: 100%.) Nombre de pays surveillant la violence intrafamiliale pendant la grossesse dans 95% des accouchements institutionnels. (Ligne de base: à définir. But: 80%.) Nombre de pays ayant un taux de césarienne supérieur à 20% qui réduisent leur taux d'au moins 20% pour 2017. (Ligne de base: 17. But: 100%.) Nombre de pays ayant des morts maternelles dues au travail d'accouchement obstrué. (Ligne de Base: 15. But: 0.)
3. Ressources humaines qualifiées.	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la disponibilité de personnel de santé, qualifié pour les soins pré gestation, prénataux, de l'accouchement et de la période puerpérale, dans des endroits de soins obstétricaux d'urgence et élémentaires. Augmenter la disponibilité de ressources humaines pendant 24 heures pour les soins de l'accouchement et les complications obstétricales. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de pays ayant des couvertures des soins de l'accouchement de 80% par un personnel qualifié, selon la définition de l'OMS. (Ligne de base: 43. But: 48.) Nombre de pays ayant des taux de couverture des soins de la période puerpérale, égaux ou supérieurs à 80% par un personnel qualifié, capable de soigner aussi bien la mère que le nouveau né, selon la définition de l'OMS. (Ligne de base: 23. But: 48.) Pourcentage d'institutions de soins obstétricaux d'urgence (élémentaires et amplifiés) qui mènent des audits de toutes les morts maternelles. (Ligne de base: à définir. But: 90%.) Nombre de pays présentant annuellement des rapports publics sur santé maternelle incluant des statistiques de mortalité maternelle et la RMM au niveau national. (Ligne de base: à définir. But: 100)
4. Information stratégique pour l'action et la reddition de comptes.	<ul style="list-style-type: none"> Implanter et consolider des systèmes d'information et de vigilance maternelle et périnatale. Établir des comités d'analyse de la mortalité maternelle avec la participation communautaire et offrir des solutions, si c'est nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de pays où le système de santé dispose d'un système d'information périnatale en fonctionnement. (Ligne de base: 16. But 29.) Nombre de pays où le système de santé tient un registre de la morbidité maternelle grave. (Ligne de base: à définir. But: 80%.) Nombre de pays dont la couverture de morts maternelles dans les systèmes de registres vitaux est de 90% ou plus. (Ligne de base: à définir. But: 100%.)

La résolution approuvée exige la préparation de rapports de progrès tous les deux ans sur la base de l'information disponible. Les sources de vérification de données incluront des statistiques vitales, des sondages nationaux de santé et des études spécifiques pour ce plan

3. Monitoring et évaluation du Plan d'action

Le monitoring fournit l'information nécessaire pour évaluer la marche de tout programme sanitaire et permet de faire des ajustements pendant son exécution. Tant le monitoring que l'évaluation sont des fonctions de gestion indispensables qui aident à renforcer la planification des programmes et à améliorer l'efficacité des actions et interventions visant à la réduction de la morbidité maternelle.

L'objectif principal c'est de valoriser le progrès dans la réduction de la morbidité maternelle en Amérique Latine et les Caraïbes, ainsi que d'aider à mettre en place les actions correctives nécessaires pour le plan dans ses différentes étapes. Pour cela il faut contribuer au renforcement des systèmes permanents de vigilance. De multiples expériences dans la région ont démontré que le renforcement de ces systèmes mène à une meilleure information pour l'action, alors que dans ces pays où l'on a opté pour des estimations ou des sondages occasionnels, il n'y a pas eu de très bons résultats.

L'OPS dirigera ses efforts pour faire le monitoring des progrès et promouvoir la création d'archives régionaux d'information clé en santé maternelle en respectant ce qui a été approuvé par les Etats membres dans le cadre du 51ème Conseil Directeur de l'OPS, résolution CD51. R12. Avec cela on cherche à disposer d'un noyau central d'indicateurs comparables pour mesurer des progrès et l'impact de la mise en marche du Plan régional, au-delà des adaptations locales.

L'OPS présentera des reports régionaux tous les deux ans aux Corps Directeurs pour offrir une analyse de la situation et identifier les fossés pour les améliorer et y faire les corrections nécessaires pour l'accomplissement des buts du Plan.

4. Définition et description des indicateurs

Ci-dessous on présente 6 tableaux, dans les 5 premiers sont définis les indicateurs énumérés, soit d'impact (4.1), soit par domaines stratégiques (4.2) et le sixième (4.3) détaille l'information qui doit être recueillie par les pays, avec laquelle seront construits les indicateurs régionaux.

4.1. Indicateurs d'impact.

INDICATEUR	FORMULE	DÉFINITION/ REMARQUES
4.1.1 Raison de mortalité maternelle (RMM) totale pour causes et pour âge	Nombre de morts maternelles / Nombre de nés vivants sur 100.000	Mortalité maternelle est toute mort qui se produit pour cause de grossesse, avortement, accouchement et/ ou période puerpérale jusqu'à 42 jours après la fin de l'événement obstétrical, indépendamment de la durée et le lieu de la grossesse, due à toute cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou sa gestion, mais, non pas due à des causes accidentelles ou incidentales
4.1.2 Raison de morbidité maternelle grave totale, pour causes et pour âge	Nombre de cas de morbidité maternelle grave pour grossesse, accouchement et période puerpérale jusqu'à 42 jours après la fin de l'événement obstétrical. / Nombre de nés vivants sur 100.000	Morbidité maternelle grave est celle que présente une femme qui a failli mourir mais survit à une complication qui survient pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours après la fin de la grossesse.
4.1.3 Taux de mortalité maternelle (morts maternelles sur cent mille femmes de 15 à 44 ans)	Nombre de morts maternelles pour grossesse, accouchement et période puerpérale jusqu'à 42 jours après la fin de l'événement obstétrical / Nombre de femmes de 15 à 44 ans sur 100.000	C'est un proxy qui permet d'évaluer l'effet de la contraception car il ne prend pas des femmes enceintes mais des femmes en âge fertile. Ce n'est pas strictement un taux puisque le dénominateur ne contemple pas le nombre de femmes enceintes.
4.1.4 Nombre de pays avec RMM inférieure à 75 sur 100.000 nés vivants pour 2017	Nombre de pays avec RMM inférieure à 75 sur 100.000 nés vivants Nombre total de pays sur 100	Cet indicateur cherche à évaluer le fossé en mortalité maternelle entre des pays
4.1.5 Nombre de pays ayant des sous populations / selon ethnie (indigène et non indigène) ou emplacement géographique (rural ou urbain) ou division subnationale (département, province ou état)/avec RMM supérieure à 125 sur 100.000 nés vivants	Nombre de pays ayant des sous populations avec RMM supérieure à 125 sur 100.000 nv	Cet indicateur cherche à évaluer le fossé en mortalité maternelle intra pays et les iniquités existantes entre des groupes à différente vulnérabilité

4.2. Indicateurs par domaines stratégiques

4.2.1 Domaine stratégique 1:

Prévention des grossesses non souhaitées et des complications qui en découlent.

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINIÇÃO /OBSERVAÇÕES
4.2.1.1 a) Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes par des femmes en âge fertile, séparées selon l'âge et la résidence urbaine	Nombre de femmes de 15 à 44 ans qui déclarent utiliser des méthodes contraceptives ou dont le couple utilise / Total de femmes de 15 à 44 ans sur 100 (selon aire urbaine)	Séparer selon les groupes d'âge 15 à 19; 20 à 24 ; 25 à 44 et résidence urbaine
4.2.1.1 b) Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes par des femmes en âge fertile, séparés selon l'âge et la résidence rurale	Nombre de femmes de 15 à 44 ans qui déclarent utiliser des méthodes contraceptives ou dont le couple utilise / Total de femmes de 15 à 44 ans sur 100 (selon aire rurale)	Séparer selon les groupes d'âge 15 à 19; 20 à 24; 25 à 44 et résidence rurale
4.2.1.2 a) Nombre de pays offrant des données nationales de conseils sur contraceptifs post- partum ou post-avortement dans les services de santé pelos serviços de Saúde	Nombre de pays avec des données de conseils contraceptifs post- partum et/ou post- avortement	Cet indicateur doit être confectionné séparément (conseils post- partum et conseils post- avortement)
4.2.1.2 b) Nombre de pays ayant des données nationales sur fourniture de contraceptifs post- partum et/ou post-avortement par les services de santé	Nombre de pays ayant des données de livraison de contraceptifs post-partum et/ ou post- avortement	Cet indicateur doit être confectionné séparément (livraison de méthodes post-partum et livraison de méthodes post-avortement)
4.2.1.3 Pourcentage de morts maternelles dues à un avortement	Nombre de morts maternelles pour Avortement / Nombre total de femmes maternelles sur 100	

4.2.2 Domaine stratégique 2: Accès universel à des services de maternité abordables et de bonne qualité dans le système coordonné de soins de santé.

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINIÇÃO /OBSERVAÇÕES
4.2.2.1 Nombre de pays ayant 70% de couverture prénatale avec quatre contrôles ou plus	Nombre de pays ayant 70% ou plus de couverture prénatale avec 4 contrôles ou plus/Total de pays	Nombre de femmes ayant utilisé des services de soins prénatals au moins quatre fois pendant la grossesse/ Nombre total de naissances estimées
4.2.2.2 Couverture institutionnelle de l'accouchement	Nombre de naissances (vaginale et césarienne) enregistrées dans les Services de Santé /Nombre total de naissances estimées sur 100	
4.2.2.3 Nombre de pays ayant au minimum 60% de couverture de contrôle de la période puerpérale, 7 jours après l'accouchement	Nombre de pays ayant 60% ou plus de contrôle de la période puerpérale, 7 jours après l'accouchement	Nombre de femmes avec contrôle de la période puerpérale entre la sortie et le 7ème jour post-partum (vaginal ou césarienne)/Total de naissances estimées sur 100
4.2.2.4 Nombre de pays utilisant des ocytociques dans 75% des naissances institutionnelles pendant la troisième période du travail d'accouchement, une fois que le cordon ombilical a cessé de battre	Nombre de pays utilisant la prévention de l'hémorragie post-partum avec des ocytociques dans 75% des accouchements ou plus /Total de pays sur 100	Nombre d'accouchements institutionnels (y compris des césariennes) où ont été utilisés des ocytociques (ocytocine, méthylergonovine, misoprostol, etc.) pour prévenir l'hémorragie post-partum une fois que le cordon ombilical a cessé de battre /Total d'accouchements institutionnels (y compris des césariennes) sur 100
4.2.2.5 Nombre de pays utilisant du sulfate de magnésium, dans 95% des cas de prééclampsie grave/éclampsie soignés dans des établissements de santé	Nombre de pays appliquant du sulfate de magnésium dans 95% des femmes enceintes avec prééclampsie sévère / éclampsie dans les services de santé/Total de pays sur 100	Nombre de femmes enceintes avec prééclampsie sévère –éclampsie recevant sulfate de Magnésium dans les services de santé/Total de femmes enceintes avec des cas de prééclampsie sévère- éclampsie sur 100 X 100
4.2.2.6 Nombre de pays disposant de sang testé et qualifié dans 95% des établissements qui fournissent des soins d'urgence dans l'accouchement	Nombre de pays où 95% ou plus des services offrant des SOU comptent avec du sang testé et qualifié/Total de pays sur 100	Nombre d'institutions d'un pays fournissant des SOU et comptant avec du sang testé et qualifié /Total d' institutions du pays offrant des SOU sur 100
4.2.2.7 Nombre de pays surveillant la violence intrafamiliale pendant la grossesse dans 95% des accouchements institutionnels	Nombre de pays surveillant la violence familiale dans 95% ou plus des cas d'accouchements institutionnels /Total de pays sur 100	Nombre d'accouchements institutionnels (y compris des césariennes) dans lesquels on a interrogé et consigné recherche de violence intrafamiliale/ Total d'accouchements institutionnels (y compris des césariennes) sur 100
4.2.2.8 Nombre de pays avec un taux de césarienne supérieur à 20% réduisant leur taux d' au moins 20% pour 2017	Nombre de pays qui en 2012 avaient un taux national de césarienne supérieur à 20% et qui en 2017 l'ont réduit à 20% ou plus	
4.2.2.9 Nombre de pays avec des morts maternelles dues à un travail d'accouchement obstrué	Nombre de pays avec des morts maternelles dues à un travail d'accouchement obstrué	

4.2.3 Domaine stratégique 3: Ressources humaines qualifiées.

INDICATEUR	FORMULE	DÉFINITION/ REMARQUES
4.2.3.1 Nombre de pays ayant couverture des soins de l'accouchement de 80% par personnel qualifié, selon la définition de l'OMS	Nombre de pays ayant couverture des soins de l'accouchement de 80% ou plus par personnel qualifié, selon la définition de l'OMS	
4.2.3.2 Nombre de pays ayant des taux de couverture des soins de la période puerpérale égaux ou supérieurs à 80% par personnel qualifié, selon la définition de l'OMS	Nombre de pays ayant des taux de couverture des soins de la période puerpérale égaux ou supérieurs à 80% par personnel qualifié, selon la définition de l'OMS	
4.2.3.3 Pourcentage d'institutions de soins obstétricaux d'urgence (élémentaires et amplifiés) qui mènent des audits de toutes les morts maternelles	Nombre d'institutions assistant des accouchements et réalisant audits des morts maternelles / Nombre total d'institutions assistant des accouchements sur 100	
4.2.3.4 Nombre de pays présentant annuellement des rapports publics sur santé maternelle incluant des statistiques de mortalité maternelle et la RMM au niveau national	Nombre de pays présentant annuellement des rapports publics sur santé maternelle incluant des statistiques de mortalité maternelle et la RMM au niveau national / Total de pays de la région sur 100	

4.2.4 Domaine stratégique 4: Information stratégique pour l'action et la reddition de comptes

INDICATEUR	FORMULE	DÉFINITION/REMARQUES
4.2.4.1 Nombre de pays où le système de santé a un système d'information périnatale en fonctionnement	Pays utilisant un système d'information périnatale au niveau national	
4.2.4.2 Nombre de pays où le système de santé tient un registre de la morbidité maternelle grave	Pays enregistrant de façon systématique la morbidité maternelle grave	
4.2.4.3 Nombre de pays dont la couverture de morts maternelles dans les systèmes de registres vitaux est de 90% ou plus	Pourcentage de morts maternelles enregistrées dans les systèmes nationaux de santé	

4.3 Information à être complétée par les pays pour construire des indicateurs.

Les indicateurs marqués en gris seront calculés par l'OPS au niveau régional de manière ajoutée avec les données fournies par les pays (dans d'autres lignes).

Les cellules à être remplies par les bureaux du pays sont de deux types:

- a) Cellules où la réponse sera Oui ou Non, dans ce cas on fera un cercle sur l'option qui correspond au pays.
- b) Cellules ouvertes où l'on répondra avec un chiffre, numéro absolu, pourcentage, raison ou taux d'après ce qui sera demandé.

INDICATEUR	PAYS						
	AÑNÉE						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.1.1 Raison de mortalité maternelle (RMM)							
4.1.1 a) Nombre total de morts maternelles							
4.1.1 b) Nombre total de nés vivants							
Source/ année							
4.1.1 c) Nombre de morts maternelles pour cause:							
Nombre de morts pour des Troubles Hypertensifs (Total)							
• Prééclampsie							
• Eclampsie							
• Hypertension chronique							
Hémorragie (Total)							
• Hémorragie seconde moitié							
• Hémorragie post-partum							
Sepsie							
Avortement							
Accouchement obstrué							
Autres directes							
Indirectes							
Mal définies							
Suicides/autres morts violentes. Rappeler que ces morts ne sont pas inclus actuellement dans la RMM							
Source /année							
4.1.1 d) Nombre de morts maternelles par âge. (Total)							
10-14 ans							
15-19 ans							
20-24 ans							
25-39 ans							
40-44 ans							
45-49 ans							
50 ans et plus							
Source/ année							

INDICATEUR	PAYS						
	AÑNÉE						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.1.2 Raison de morbidité maternelle grave totale et pour causes							
4.1.2 a) Nombre total de cas de morbidité maternelle grave							
4.1.2 b) Nombre cas de morbidité maternelle grave pour cause							
Prééclampsie sévère							
Eclampsie							
Hémorragie qui exige hystérectomie et/ou 3 volumes ou plus d'hémodérivés et/ou hospitalisation en USI							
Hémorragie seconde moitié qui exige hystérectomie et/ou 3 volumes ou plus d'hémodérivés et/ou hospitalisation en USI							
Hémorragie post-partum qui exige hystérectomie et/ou 3 volumes ou plus d'hémodérivés et/ou hospitalisation en USI							
Avortement qui exige hystérectomie et/ou 3 volumes ou plus d'hémodérivés et/ou hospitalisation en USI							
Sepsie							
Autres causes							
Source/année							
4.1.2 c) Nombre de morbidité maternelle par âge.							
10-14 ans							
15-19 ans							
20-24 ans							
25-39 ans							
40-44 ans							
45-49 ans							
50 ans et plus							
Source /année							

INDICATEUR	PAYS						
	ANNÉE						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.1.5 Nombre de pays avec des sous populations [selon ethnie (indigène et non indigène) ou emplacement géographique (rural ou urbain) ou division subnationale (département, province, état) Javec RMM supérieure à 125 sur 100.000 nés vivants							
4.1.5 a) RMM supérieure à 125 sur 100.000 dans un Département, Province ou Etat	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
4.1.5 b) RMM supérieure à 125 sur 100.000 en aire rurale	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
4.1.5 c) RMM supérieure à 125 sur 100.000 en aire urbaine	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
4.1.5 d) RMM supérieure à 125 sur 100.000 en population indigène	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
4.1.5 e) RMM supérieure à 125 sur 100.000 en population métisse	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
4.1.5 f) RMM supérieure à 125 sur 100.000 en population afro descendante	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
4.1.5 g) RMM supérieure à 125 sur 100.000 en population blanche/ caucasique	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
4.2.1.1 Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes par des femmes en âge fertile, (total)							
4.2.1.1 a) Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes par âge							
10 -14 ans							
15 -19 ans							
20 -24 ans							
25 -39 ans							
40 – 44 ans							
45-49 ans							
50 ans et plus							
Source/ année							
4.2.1.1 b) Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes selon résidence							
Urbaine							
Rurale							
Source/année							

INDICATEUR	PAYS						
	AÑNÉE						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.2.1.2 Nombre de pays ayant des données nationales sur conseils et fourniture de contraceptifs post-partum et/ou post-avortement par les services de santé							
4.2.1.2 a) Votre pays, a-t-il des données nationales sur conseils contraceptifs post-partum ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
4.2.1.2 b) Votre pays, a-t-il des données nationales sur conseils contraceptifs post-avortement ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
4.2.1.2 c) Votre pays, a-t-il des données nationales sur fourniture de contraceptifs post-partum ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
4.2.1.2 d) Votre pays, a-t-il des données nationales sur fourniture de contraceptifs post-avortement ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Source/ année							
4.2.1.3 Pourcentage de morts maternelles dues à un avortement réduites de 50%							
4.2.1.3 a) Pourcentage de mortes maternas decorrentes de aborto							
Fonte/ano							
4.2.2.1 Nombre de pays ayant 70% de couverture prénatale avec quatre contrôles ou plus							
4.2.2.1 a) Nombre de femmes avec quatre contrôles prénatals ou plus							
Source/ année							
4.2.2.2 Couverture institutionnelle de l'accouchement							
4.2.2.2 a) Nombre de naissances (vaginale et césarienne) enregistrées dans des Services de Santé							
Source/ année							
4.2.2.3 Nombre de pays ayant au minimum 60% de couverture de contrôle de la période puerpérale 7 jours après l'accouchement							
4.2.2.3 a) Nombre de femmes avec contrôle de la période puerpérale entre la sortie et le 7ème jour post-partum (vaginal ou césarienne)							
Source/année							

INDICATEUR	PAYS						
	AÑNÉE						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.2.2.4 Nombre de pays utilisant des ocytociques dans 75% des naissances institutionnelles pendant la troisième période de l'accouchement, une fois que le cordon ombilical a cessé de battre							
4.2.2.4 a) Nombre d'accouchements institutionnels (y compris des césariennes) dans lesquels on a utilisé des ocytociques (ocytocine, méthylergonovine, misoprostol, etc.) pour prévenir l'hémorragie post-partum							
4.2.2.4 b) Total d'accouchements institutionnels (y compris des césariennes)							
Source/ année							
4.2.2.5 Nombre de pays utilisant du sulfate de magnésium, en plus d'interrompre la grossesse dans 95% des cas de prééclampsie grave/ éclampsie soignés dans des établissements de santé							
4.2.2.5 a) Nombre de femmes enceintes avec prééclampsie sévère-éclampsie qui reçoivent du sulfate de Magnésium dans les services de santé							
4.2.2.5 b) Total de femmes enceintes avec des cas de prééclampsie sévère-éclampsie							
Source/ année							
4.2.2.6 Nombre de pays avec disponibilité de sang testé et qualifié dans 95% des établissements qui fournissent des soins d'urgence dans l'accouchement							
4.2.2.6 a) Nombre d'institutions du pays qui fournissent des SOU et comptent avec du sang testé et qualifié							
4.2.2.6 b) Total d'institutions du pays qui offrent des SOU							
Source/ année							
4.2.2.7 Nombre de pays surveillant la violence intrafamiliale pendant la grossesse dans 95% des accouchements institutionnels							

INDICATEUR	PAYS						
	AÑNÉE						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.2.2.7 a) Nombre d'accouchements institutionnels (y compris des césariennes) pendant lesquels on a interrogé et consigné recherche de violence intrafamiliale							
Source/année							
4.2.2.8 Nombre de pays ayant un taux de césarienne supérieur à 20% qui réduisent leur taux d'au moins 20% pour 2017							
4.2.2.8 a) Pourcentage de césarienne							
Source/ année							
4.2.2.9 Nombre de pays ayant des morts maternelles dues au travail d'accouchement obstrué							
4.2.2.9 a) Nombre de morts maternelles dues au travail d'accouchement obstrué							
Source/ année							
4.2.3.1 Nombre de pays ayant des couvertures des soins de l'accouchement de 80% par personnel qualifié, selon la définition de l'OMS							
4.2.3.1 a) Pourcentage de couverture des soins de l'accouchement par personnel qualifié, selon la définition de l'OMS							
Source/ année							
4.2.3.2 Nombre de pays ayant des taux de couverture de soins de la période puerpérale égaux ou supérieurs à 80% par personnel qualifié, capable de soigner aussi bien la mère que le nouveau-né selon la définition de l'OMS							
4.2.3.2 a) Pourcentage de couverture des soins puerpéraux par personnel qualifié, capable de soigner aussi bien la mère que le nouveau-né, selon la définition de l'OMS							
Source/ année							
4.2.3.3 Pourcentage d'institutions de soins obstétricaux d'urgence (élémentaires et amplifiés) qui mènent des audits de toutes les morts maternelles							
4.2.3.3 a) Nombre d'institutions de soins obstétricaux d'urgence (élémentaires et amplifiés) qui mènent des audits de toutes les morts maternelles.							

INDICATEUR	PAYS						
	AÑNÉE						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.2.3.3 b) Nombre total d'institutions de soins obstétricaux d'urgence (élémentaires et amplifiés)							
Source/ année							
4.2.3.4 Nombre de pays présentant annuellement des rapports publics sur santé maternelle incluant des statistiques de mortalité maternelle et la RMM au niveau national							
4.2.3.4 a) Votre pays présente annuellement des rapports publics sur santé maternelle incluant des statistiques de mortalité maternelle et la RMM au niveau national							
Source /année							
4.2.4.1 Nombre de pays où le système de santé dispose d'un système d'information périnatale en fonctionnement							
4.2.4.1 a) Le système de santé de votre pays dispose d'un système d'information périnatale en fonctionnement							
Source/ année							
4.2.4.2 Nombre de pays où le système de santé tient un registre de la morbidité maternelle grave							
4.2.4.2 a) Le système de santé de votre pays tient un registre de la morbidité maternelle grave							
Source/ année							
4.2.4.3 Nombre de pays dont la couverture de morts maternelles dans les systèmes de registres vitaux est de 90% ou plus							
4.2.4.3 a) Nombre de morts maternelles consignées dans le système de registres vitaux							
4.2.4.3 b) Nombre total de morts maternelles identifiées par recherche active de cas							
Source/année							