

## AFRICAN STRATEGIES FOR HEALTH



# **Misoprostol Policy and Scale-Up for the Prevention of Postpartum Hemorrhage in Madagascar**

## Country Report

August 2016

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by the African Strategies for Health (ASH) Project.

**African Strategies for Health (ASH)** is a five-year project funded by the United States Agency for International Development (USAID) and implemented by Management Sciences for Health (MSH). ASH works to improve the health status of populations across Africa through identifying and advocating for best practices, enhancing technical capacity, and engaging African regional institutions to address health issues in a sustainable manner. ASH provides information on trends and developments on the continent to USAID and other development partners to enhance decision-making regarding investments in health.

## **August 2016**

This document was submitted by the African Strategies for Health project to the United States Agency for International Development under USAID Contract No. AID-OAA-C-11-00161.

Additional information can be obtained from:

African Strategies for Health  
4301 N. Fairfax Drive, Suite 400, Arlington, VA 22203  
Telephone: +1-703-524-6575  
[AS4H-info@as4h.org](mailto:AS4H-info@as4h.org)  
[www.africanstrategies4health.org](http://www.africanstrategies4health.org)

Cover Photo: Two sisters in Antsirabe, Madagascar © 2016 Mohamad Syar/ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, courtesy of Photoshare

## **DISCLAIMER**

This technical report was made possible by the generous support of the American people through the US Agency for International Development (USAID). Its contents are the sole responsibility of ASH and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

# **MISOPROSTOL POLICY AND SCALE-UP FOR THE PREVENTION OF POSTPARTUM HEMORRHAGE IN MADAGASCAR**

## **COUNTRY REPORT**

## ACKNOWLEDGEMENTS

This study was conducted by Management Sciences for Health (MSH) under the African Strategies for Health (ASH) project with support from the US Agency for International Development (USAID) Bureau for Africa. Sara Holtz and Rebecca Levine led the study design, data collection, and analysis. Shafia Rashid (FCI Program of MSH) and JoAnn Paradis (ASH) provided valuable technical and editorial input.

This study was completed through broad consultation with a variety of individuals and stakeholders. ASH is grateful for the contributions of various individuals and organizations at all stages of this study. Particular gratitude is extended to the Ministry of Health, USAID, MSH in Madagascar, members of USAID's Mikolo Project, and to the fifteen respondents who so generously shared their experiences, thoughts, and knowledge on community-based distribution of misoprostol in Madagascar.

## ACRONYMS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AMM	Autorisation de Mise au Marché (Authorization to Market and/or Sell)
ANC	Antenatal Care
ASH	African Strategies for Health Project
AUC	African Union Commission
CARMMA	Campaign for Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa
CHV	Community Health Volunteer
CSO	Civil Society Organization
FBO	Faith-Based Organization
FIGO	International Federation of Obstetrics and Gynecology
ICM	International Confederation of Midwives
JSI	John Snow Incorporated
MCHIP	USAID's Maternal and Child Health Integrated Program
MCSP	USAID's Maternal and Child Survival Program
MDG	Millennium Development Goals
MMR	Maternal Mortality Ratio
MOH	Ministry of Health
MSH	Management Sciences for Health
MSI	Marie Stopes International
NGO	Non-Governmental Organization
PPH	Postpartum Hemorrhage
PSI	Population Services International
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynecologists
TWG	Technical Working Group
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	US Agency for International Development
WHO	World Health Organization

# TABLE OF CONTENTS

1. Executive Summary	7
2. Background	10
3. Country Context	10
4. Study Objectives and Methodology	11
5. Policy Development: Key Findings	14
5.1 Context	14
5.2 Actors	14
5.3 Process	16
5.4 Content	17
6. Status of Scale-up: Key Findings	18
6.1 Governance	18
6.2 Finance	18
6.3 Health Information	19
6.4 Commodities & Supplies	19
6.5 Human Resources	20
6.6 Service Delivery	21
7. Recommendations and Conclusion	21
Annex 1. Key Informant Interviews: Consent forms and guidance	23
Annex 2. Ministerial Note, 2014	29
Annex 3. CARMMA roadmap, 2014	30

# I. EXECUTIVE SUMMARY

## Introduction

Despite a 43 percent global decline in the maternal mortality ratio (MMR; maternal deaths per 100,000 live births) from 1990 to 2015, the number of annual maternal deaths remains unacceptably high, particularly in the low- and middle-income countries where 99 percent of these deaths occur.<sup>1</sup> Postpartum hemorrhage (PPH), or severe bleeding following childbirth, is the leading cause of maternal mortality in low-income countries and the primary cause of nearly one quarter of all maternal deaths globally each year.

The vast majority of deaths due to PPH can be effectively prevented or treated with uterotonics such as oxytocin and misoprostol, used to induce contractions or greater tonicity of the uterus.<sup>2</sup> Oxytocin is the most widely used uterotonic and is recommended by the World Health Organization (WHO) for use immediately after childbirth to reduce the risk of bleeding. However, oxytocin requires both refrigeration and administration via injection by a skilled provider, making it challenging to administer in resource-poor settings or in areas where the majority of women deliver at home. In a region where more than 50 percent of births occur without attendance by skilled health personnel, access to an alternative uterotonic or intervention for the prevention of PPH is critical to accelerating maternal mortality reduction in Africa.<sup>3</sup>

Over the past decade, the use of misoprostol for PPH prevention has gained attention as an effective strategy in settings where skilled birth attendance is low. The findings of numerous studies, reviews, and evaluations of the distribution of misoprostol at the community level overwhelmingly support its use as safe, effective, and feasible in the absence of a skilled birth attendant.<sup>4,5</sup> The intervention has since been included in various global clinical guidelines and, in 2012, WHO released a recommendation for the administration of misoprostol for PPH prevention by a lay health worker in the absence of a skilled birth attendant. Misoprostol is inexpensive, can be administered as a tablet, and does not require cold chain storage, making it an important intervention for the millions of women giving birth at home or in health facilities without reliable electricity, refrigeration, or qualified health providers. Despite this body of evidence and growing global consensus of the benefits of using misoprostol to prevent PPH, few countries in Africa have adopted national policies or service-delivery guidelines for the scale-up of this intervention.<sup>6</sup>

In an effort to enhance understanding of the processes behind the development and adoption of policies and subsequent implementation of guidelines around community-based distribution of misoprostol for PPH, the United States Agency for International Development (USAID)'s Bureau for Africa and its African Strategies for Health (ASH) project, implemented by Management Sciences for Health (MSH), conducted a review in three African countries. The *Review of National Policies for Community-Based Distribution of Misoprostol for Prevention of Postpartum Hemorrhage and Subsequent Status of Scale-Up* study explored the policy-making process and subsequent roll-out of the intervention in three countries which have national policies in development or in place: Madagascar, Mozambique, and Nigeria. This report details the study findings and recommendations from Madagascar.

---

<sup>1</sup> WHO. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015.

<sup>2</sup> WHO and UNICEF. Countdown to 2015: Maternal, Newborn, & Child Survival, Decade Report (2000 – 2010).

<sup>3</sup> UNICEF. *State of the World's Children 2015*.

<sup>4</sup> Smith, JM et al. "Misoprostol for Postpartum Hemorrhage Prevention at Home Birth: An Integrative Review of Global Implementation Experience to Date." *BMC Pregnancy and Childbirth* 13 (2013):44.

<sup>5</sup> Hundley V et al. "Should Oral Misoprostol Be Used to Prevent Postpartum Hemorrhage in Home-Birth Settings in Low-Resource Countries? A Systematic Review of the Evidence." *B/OG* 120 (2013):277-287.

<sup>6</sup> WHO. WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2012.

## Study Approach

### Study Goal

The overall goal of this study was to identify common factors which influenced and enabled policy development for community-based distribution of misoprostol and to document the various successes and challenges related to implementation in an effort to develop recommendations for establishing a favorable policy and implementation environment in other African countries.

### Methodology

Between April 2015 and August 2015, ASH conducted desk research and interviews with 15 key informants engaged in the policy development and/or implementation processes in Madagascar. The document review included policy documents, research and technical reports, program implementation reports, and training curricula. Key informant interviews were conducted with stakeholders including the ministry of health (MOH), professional bodies, donors, civil society organizations (CSOs), and community leaders. The study applied the policy triangle framework<sup>7</sup> to analyze the key determinants of policy development and adoption, including policy content, context, actors, and processes, and the interaction between these components. The status of implementation and scale-up of community-based distribution of misoprostol was documented through key benchmark indicators representing each of the six WHO Health Systems Building Blocks. Each indicator addresses an issue(s) critical to achieving effective impact at scale in a sustainable manner.<sup>8</sup>

## Key Findings and Recommendations

### Policy Development

A national policy for community-based distribution of misoprostol is not currently in place in Madagascar. However, a 2014 ministerial note (Annex 2) details the government's endorsement of this intervention, which is also promoted through the Campaign for Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa (CARMMA) roadmap launched by the MOH in September 2014 (Annex 3). An initiative of the African Union Commission (AUC), CARMMA was developed as a continental campaign to promote the adoption and implementation of the AUC's Maputo Plan of Action and to generate awareness, commitment, and resources for priority interventions that will accelerate mortality reductions across African countries. The CARMMA roadmap in Madagascar outlines the government's commitment to the introduction and scale up of high-impact interventions at the community level, and served as the foundation for the introduction of two evidence-based interventions for maternal and newborn health: misoprostol for the prevention of PPH and chlorhexidine for the prevention of newborn infection. The ministerial note, released by the MOH in December 2014, authorizes community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH when oxytocin is not available, and calls for the procurement and distribution of misoprostol, training on its use, development of a monitoring and supervision system, and implementation of the intervention in communities. A national Technical Working Group (TWG) was cited as the most instrumental factor in the development and adoption of the CARMMA roadmap, and in facilitating initial implementation of misoprostol pilot studies in Madagascar, both of which led to the release of the ministerial note in 2014. The TWG includes representatives from various MOH departments, United Nations agencies including the WHO and the United Nations Population Fund (UNFPA), donors such as USAID, and project staff from international nongovernmental organizations (NGOs).

According to key informants, the policy environment in Madagascar was influenced by a study tour visit to Nepal and the participation at a conference in Mozambique, where pilot projects from across Africa were presented and discussed. The exchange visits allowed for a delegation comprised of TWG members to gain in-depth exposure to ongoing lessons and experiences with community-based distribution of misoprostol for PPH prevention. Respondents cited the study tours as particularly influential for motivating the MOH to introduce

<sup>7</sup> Walt G and Gibson L. "Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis." *Health Policy Planning* 9.4 (1994).

<sup>8</sup> WHO. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. 2007.



the intervention and lead a district-level pilot project. With support from USAID/Madagascar and other maternal health partners, the aim of the implementation project was to increase uterotonic coverage for both facility and home births and to demonstrate the effectiveness of community-based distribution of misoprostol when oxytocin is not available.

Initial resistance and opposition from influential stakeholders advising the MOH, grounded on the concern that misoprostol can be used for termination of pregnancy, was cited as an important barrier to policy development. This concern was addressed through targeted advocacy by members of the TWG, who relied on international and local evidence to champion the need for a community-based solution to PPH. The TWG continues to advocate for the scale-up of misoprostol as the MOH develops a national introduction and implementation plan based on lessons learned from the pilot sites.

### Implementation & Scale-Up

Respondents cite the status of implementation in Madagascar as largely delayed or stagnated, due in part to a lack of government leadership and action. The study found that little has been done to ensure policy gains translate into action, however, a national implementation plan was under development by the MOH at the conclusion of this study. Lessons around the supply and distribution of misoprostol for national implementation have emerged, in particular considerations around its packaging. Findings from the demonstration sites suggest that the name and packaging of misoprostol influence community acceptance and uptake and helped address concerns by stakeholders regarding the use of misoprostol for indications other than PPH prevention. By closely engaging with the supplier, members of the TWG were able to address concerns in Madagascar's culturally-sensitive and religious environment. Furthermore, lessons from the demonstration sites highlight the need for the supply chain to be considered in its totality, from the manufacturing and procurement, to the distribution of misoprostol tablets by community agents to pregnant women. In the demonstration sites, close collaboration with community health volunteers (CHVs) has enabled innovative approaches to address challenges in the supply chain, and has also been effective in addressing concerns related to the use of misoprostol for indications other than PPH prevention. Findings reinforce the importance of supportive supervision for CHVs in the effective distribution of misoprostol.

**Table 1. Summary of Key Recommendations**

Policy Development	Implementation and Scale-Up
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Engage various types of stakeholders from the very beginning of the process. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A national level mechanism such as a TWG tasked with leading and moving the process forward created ownership, and ensured interests and concerns were heard and addressed throughout the process.</li> </ul> </li> <li>▪ Ensure evidence is used to inform policy development and implementation processes. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Local pilot project showed misoprostol as an effective strategy to address PPH and provided gains in government and community support by addressing concerns related to community distribution.</li> </ul> </li> <li>▪ Adopt integrated maternal and newborn approaches to community-based care. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Coupling misoprostol distribution with chlorhexidine as a community package for maternal and newborn care increased acceptance and can facilitate scale up of two life-saving interventions.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consider the supply chain in its totality, from the manufacturing and procurement of misoprostol, to the distribution of tablets by CHVs to pregnant women. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Poor resourcing and gaps in the supply chain have hindered progress in ensuring the procurement and availability of misoprostol for PPH.</li> </ul> </li> <li>▪ Define guidelines and standards for implementation at community level. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Support from the TWG in defining the correct use, side effects, procedure for distribution, and mechanism to assure proper use of misoprostol by the CHVs was critical for addressing concerns and informing scale up.</li> </ul> </li> <li>▪ Include a formal mechanism for monitoring and evaluation which facilitates frequent and regular reviews of data. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ The proportion of women who deliver at home and receive services for the prevention of PPH is included in the CARMMA roadmap as an indicator in support of community-based distribution of misoprostol.</li> </ul> </li> </ul>

## 2. BACKGROUND

Under the Millennium Development Goals (MDGs) adopted by the international community in 2000, countries committed to reducing maternal mortality by three quarters between 1990 and 2015. Despite tremendous progress towards reducing maternal deaths, every day an estimated 830 women worldwide continue to die from preventable causes related to pregnancy and childbirth. In 2015, the Sub-Saharan African region alone accounted for 66 percent of all maternal deaths and had the highest regional MMR at 546. An estimated 34 percent of maternal deaths in Sub-Saharan Africa are due to PPH.<sup>9</sup>

In settings where the administration of oxytocin is not feasible, misoprostol provides a safe and effective alternative for the prevention and treatment of PPH. Misoprostol is included in the WHO Model List of Essential Medicines for the prevention of PPH as well as in various global clinical guidelines including guidelines from the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), the International Confederation of Midwives (ICM), the American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), and the Royal College of Obstetricians-Gynecologists (RCOG). Furthermore, WHO's 2012 recommendations for the prevention and treatment of PPH include the administration of misoprostol by a lay health worker in the absence of a skilled birth attendant.<sup>10</sup> However, few countries in Africa have adopted national policies or service delivery guidelines for the scale-up of this intervention.

In 2011 and 2012, *A Global Survey on National Programs for the Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage and Pre-Eclampsia/Eclampsia* found that, of 20 African countries surveyed, misoprostol was on the essential medicines list for prevention of PPH in 16, 11 countries had conducted pilots on community-based distribution, but only four were beginning to scale-up the use of misoprostol at home births through the ratification of national policies.<sup>11</sup>

While several studies identify the challenges of and barriers to the transition from evidence to policy implementation for community-based distribution of misoprostol, there is presently no published literature reviewing the policy success stories.

## 3. COUNTRY CONTEXT

Madagascar has a population of 24.2 million people (2015) and is growing at a rate of 2.8 percent.<sup>12</sup> Many of Madagascar's health indicators have improved in recent years, with notable declines in maternal mortality. Between 1990 and 2015, the mortality rate of women during pregnancy and childbirth decreased by 55 percent. However, a political crisis between 2009 and 2013 caused major disruptions in access to and quality of health services within the country.<sup>13</sup> Madagascar's MMR continues to be high at 353 deaths per 100,000 live births and nearly 3,000 women die, mostly from preventable causes, every year.<sup>14</sup> A range of factors contribute to poor maternal health conditions, including a high fertility rate (4.5 in 2013) and early childbearing.<sup>15</sup> Although 82

<sup>9</sup> WHO. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015.

<sup>10</sup> WHO. WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2012.

<sup>11</sup> Smith J, Currie S, Perri J, Bluestone J and Cannon T. "A Global Survey on National Programs for the Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage and Pre-Eclampsia/Eclampsia." *Maternal and Child Health Integrated Program*. [http://www.mchip.net/sites/default/files/2012%20Progress%20Report\\_Short%20Report.pdf](http://www.mchip.net/sites/default/files/2012%20Progress%20Report_Short%20Report.pdf)

<sup>12</sup> United Nations Population Division. World Population Prospects (WPP): The 2015 Revision. File POP/I-I: Total population (both sexes combined) by major area, region and country, annually for 1950-2100 (thousands) <http://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>

<sup>13</sup> WHO Country Cooperation Strategy At a Glance: Madagascar [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsbrief\\_mdg\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_mdg_en.pdf)

<sup>14</sup> WHO. 2015. Levels and Trends for Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: World Health Organization.

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>

<sup>15</sup> World Bank. 2011. Madagascar - Reproductive health at a glance. Reproductive health at a glance ; Madagascar. Washington, DC: World Bank.

percent of pregnant women receive at least one antenatal care (ANC) visit, only 44 percent of births are attended by a skilled health provider, and 38 percent of deliveries take place in a health facility.<sup>16</sup>

More than 90 percent of the population in Madagascar lives under the poverty line, and 80 percent resides in rural areas with limited access to primary health care facilities.<sup>17</sup> Health coverage remains limited, and access to care is particularly difficult in rural areas, where 65 percent of the population lives more than five kilometers (km) from a health facility and 35 percent lives more than 10 km from a health facility.<sup>18</sup> Moreover, many health facilities face stock-outs of essential medicines and materials and shortages of qualified skilled providers.<sup>19</sup>

The government of Madagascar recognizes CHVs as an effective vehicle for reaching its predominantly rural population. In 2009, the MOH published the National Community Health Policy to guide the promotion and harmonization of community-based health services and to increase demand for health-related services, promote their availability, and establish their local delivery.<sup>20</sup> However, the subsequent political crisis, in addition to funding limitations, has prevented implementation at the regional level. Implementation of the National Community Health Policy has been insufficiently coordinated; as a result of the political crisis, agencies working with communities directly and independently from each other have been increasingly operating in the country. By 2013, it was estimated that Madagascar had more than 13,000 CHVs and more than 62 organizations were supporting CHV programs across the country.<sup>21</sup> Private, non-profit institutions, supported primarily by faith-based organizations (FBOs), NGOs, and CSOs, are present but also lack effective coordination with the public health sector. In rural areas, private, non-profit institutions such as private clinics and independent practitioners have a considerable comparative advantage over the public health care system, as they provide immunization services, antenatal check-ups, and deliveries.<sup>22</sup>

## 4. STUDY OBJECTIVES & METHODOLOGY

### Study Objectives

The *Review of National Policies for Community-Based Distribution of Misoprostol for Prevention of Postpartum Hemorrhage and Subsequent Status of Scale-Up* study explored the policy-making process and subsequent roll-out of the intervention in three African countries which have national policies in place for the use of misoprostol at home births for prevention of PPH: Madagascar, Mozambique, and Nigeria.

The goal of this study was to identify the key determinants contributing to the development and adoption of policies, to determine the current status of implementation and scale-up of the intervention, and to identify successes and challenges in the intervention's subsequent national roll-out and scale-up. The study findings provide practical recommendations for countries beginning policy development and adoption, and/or national roll-out of community-based distribution of misoprostol for PPH. Specific study objectives were to:

1. Analyze the policy-making process for national policies on community-based distribution of misoprostol for PPH prevention
2. Identify key facilitators and enablers critical to policy development and adoption

<sup>16</sup> UNICEF. 2014. State of the World's Children 2015. Geneva: UNICEF <http://www.data.unicef.org/resources/the-state-of-the-world-s-children-report-2015-statistical-tables>

<sup>17</sup> <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>

<sup>18</sup> WHO Country Cooperation Strategy At a Glance: Madagascar [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsbrief\\_mdg\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_mdg_en.pdf)

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Ministry of Health, Madagascar. National Community Health Policy, 2008

<sup>21</sup> Wiskow C, Homsí FA, Smith S, Lanford E, Wuliji T, Crigler L. 2013. An Assessment of Community Health Volunteer Program Functionality in Madagascar. Technical Report. Published by the USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

<sup>22</sup> WHO Country Cooperation Strategy At a Glance: Madagascar [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsbrief\\_mdg\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_mdg_en.pdf)

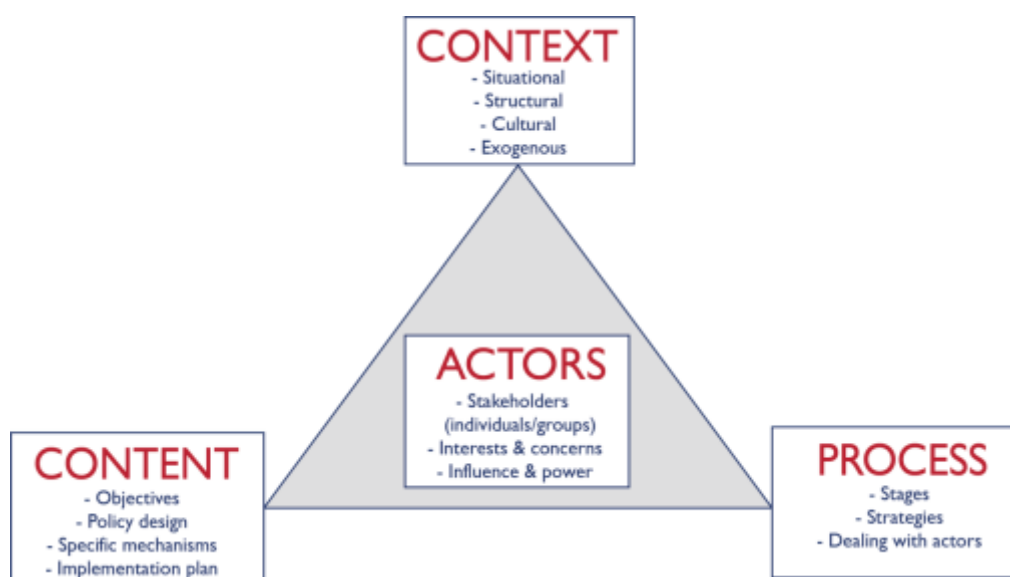
3. Ascertain progress towards scale-up of the intervention since policy adoption as measured by specific benchmark indicators
4. Identify successes and challenges to policy development and implementation.

## Conceptual Framework and Strategic Indicators

### Policy Review

To analyze the policy-making process, the study applied the policy triangle conceptual framework (Figure 1). The framework theorizes that policy is influenced by a multitude of factors and the interactions between them. The study reviewed various components in Madagascar, including the situational and structural contexts around the policy, stakeholders' interests and influence, the content of the policy, its objectives and design, as well as the process by which the policy was developed.

**Figure 1. Policy Triangle Conceptual Framework**



Source: Walt, G and Gibson, L. *Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan.* (1994) 9 (4): 353-370.

### Status of Implementation and Scale-Up

The status of implementation and scale-up of community-based distribution of misoprostol was documented based on indicators representing each of the WHO Health Systems Building Blocks (Table 2). Each indicator addresses an issue(s) critical to achieving effective impact in a sustainable manner.

**Table 2. WHO Health Systems Building Blocks**

Building Block	Indicator
<b>Governance*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH included in current national strategies and practice guidelines?</li> <li>Is community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH included in both national and subnational implementation plans?</li> </ul>
<b>Finance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH included in MOH budgets?</li> </ul>
<b>Health Information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the MOH currently collect, report, and use appropriate indicators/information on community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH?</li> </ul>
<b>Commodities &amp; Supplies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is misoprostol currently procured and distributed in sufficient quantities as part of the national logistics system?</li> </ul>
<b>Human Resources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the appropriate health worker cadres authorized to distribute misoprostol?</li> <li>Do the appropriate in-service and pre-service curricula include community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH?</li> </ul>
<b>Service Delivery</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH included in MOH supervision schedules?</li> <li>Is misoprostol available for distribution at the community level?</li> </ul>

\*A national policy indicator is not included here given this is a criterion for inclusion in the study and thus all countries have a national policy in place.

## Study Methodology

The study was conducted through the development of a qualitative retrospective case study developed through use of two methods: document review and key informant interviews.

### Document Review

A document review provided an initial overview of policy development and the current status of implementation. Documents included national policies, strategies, clinical guidelines, TWG notes, training curricula, etc. The document review also included a brief stakeholder analysis in an effort to identify initial key informants, to understand their position/role with respect to the policy process, and to gain a clear understanding of stakeholder interests (i.e. what are the perceived drivers/facilitators for policy implementation success as it relates to each stakeholder).

### Key Informant Interviews

Semi-structured interviews were conducted with 15 individuals from various stakeholders engaged in the policy development and implementation processes in each country. These stakeholders included respondents from government, multilateral organizations, donors, NGOs, and CSOs.

## 5. POLICY DEVELOPMENT: KEY FINDINGS

Madagascar's MOH approved the CARMMA roadmap and issued a ministerial note in 2014 authorizing the use of misoprostol for the prevention of PPH when oxytocin is not available in health centers and at the community level (Annexes 2 and 3). The following sub-sections present findings from informant interviews and document reviews as they relate to each of the components associated with the policy development process: context, actors, processes, and content. It is evident that the process is not driven by one factor in isolation; rather, the relationship between the identified determinants is complex. Factors often interact with one another and discussion of them may overlap in certain areas of the following sections.

### 5.1 Context

Until early 2009, the government of Madagascar and its health sector partners were working together to address some of the most pressing priorities, guided by shared goals articulated in the Madagascar Action Plan 2007-2012, the National Health Sector Development Plan 2007-2011, and the National Community Health Policy. That year, political tensions erupted and led to a military-based extra-constitutional transfer of power and subsequent establishment of an interim *de facto* government, which was not recognized by the international community.<sup>23</sup> Under restricted policies, support to the public sector was suspended, and donors and NGOs instead increased strategic partnerships and support to local NGOs, professional associations, FBOs, and CSOs. A lack of coordination, particularly for community health activities, resulted from agencies working with communities directly and independently across the country.

With the return of democratic elections in December 2013, foreign assistance was re-established in Madagascar, including USAID development assistance to the government and collaboration with the MOH. The impact of this political unrest was cited as an important factor in the context of an enabling policy environment. Resulting staffing changes within the MOH and key organizations also impacted the policy environment; key informants reported that strong opposition to community-based use of misoprostol by key stakeholders, particularly from the WHO country office and advisors to the MOH, shifted with new staff, enabling increased advocacy and support for misoprostol's use for PPH at the community level.

The cultural context in Madagascar (i.e., religion and ethnicity) was also perceived to play an important role in the policy environment for the intervention. Key informants noted that religion has a strong influence on public perception in Madagascar. They specifically cited religious opposition to misoprostol's perceived alternative use for terminating pregnancy as a predominant cultural factor influencing the policy development process. Informants noted resistance from key stakeholders to the promotion of community-distribution of misoprostol because of concerns of being associated with support for abortions, which is under restrictive laws in Madagascar. Another challenge cited during the policy development process was managing concerns related to adverse events following misoprostol's use after induction of labor, specifically uterine rupture. Several key informants noted these concerns were compounded by the personal story of an MOH official whose relative's death was caused by uterine rupture following complications after taking misoprostol.

### 5.2 Actors

A number of actors contributed to the policy development process in its various stages. Motivated by their specific interests and prevailing concerns, these organizations and individuals played varying roles in shaping the development and approval of Madagascar's ministerial note and CARMMA commitment for community distribution of misoprostol. Key actors included: the MOH; the Secretary General; the WHO Country Representative; and members of the TWG, which included representatives from MOH departments, WHO,

---

<sup>23</sup> WHO Country Cooperation Strategy At a Glance: Madagascar [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsbrief\\_mdg\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_mdg_en.pdf)

UNFPA, donors, international NGOs (Marie Stopes International [MSI] and Population Services International [PSI]), and international/external donor-funded projects (USAID Mikolo led by MSH, USAID Mahefa led by John Snow Incorporated [JSI], and USAID Maternal and Child Health Integrated Program [MCHIP]). All respondents cited the TWG as an instrumental factor in the development and adoption of the CARMMA roadmap and ministerial note, and in facilitating initial implementation of pilot studies in the country.

The diversity in expertise (medicine, public health, pharmaceuticals, training, policy development, leadership, management, and social and behavior change) of TWG members was notably helpful for generating ownership and buy-in. The TWG meets regularly and draws on members' broad experience and expertise to play a vital role in pushing the maternal and newborn health agenda in Madagascar. The roles of key actors, and their concerns and motivations, during the policy development process, are summarized in Table 3.

**Table 3: Roles, Motivations, and Concerns of Stakeholders**

Actor	Role(s) in Policy Development	Prevailing Concerns or Motivating Factors
<b>MOH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In recognition of Madagascar's maternal health challenges, the MOH championed community-based approaches and strategies to strengthen CHV performance, enabling the environment for policy on the use of misoprostol for PPH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potential use of misoprostol for abortion by young girls and women with unwanted pregnancies were noted as prevailing concerns.</li> <li>Concerns of increased adverse effects due to incorrect administration of misoprostol (i.e., uterine rupture).</li> <li>Fears that incorrect or inappropriate use could result in distrust and lead to an end of the community distribution program.</li> </ul>
<b>TWG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumental in shaping the content of the CARMMA Roadmap and ministerial note in support of misoprostol's role in PPH.</li> <li>Key role in shepherding the process for district level demonstration projects to provide evidence on whether misoprostol can increase uterotonic coverage for both facility and home births.</li> <li>Developing implementation plan and guidelines to support the correct use of misoprostol for PPH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivated by the lessons and experiences from other countries with community-based distribution of misoprostol for PPH.</li> <li>Concerns by some TWG members that a program that supports community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH could be misunderstood as support for abortion.</li> <li>The effectiveness and feasibility of an integrated maternal and newborn health approach was a motivating factor for the adoption of the community-based intervention.</li> </ul>
<b>NGOs and donor-funded projects</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supported the implementation of pilot demonstrations in Fénérive Est and Vohémar.</li> <li>Supported advocacy efforts and the dissemination of research findings to garner support for community distribution of misoprostol for PPH.</li> <li>Played a role in shaping content of the CARMMA roadmap and ministerial note.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concerned with appropriate administration by CHVs, partner organizations played a role in developing guidelines and standards for implementation.</li> </ul>
<b>UN Organizations and donors</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Played a role in ensuring procurement and distribution of misoprostol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Addressing concerns related to the drug's packaging and marketing were motivating factors for advancing the adoption and implementation of misoprostol for PPH.</li> </ul>



## 5.3 Process

According to key informants, the policy development process in Madagascar was strongly influenced by the building of a broad-based coalition of support (in the form of the TWG) for the use of misoprostol at the community level. The development process can be described in three stages: (1) prioritization by the MOH to address maternal and newborn deaths and preliminary advocacy efforts to garner high-level support, (2) implementation of pilot projects, and (3) endorsement of community-based distribution of misoprostol for PPH through the CARMMA roadmap and ministerial note.

**Stage 1 – Preliminary advocacy efforts for the prioritization by the MOH and stakeholders to address maternal and neonatal deaths:** In recognition of Madagascar's persistently high MMR, and the context in which more than half of all women continued to deliver without a skilled birth attendant, the MOH understood the limitations of current strategies to address PPH and identified misoprostol's use in home births and in rural communities as a key intervention to address the high burden of maternal deaths.<sup>24</sup> According to key informants, the prioritization by the MOH to address maternal deaths at community level was influenced by the exposure to, and learning from, countries that were already implementing community-based distribution of misoprostol for PPH. Specifically, a study tour visit to Nepal and the participation at a conference in Mozambique, were cited as important preliminary efforts in the process. The exchange visits allowed for a Malagasy MNCH practitioners and experts, including members of the TWG, to gain in-depth exposure to ongoing lessons and experiences with community-based distribution of misoprostol for PPH prevention. The study tour in Nepal, which took place in March 2012, was particularly influential for motivating the MOH to introduce the intervention, as it allowed for first-hand understanding of the benefits of the approach and distribution within existing health structures.<sup>25</sup> The visits motivated the MOH to lead a district-level demonstration project in order to inform the expansion of uterotonic coverage in Madagascar.

Challenges cited during the initial stages were related to strong opposition from influential persons, namely the Secretary General at the MOH and the WHO Country Representative. Staffing changes within these organizations were noted as critically important for achieving advocacy successes, as they enabled the policy environment to shift and become supportive of community distribution.

**Stage 2 – Implementation of pilot projects:** A critical step in the policy development process was the implementation of pilot projects in Madagascar. The aim of this research was to generate evidence on the acceptability and feasibility of community-based distribution of misoprostol, and inform future policy on the expansion of uterotonic coverage for PPH prevention to all women giving birth, using both facility-based and community-based approaches. With support from MCHIP, USAID Madagascar, and MSI, the government undertook a district level pilot project in Fénérive Est District in 2013. At the facility level, public providers were given training and refresher courses in the active management of the third stage of labor using both oxytocin and misoprostol for PPH prevention to demonstrate that misoprostol is a viable alternative when oxytocin is not available. Under the community component, CHVs were trained to provide birth preparedness lessons, encourage facility births, and provide misoprostol to women for use during home births when they were unable to access care at a facility.<sup>26</sup>

With additional support from USAID Mahefa, the TWG expanded the pilot project to a second district (Vohémar District) with an additional component of testing the acceptability of an integrated maternal and newborn health intervention of PPH prevention using misoprostol and newborn infection prevention using chlorhexidine 7.1% at the community level. Results showed that 96 percent of women who used misoprostol were willing to recommend its use to other women in their community and 99 percent of women reported

<sup>24</sup> UNICEF. 2014. State of the World's Children 2015. Geneva: UNICEF <http://www.data.unicef.org/resources/the-state-of-the-world-s-children-report-2015-statistical-tables>

<sup>25</sup> USAID. Ending Preventable Child and Maternal Deaths: 10 Innovation Highlights from Madagascar. 2014.

<sup>26</sup> Ibid.



wanting to use misoprostol for their next delivery.<sup>27</sup> Particularly important was the finding that ANC visits, skilled delivery rates, and postnatal care visits saw an increase during the time of study (2012-2014), which helped to address concerns that providing misoprostol and chlorhexidine at the community level would discourage women from seeking care at facilities during pregnancy and childbirth.<sup>28</sup> The Fénérive and Vohémar pilot projects provided critical evidence on the acceptability and feasibility of community-based distribution of misoprostol for PPH as an essential intervention for ending preventable deaths in Madagascar.<sup>29</sup>

**Stage 3 – Endorsement of community-based distribution of misoprostol for PPH through the CARMMA roadmap and ministerial note:** In September 2014, the government of Madagascar officially endorsed the CARMMA roadmap, committing to provide essential, integrated, comprehensive services of high quality during pregnancy and childbirth. The CARMMA roadmap was reported as important for the support of misoprostol for the prevention of PPH. The roadmap includes a mandate to adopt strategies to strengthen the competency of facility-level health workers, CHVs, and traditional birth attendants in basic emergency obstetric care and maternal and newborn health. The proportion of women who deliver at home and receive services for the prevention of PPH is included as an indicator in support of community-based distribution of misoprostol.<sup>30</sup> Continued advocacy efforts from the TWG, coupled with the implementation of the district-level pilot studies led to the release of the ministerial note that same year, authorizing community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH when oxytocin is not available.

## 5.4 Content

Dated 1 December 2014, the ministerial note from Madagascar's MOH authorizes the use of misoprostol for the prevention of PPH when oxytocin is not available in health centers and at the community level (Annex 2). The note grants permission for the procurement and distribution of misoprostol, training on its use, and development of a monitoring and supervision system. Despite the policy gains exhibited by the release of the ministerial note, as noted in the following sections, operationalization has largely stagnated and virtually no advancements have moved from policy to action.

The authorization for CHVs to distribute misoprostol is further specified as follows: (i) in health facilities where oxytocin is not available, utilization of an injectable uterotonic or 600 micrograms of misoprostol is recommended, and (ii) in areas where a skilled birth attendant is not present and oxytocin is not available, oral administration of 600 micrograms of misoprostol by CHVs is recommended. This ministerial note authorizes the use of three 200 microgram tablets of misoprostol for the prevention of PPH in health facilities and at home, and stipulates the following necessary conditions:

- Uterotonics be available in every health facility for every woman after birth;
- Additional training of health workers in facilities and CHVs in the administration of misoprostol;
- Sufficient availability of misoprostol in all health facilities;
- Development of a mechanism to monitor and support health workers in prescribing misoprostol, particularly for home births; and
- Education and sensitization of all authorities, partners, CHVs and communities about the precautions to take when using misoprostol and possibility of sanctions in case of misuse.

<sup>27</sup> USAID Mahefa. Introduction of the Combined Prevention of Postpartum Hemorrhage and Newborn Infection in Madagascar: The process, results and recommendations. [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00M6JM.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00M6JM.pdf)

<sup>28</sup> Ibid.

<sup>29</sup> MCHIP End-of-Project Report; Madagascar Country Brief. <http://www.mchip.net/Madagascar.pdf>

<sup>30</sup> Republic of Madagascar. Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar 2015-2019.

## 6. STATUS OF SCALE-UP: KEY FINDINGS

The status of implementation and scale-up of community-based distribution of misoprostol in Madagascar was assessed through indicators representing each of the WHO Health Systems Building Blocks: governance, finance, health information, commodities and supplies, human resources, and service delivery. Each indicator addresses an issue(s) critical to achieving effective impact in a sustainable manner.

According to respondents, the implementation and roll-out of community-based distribution of misoprostol has largely stagnated. While the Health Sector Development Plan for 2015-2019, released by the MOH in September 2015, promotes the scale up of high-impact interventions to address maternal and neonatal mortality and includes specific reference to scaling up the misoprostol pilot studies, a detailed implementation plan was still under development at the conclusion of this study.<sup>31</sup> Respondents cite a lack of local government leadership and slow government action as a challenge to implementation and scale-up, however, continued efforts by the TWG partners to support the development of training materials and tools are underway.

### 6.1 Governance

#### *Key governance indicators*

- Is community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH included in current national strategies and practice guidelines?
- Is community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH included in both national and subnational implementation plans?

Successful implementation and scale-up of evidence-based health interventions depends upon effective stewardship, accountability, engaging stakeholders, and setting shared strategic direction.<sup>32</sup> While the government has recently approved the use of misoprostol at community level through the CARMMA roadmap and ministerial note, much needs to be done to ensure continued ownership for implementation. Respondents cited varying degrees of government support following the ministerial note, which have led to significant delays in the implementation of the intervention. At the time of this study, technical partners, in particular USAID's Maternal and Child Survival Program (MCSP), were supporting the TWG to develop a strategy for the national roll-out of misoprostol.

### 6.2 Finance

#### *Key financing indicator*

- Is community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH included in MOH budgets?

According to the WHO, health financing is the “mobilization, accumulation, and allocation of money to cover the health needs of the people, individually and collectively, in the health system... the purpose of health

<sup>31</sup> Republic of Madagascar. Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019, September 2015. [http://www.sante.gov.mg/extranet/home/uploads/\\_\\_\\_folderforallfiles/pdss\\_2015.pdf](http://www.sante.gov.mg/extranet/home/uploads/___folderforallfiles/pdss_2015.pdf)

<sup>32</sup> Definition of governance from Leadership, Management and Governance project web site:

financing is to make funding available, as well as to set the right financial incentives to providers, to ensure that all individuals have access to effective public health and personal health care.”<sup>33</sup>

Respondents cite the lack of resource planning as a major constraint in the implementation and scale-up of the intervention. Misoprostol is not included in the budgets of the MOH, and while the CARMMA roadmap outlines a total national budget of US \$178 million for 2015-2019, there is no disaggregated information highlighting how much is allocated for individual interventions.<sup>34</sup> Moreover, key informants did not know if a cost-recuperation system would be put in place to charge clients for misoprostol and offset the cost of the medicine and transportation. Some informants in MOH departments anticipated misoprostol might be free, while others said a nominal fee will be charged. Financial sustainability is a challenge in Madagascar; the country is largely reliant on donor support for reproductive and maternal health commodities (USAID, UNFPA, and the World Bank providing the majority), which affects long-term sustainability.<sup>35</sup>

### 6.3 Health Information

#### *Key health information indicator*

- Does the MOH currently collect, report, and use appropriate indicators/information on community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH?

The collection, processing, and use of health information (including process and outcome indicators) is critical for supporting evidence-based decision making and is a cornerstone for ensuring both individual and public health outcomes.<sup>36</sup> Based on respondents’ feedback, collection of data to monitor the availability and use of misoprostol for PPH has been limited largely to the pilot area in Vohémar. According to informants, the MOH does not currently collect, report, or use appropriate indicators/information on community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH.

### 6.4 Commodities & Supplies

#### *Key commodities & supplies indicator*

- Is misoprostol currently procured and distributed in sufficient quantities as part of the national logistics system?

Respondents indicate that while political commitment to the use of misoprostol for PPH in Madagascar is relatively strong, the system for financing and procuring the drug through the public sector is still reliant on donor funding. Most key informants described Madagascar’s health system as centralized and hierarchical, despite an effort to decentralize it after the political crisis. Currently, many reproductive health commodities are procured at the national level through UNFPA, though misoprostol for the two pilot studies was procured by MSI. Misoprostol (misoclear, the product used by MSI), has received a marketing registration from the MOH, Medicine Agency in Madagascar, a service attached to the Secretary General of the MOH, for its distribution in

<sup>33</sup> WHO 2000 - need full citation. Definition found at the following link:  
[http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit\\_hss/EN\\_PDF\\_Toolkit\\_HSS\\_Financing.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_Financing.pdf)

<sup>34</sup> Republic of Madagascar. Feuille de route pour l’accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar 2015-2019.

<sup>35</sup> USAID | Health Policy Initiative, Task Order I, and USAID | DELIVER PROJECT, Task Order I. 2010. Analysis of the Operational Policy Barriers to Financing and Procuring Contraceptives in Madagascar. Washington, DC: Health Policy Initiative, Futures Group; and Arlington, VA: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order I.

<sup>36</sup> Adapted from: <http://www.phinnetwork.org/Resources/HIS.aspx>

private health facilities. Respondents noted, however, that misoprostol is not currently being procured and distributed as part of the public logistics system because the pharmaceutical company has not yet obtained the authorization to market (AMM) misoprostol for its PPH indication. While misoprostol has an AMM for its use in the treatment of ulcers, a new request with all indications including ulcers, PPH, and its use for post-abortion care would have to be submitted and approved for procurement to occur.<sup>37</sup>

The public drug supply chain in Madagascar starts at the central level with SALAMA (the semi-autonomous central drug procurement agency for the government of Madagascar), which supplies the district pharmacies, which in turn provide medicines to the health centers. Once an AMM is approved, misoprostol can be procured and included in SALAMA's national distribution system and could also be distributed through PSI's social marketing supply chain. As is the case with other commodities, health workers from public health facilities need to go to the districts or to PSI supply points to obtain misoprostol, because the SALAMA distribution system stops at the district level.

Another important aspect associated with the procurement of misoprostol is related to its packaging. Respondents noted that the name, packaging, and promotion of misoprostol were critical to community acceptance and uptake in Madagascar's culturally-sensitive and religious environment. Working in close partnership with the supplier, concerns regarding language about termination of pregnancy were being carefully addressed by UNFPA and the TWG. Key informants also cited that coupling misoprostol with the non-controversial chlorhexidine for prevention of newborn infection, helped to de-stigmatize misoprostol and garnered additional support from the MOH and other key stakeholders by shifting the focus to an integrated community package for accelerating reductions in both maternal and newborn deaths.

## 6.5 Human Resources

### *Key human resources indicators*

- Are the appropriate health worker cadres authorized to distribute misoprostol?
- Do the appropriate in-service and pre-service curriculum include community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH?

Malagasy CHVs encounter numerous challenges, including negative community perceptions regarding their credibility as public health workers, stock-outs of essential medicines, and a lack of supplies and equipment to facilitate diagnosis and treatment.<sup>38</sup> Furthermore, they commonly lack formal education or training, which limits opportunities to expand their scope of responsibilities. As of August 2015, the in-service and pre-service curricula for CHVs did not include community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH. A sub-committee of the national TWG has advocated for and mobilized to harmonize implementation guidelines for the use of misoprostol at the community-level, to curb concerns related to the implementation of this intervention by CHVs. The guidelines and training materials indicate that CHVs are to: (i) wait until the 36th week of pregnancy to distribute the drug; (ii) document the woman's name in their register as the recipient of three misoprostol tablets; (iii) explain to the pregnant woman and her family members that misoprostol must be taken immediately following delivery; and (iv) ask that the used or unused medicine package be returned to the CHVs after childbirth. Most key informants noted it was critical to have clear guidelines to prevent the potential

<sup>37</sup> Ministère de la Santé Publique, Juin 2015. Relative à l'extension de l'utilisation du médicament Misoprostol 200mg pour le traitement des avortements incomplets et le traitement des fausses couches.

<sup>38</sup> Wiskow C, Homsí FA, Smith S, Lanford E, Wuliji T, Crigler L. 2013. An Assessment of Community Health Volunteer Program Functionality in Madagascar. Technical Report. Published by the USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

misuse of misoprostol, and that the mechanism described by the guidelines helped ensure that CHVs identify pregnant women in their communities and engage in follow up visits post-delivery.

Several key informants recommended engaging CHVs and other community leaders at various stages during the roll out of the intervention, because community-based distribution of misoprostol is a form of task shifting from health facilities to the community level. A strong system of supportive supervision is therefore important to effectively assist and motivate CHVs.

## 6.6 Service Delivery

### *Key service delivery indicators*

- Is community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH included in MOH supervision schedules?
- Is misoprostol available for distribution at the community level?

The delivery of health services combines various inputs (money, staff, supplies, equipment and medicines) to ensure that specific health interventions are available and can be effectively provided at the facility and community level.<sup>39</sup>

As of August 2015, community-based distribution of misoprostol for PPH prevention was not included in MOH supervision schedules. In the public sector in Madagascar, the only community-based distribution of misoprostol is taking place in the pilot areas using its own supply chain. A Memorandum of Understanding allowed JSI/Mahefa to purchase a limited amount of misoprostol from MSI to continue with their pilot projects. Some informants, however, noted the ease of obtaining misoprostol without a prescription in some pharmacies and also in the capital city's Ambohibo market. Informal discussions in the capital city with youth, taxi drivers, and unmarried young adults in sexual relationships, revealed that people know they can purchase misoprostol without a prescription at the Ambohibo market.

## 7. RECOMMENDATIONS AND CONCLUSION

This study identifies a number of facilitators, enablers, and challenges in Madagascar's support for community distribution of misoprostol for the prevention of PPH and its subsequent implementation. While no formal policy has been established, gains in policy adoption are reflected in a ministerial note, which authorizes the procurement and roll-out of misoprostol at the community level for the prevention of PPH. A strong facilitator for policy adoption was the existence of a national level mechanism in the form of a TWG, which played a critical role in generating broad-based support for community distribution of misoprostol and was instrumental in facilitating initial implementation of pilot studies in Madagascar. The pilot studies were also regarded as important for the adoption of the policy, as they provided local evidence of the efficacy and feasibility of the intervention and helped to curb concerns regarding the administration of misoprostol at community level. Important challenges for implementation are related to the procurement and supply of the drug, which has largely been limited to the pilot studies. Lessons learned in terms of the product's marketing and packaging should inform subsequent scale up, as they underscore the importance of culturally-sensitive approaches to service delivery. Further, implementation in the initial pilot areas indicates that the early involvement of community leaders and CHVs contributes to the acceptance of misoprostol and highlights the critical role of a functioning supply chain and the need for supportive supervision for the effective distribution of misoprostol.

<sup>39</sup> Adapted from: [http://www.who.int/topics/health\\_services/en/](http://www.who.int/topics/health_services/en/)

While an implementation plan was being drafted at the time of this study, continued advocacy efforts to increase resources and strengthen government leadership is required in order to translate policy gains into action.

The following recommendations provide specific actions to support the effective scale-up and roll-out of misoprostol for PPH at the community level:

- The establishment of a **national level mechanism such as a TWG** tasked with leading and moving the process forward creates ownership and buy-in, ensures interests and concerns are heard and addressed throughout the process, and has proven effective in the provision of guidelines for the correct administration of misoprostol for PPH.
- **Local demonstration projects** inform government and community support, and can address concerns related to community distribution.
- Coupling misoprostol distribution with chlorhexidine as a **community package for maternal and newborn care** increased acceptance at government and community levels, and can facilitate scale up of two life-saving interventions.
- For effective community-based implementation, **the supply chain must be considered in its totality**, from the manufacturing and procurement to the distribution of tablets by CHVs to pregnant women.
- Defining **guidelines and standards for implementation at community-level** can assist adoption and address concerns related to the misuse of misoprostol.
- A formal mechanism for **monitoring and evaluation including key indicators and targets** is necessary to facilitate implementation of the intervention.

In order to accelerate scale-up of community-based distribution of misoprostol and successfully address the leading cause of maternal mortality in Madagascar, attention must be paid to the effective functioning and capacity for advocacy and mobilization of resources by the TWG. The experience of Madagascar reveals an often complex policy development process, influenced by a range of factors requiring sustained commitment and action from various stakeholders. The findings from this study offer recommendations for countries looking to adopt community-based distribution of misoprostol for PPH prevention, lessons for facilitating efficient and effective policy change, and inform future development and implementation design.

# ANNEX I. KEY INFORMANT INTERVIEWS – CONSENT FORMS AND GUIDANCE

## CONSENT FORM

### Key Informant Consent Form

#### About this consent form

Please read this form carefully. This form provides important information about participating in this research study. If you decide to participate in this study you will be asked to sign this form. A copy of the signed form will be provided to you for your record.

#### Participation is voluntary

You are invited to take part in this research because you have been identified as an individual who is knowledgeable about community-based distribution of misoprostol in your country. It is your choice whether or not to participate. If you choose to participate, you may change your mind and terminate the interview at any time. There are no identified risks or benefits to participating in this study.

#### What is the purpose of this research?

Specifically the study seeks to identify the key determinants contributing to the development and adoption of national policy on community-based distribution of misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage (PPH) at homebirths; to determine current status of implementation and scale-up of the intervention; and to identify successes and challenges in the subsequent national roll-out and scale-up of the intervention. The study findings will result in the development of practical recommendations for countries beginning policy development and adoption, and/or national roll-out of community-based distribution of misoprostol.

#### Statement of Consent

I have read the information in this consent form including risks and possible benefits. All my questions about the research have been answered to my satisfaction. I understand that I am free to withdraw at any time without penalty or loss of benefits to which I am otherwise entitled.

I consent to participate in the study.

#### SIGNATURE

Your signature below indicates your permission to take part in this study.

---

Name of Participant

---

Signature of Participant

---

Date



# KEY INFORMANT INTERVIEW GUIDE FOR KEY POLICY DEVELOPMENT STAKEHOLDERS

## Key Informant Interview Guide *Policy Development*

1. Name and designation (Record interviewee's Name, organization, designation, email address, telephone number, and gender)

2. KII for \_\_\_\_\_ Duration of KII \_\_\_\_\_

### Key Reminders to the Facilitator/Interviewer:

1. The key is to facilitate and lead rather than direct.
2. Begin the interview with a minute or two of general conversation.
3. The purpose is to get the person(s) engaged in a conversation.
4. Maintain a non-judgmental approach to the interviewee and his/her viewpoints.
5. Questions requiring opinions and judgments should follow factual questions, after some level of trust has been established and the atmosphere is more conducive to candid replies.
6. Questions should be simply worded, kept short, and phrased in the vernacular. Generally, they should be phrased to elicit detailed information, not just a simple 'yes' or 'no' answer.
7. Although we will have interviewer questions lined up and in a certain order, do not be afraid to deviate if the conversation takes you in a different order. It is entirely possible that a person may start talking and end up answering any number of questions without specifically being asked. It is also likely that someone may introduce a subject not included in the questions -- let him/her talk (within reason!). The whole point is to allow the person to tell his/her story, including their particular knowledge, opinions, and experiences. Give them the space to say what they need to say. If the person deviates completely from the topic, then do pull them back by referring to the questions.

### Welcome

Thank you for accepting the invitation to take part in this meeting. You have been asked to participate as your knowledge, experience, and point of view are important. We realize you are busy and very much appreciate your time.

### Introduction

My name is \_\_\_\_\_ and I am a consultant working for the African Strategies for Health (ASH) project funded by USAID's Africa Bureau. The ASH project is conducting a study in four countries in sub-Saharan Africa which have national policies in place for community-based distribution of misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage. Specifically the study seeks to identify the key determinants contributing to the development and adoption of national policy on community-based distribution of misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage (PPH) at homebirths; to determine current status of implementation and scale-up of the intervention; and to identify successes and challenges in the subsequent national roll-out and scale-up of the intervention. The study findings will result in the development of practical recommendations for countries beginning policy development and adoption, and/or national roll-out of community-based distribution of misoprostol.

You have been identified as a key informant who was engaged, in some manner, in the development or approval process of the national misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage policy. During this interview, you will be asked to answer some questions regarding your role in this process as well as your opinions and insights on the policy-making process. We are very interested in learning about your perception and experience in the policy development process. This discussion will take approximately 45 minutes to 1 hour.

Do you have any questions or concerns?

### Anonymity

We would like to record the interview, if you are willing, to better enable data analysis. We will record the interview only with your consent, and will ask that no personal identifiers be used during the interview, to ensure your anonymity. Please



feel free to say as much or as little as you want. You can decide not to answer any question, or to stop the interview any time you want. The tapes and transcripts will become the property of project.

If you so choose, the recordings and recording-transcripts (or copy of notes taken) will be kept anonymous, without any reference to your identity, and your identity will be concealed in any reports written from the interviews.

This interview was designed to be approximately 45 minutes to one hour in length. However, please feel free to expand on the topic or talk about related ideas. Participation in this study will involve no costs or payments to you.

If you agree to participate in this study, please provide your written consent (hand consent form to interviewee).

### Leading Questions

<b>Introductory</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>What do you believe first initiated the national discussion on establishing a policy for community-based distribution of misoprostol? (<i>ask for as much detail as possible</i>)</li> <li>When was that?</li> <li>Who was involved from the outset?</li> </ul>
<b>Content</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>What is the content of the policy?</li> </ul>
<b>Process</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>How would you describe the various stages of policy development for this particular policy?</li> <li>How long did the overall process take from the very initial stage to final adoption?</li> </ul>
<b>Stakeholders</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Who was engaged in these stages and in what capacities?</li> </ul>
<b>Process</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>What were some of the key challenges throughout the policy-making process and how were they addressed and overcome?</li> <li>Who were the key players in addressing these challenges?</li> </ul>
<b>Stakeholders</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>How would you describe the government's leadership of and advocacy for establishment of this policy?</li> <li>Who were some of the key individuals or units engaged in this process from within the government?</li> <li>Were there any particular bodies (such as a working group) that were specifically formed/tasked to support the policy process?</li> </ul>
<b>Stakeholders</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Who were some of the key external parties involved? (UN agencies, donor governments, NGOs, etc.)</li> </ul>
<b>Stakeholders</b>	<p>Do you believe that there was one national "champion" (could be individual or organization) who helped to lead this process?</p> <p>If so, who?</p> <p>Why do you believe they were critical in the process?</p>
<b>Context</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do you believe the policy environment was conducive to the adoption of this policy at the start of the process?</li> <li>If yes, why?</li> <li>If not, what changed and how did it change?</li> </ul>
<b>Context</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In what ways did the structure/system of your national government influence the policy development process? (<i>probes: decentralization, legislature system, etc.</i>)</li> </ul>
<b>Context</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Describe some of the key contextual issues that you feel positively or negatively influenced the policy process? (<i>probes: cultural beliefs, financial issues, etc.</i>)</li> </ul>
<b>Content</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>How important was the role of evidence-based data in the policy-making process?</li> <li>What kind of data was available, what was requested, and what was presented?</li> <li>To whom?</li> </ul>
<b>Content</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>From your perspective, what are the expected outcomes of the policy on national level health outcomes, if implemented correctly/successfully?</li> </ul>
<b>Summary</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>What do you believe were the key factors that lead to the adoption of the national misoprostol policy?</li> <li>What do believe are the successes and failures of this particular policy?</li> <li>If you had to make 2-3 key recommendations to a neighboring country seeking to develop and adopt a national community-based distribution of misoprostol policy, what would they be?</li> </ul>

## KEY INFORMANT INTERVIEW GUIDE FOR KEY IMPLEMENTATION & SCALE-UP STAKEHOLDERS

### Key Informant Interview Guide *Implementation & Scale -Up*

1. Name and designation (Record interviewee's Name, organization, designation, email address, telephone number, and gender)

2. KII for \_\_\_\_\_ Duration of KII \_\_\_\_\_

#### **Key Reminders to the Facilitator/Interviewer:**

1. The key is to facilitate and lead rather than direct.
2. Begin the interview with a minute or two of general conversation.
3. The purpose is to get the person(s) engaged in a conversation.
4. Maintain a non-judgmental approach to the interviewee and his/her viewpoints.
5. Questions requiring opinions and judgments should follow factual questions, after some level of trust has been established and the atmosphere is more conducive to candid replies.
6. Questions should be simply worded, kept short, and phrased in the vernacular. Generally, they should be phrased to elicit detailed information, not just a simple 'yes' or 'no' answer.
7. Although we will have interviewer questions lined up and in a certain order, do not be afraid to deviate if the conversation takes you in a different order. It is entirely possible that a person may start talking and end up answering any number of questions without specifically being asked. It is also likely that someone may introduce a subject not included in the questions -- let him/her talk (within reason!). The whole point is to allow the person to tell his/her story, including their particular knowledge, opinions, and experiences. Give them the space to say what they need to say. If the person deviates completely from the topic, then do pull them back by referring to the questions.

#### **Welcome**

Thank you for accepting the invitation to take part in this meeting. You have been asked to participate as your knowledge, experience, and point of view are important. We realize you are busy and very much appreciate your time.

#### **Introduction**

My name is \_\_\_\_\_ and I am a consultant working for the African Strategies for Health (ASH) project funded by USAID's Africa Bureau. The ASH project is conducting a study in four countries in sub-Saharan Africa which have national policies in place for community-based distribution of misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage. Specifically the study seeks to identify the key determinants contributing to the development and adoption of national policy on community-based distribution of misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage (PPH) at homebirths; to determine current status of implementation and scale-up of the intervention; and to identify successes and challenges in the subsequent national roll-out and scale-up of the intervention. The study findings will result in the development of practical recommendations for countries beginning policy development and adoption, and/or national roll-out of community-based distribution of misoprostol.

You have been identified as a key informant who can provide insights into the implementation and scale-up of the national misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage policy following adoption. During this interview, you will be asked to answer some questions regarding your role in this process as well as your opinions and insights on the policy-making process. We are very interested in learning about your perception and experience in the policy development process. This discussion will take approximately 30 minutes to 1 hour.

Do you have any questions or concerns?

#### **Consent/Anonymity**

We would like to record the interview, if you are willing, to better enable data analysis. We will record the interview only

with your consent, and will ask that no personal identifiers be used during the interview, to ensure your anonymity. Please feel free to say as much or as little as you want. You can decide not to answer any question, or to stop the interview any time you want. The tapes and transcripts will become the property of project.

If you so choose, the recordings and recording-transcripts (or copy of notes taken) will be kept anonymous, without any reference to your identity, and your identity will be concealed in any reports written from the interviews.

This interview was designed to be approximately 30 minutes to one hour in length. However, please feel free to expand on the topic or talk about related ideas. Participation in this study will involve no costs or payments to you.

If you agree to participate in this study, please provide your written consent (hand consent form to interviewee).

### Leading Questions

(Note: questions may be adapted/omitted dependent upon relevance to specific interviewee)

<b>Introduction</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is community-based distribution of misoprostol for the prevention of post-partum hemorrhage currently being implemented in your country?</li> <li>If yes, is it being implemented by the public health system?</li> <li>Please describe the national strategy for roll-out/scale-up of this intervention?</li> <li>In how many districts is community-based distribution of misoprostol currently being implemented?</li> <li>Is implementation being supported by any external stakeholders (donors, NGOs, etc.)? If yes, who?</li> </ul>
<b>Governance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is there are stand-alone implementation plan for community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH?</li> <li>Is community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH included in current relevant national strategies?</li> <li>If so, which ones?</li> <li>Is community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH included in current relevant practice guidelines?</li> <li>What specifically changed in these strategies/practice guidelines following the adoption of the national policy?</li> <li>How long after the national policy was adopted were these changes made in national strategy and practice guideline documents?</li> <li>Is community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH included in both national and subnational implementation plans?</li> <li>Please describe what specifically is included in the implementation plans.</li> <li>How long after the national policy was adopted were these changes made in national and subnational implementation plans?</li> </ul>
<b>Finance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is community-based distribution of misoprostol for the prevention of PPH included in the relevant MOH budgets at the national and subnational levels?</li> <li>If yes, do you believe this policy is adequately financed for effective implementation? Explain.</li> <li>If no, what have been the barriers/challenges to inclusion in the relevant budgets?</li> </ul>
<b>Health Information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Does the MOH currently collect, report, and use appropriate indicators/information on community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH?</li> <li>If yes, at what levels?</li> <li>What information is collected?</li> <li>How is it currently being used and how is it intended to be used?</li> <li>Has the program been assessed/evaluated by any stakeholder?</li> <li>If yes, please describe (who, when, where, how, etc.)</li> </ul>
<b>Commodities &amp;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is misoprostol currently procured and distributed as part of the national</li> </ul>

<b>Supplies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>logistics system?</li> <li>Is it procured in sufficient quantities?</li> <li>Explain the supply-chain process for getting the misoprostol to the cadre of health worker distributing.</li> </ul>
<b>Human Resources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Are the appropriate health worker cadres authorized to distribute misoprostol?</li> <li>Do the appropriate in-service and pre-service curriculum include community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH?</li> <li>Please describe/explain.</li> <li>If yes, how long after the national policy was adopted were the curriculum adapted?</li> </ul>
<b>Service Delivery</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is community-based distribution of misoprostol for prevention of PPH included in MOH supervision schedules?</li> <li>If yes, who is responsible for conducting supervision?</li> <li>Is supervision happening on a regular basis?</li> </ul>
<b>Community Engagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Have local communities been engaged in the implementation/scale-up process?</li> <li>If so, how? (<i>probes: community mobilization approaches, etc.</i>)</li> <li>If not, why not?</li> <li>Do you think community engagement is helpful for effective implementation and scale-up?</li> <li>Why or why not?</li> </ul>
<b>Summary</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>What do you believe have been the successes and challenges to effective implementation of community-based distribution of misoprostol in your country?</li> <li>Do you believe community-based distribution of misoprostol is currently being implemented at scale?</li> <li>If yes, is this sustainable? Why or why not?</li> <li>If no, what do you believe it will take to achieve implementation at scale?</li> </ul>

## Conclusion


Thank you for participating. This has been a very useful discussion. Your opinions, knowledge, and insights will be a valuable asset to this study. I would like to remind you that any comments featuring in this report will be anonymous.

Do you have any final questions or concerns?

Thank you again and we will be in touch soon to invite you to a Stakeholders Validation Workshop to take place in the coming weeks.

## ANNEX 2. MINISTERIAL NOTE, 2014

SMSR

  
REPUBLIQUE MALAGASY  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

*Ministre*

N° 53/MISANP/Ministre

**NOTE**  
*relative à l'utilisation de médicament « MISOPROSTOL »  
pour la prise en charge des Hémorragies du Post-Partum  
au niveau des Formations sanitaires*

Depuis une vingtaine d'années (1992 à 2012), le ratio de mortalité maternelle a été stagnant passant de 596 à 478 pour 100 000 naissances vivantes (NV). Madagascar reste encore loin de l'Objectif (n°5) des Millénaires pour le Développement avec une réduction de trois quart du taux de mortalité maternelle en 2015, c'est-à-dire 112 pour 100 000 NV. Plus de 34% des décès surviennent parmi les adolescentes de 15 à 19ans.

Ainsi, le Ministère de la Santé Publique, parallèlement avec l'organisation de la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), décide de renforcer ses interventions aux causes évitables liées aux décès maternels, notamment les Hémorragies du Post-Partum (HPP).

En se référant, d'une part, à la déclaration de l'OMS en 2012, laquelle prévoit le « Misoprostol 200µg » comme médicaments vitaux prioritaires destinés aux femmes et aux enfants, quand l'Ocytocine n'est pas disponible, et d'autre part au document de l'OMS/USAID/MCHIP, les instructions suivantes sont à appliquer en cas d'hémorragie du post-partum :

- Dans les Formations sanitaires où l'Ocytocine n'est pas disponible, l'utilisation d'un utérotonique injectable ou du « misoprostol 600 µg » oral est recommandée ;
- Dans les zones où une accoucheuse qualifiée n'est pas présente et l'Ocytocine n'est pas disponible, l'administration du « misoprostol 600 µg » oral par les agents communautaires est recommandée

Dans cette optique, le Ministère de la Santé Publique décide d'autoriser l'utilisation de « Misoprostol oral de 200µg » pour la prise en charge de l'HPP au niveau des Formations sanitaires et à domicile tout en respectant les mesures ci-après :

- Couverture à 100 % en utéro tonique des formations sanitaires pour chaque femme après la naissance de l'enfant ;
- Renforcement de capacités des agents de santé et des agents communautaires pour l'administration du Misoprostol ;
- Disponibilité suffisante de médicament « Misoprostol » au niveau de toutes les Formations sanitaires ;
- Mise en place d'un mécanisme de suivi et de soutien des agents de santé pour toute prescription de Misoprostol notamment en cas d'accouchement à domicile ;
- Sensibilisation des autorités, des partenaires, des agents communautaires et des communautés sur les précautions à prendre voire les sanctions en cas de dérapage.

**Destinataires :**

Antananarivo le 01 DEC 2014

- Mr le Directeur du Cabinet et Mr le Secrétaire Général « pour suivi »
- Tous les Chefs des Districts de la Santé Publique
- Tous les Agents de santé travaillant au niveau des FS

Docteur KOLO Christophe Roger

## ANNEX 3. CARMMA ROADMAP, 2014



REPUBLIKAN'I MADAGASIKARA  
Fitilavana - Tanindrazana - Fandrosoana



# Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar

2015-2019





# PREFACE

Madagascar a suivi la dynamique mondiale d'accélération de l'atteinte des quatrième et cinquième objectifs du millénaire pour le développement. En 2011, notre pays a adhéré à la Stratégie Globale du Secrétaire Général des Nations Unies pour la Santé de la Femme et de l'Enfant. Récemment encore, il a adopté et lancé la Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et néonatale en Afrique (CARMMA), initiative lancée lors de la quatrième Conférence des ministres de la santé de l'Union Africaine en mai 2009 à Addis-Abeba.

Le Gouvernement Malagasy, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, a décidé d'intensifier les efforts pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Le présent document de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale se présente comme la concrétisation de cette volonté politique. Les objectifs y inscrits sont à la hauteur de nos ambitions et du contexte sanitaire malgache. Sa mise en œuvre vise à fournir des paquets de services en santé maternelle et néonatale, de qualité, complets et à tous les niveaux, et aussi à mettre en place l'environnement et les mécanismes qui améliorent l'utilisation de ces services par la population et particulièrement par les adolescents et les jeunes.

Ce document constitue désormais la référence pour les actions de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. En conséquence, je convie tous les acteurs du système de santé et tous les partenaires techniques et financiers à s'y aligner pour leurs interventions dans les cinq prochaines années.

# SOMMAIRE

<b>PREFACE</b>	<b>3</b>
<b>ABREVIATIONS ET ACRONYMES</b>	<b>6</b>
<b>RESUME EXECUTIF</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
<b>CONTEXTE</b>	<b>10</b>
1. La situation de la santé maternelle dans le monde et en Afrique ..... 10	
2. La situation de la santé néonatale dans le monde et en Afrique ..... 11	
3. La situation socioéconomique et sanitaire à Madagascar ..... 11	
3.1. Données géographiques, démographiques et administratives ..... 11	
3.2. Données socioéconomiques ..... 12	
3.3. Contexte sanitaire global du pays ..... 13	
3.4. Aperçu général et évolution de la santé maternelle et néonatale à Madagascar ..... 15	
<b>ANALYSE DE LA SITUATION</b>	<b>18</b>
1. Aspects épidémiologiques des décès maternels et néonataux ..... 18	
2. Causes des décès maternels et néonataux ..... 19	
3. Facteurs déterminants des décès maternels et néonataux ..... 19	
3.1. Les trois retards et leurs facteurs causaux ..... 20	
3.2. Les facteurs liés à l'offre et à l'utilisation des services ..... 21	
4. Les réponses nationales ..... 24	
5. Revue des interventions documentées comme ayant un haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ..... 25	
6. Besoins, gaps et défis identifiés à l'issue de l'analyse situationnelle ..... 28	
7. Opportunités ..... 29	
<b>OBJECTIFS ET STRATEGIES DE LA FEUILLE DE ROUTE</b>	<b>30</b>
1. Impacts ..... 30	
2. Effets ..... 30	
3. Produits ..... 31	



<b>PLAN DE MISE EN ŒUVRE</b>	<b>33</b>
1. Critères de choix des activités retenues dans la feuille de route	33
2. Grandes lignes des activités	33
2.1. Les activités au niveau opérationnel	33
2.2. Les activités au niveau stratégique	33
3. Le plan de mise en œuvre proprement dit	34
<b>MODALITES DE MISE EN ŒUVRE</b>	<b>43</b>
1. Principes directeurs de la mise en œuvre	43
2. Modalités opérationnelles proprement dites	44
2.1. Partage et dissémination	44
2.2. Pilotage	44
2.3. Définition des rôles	44
2.4. Séquences de mise en œuvre	45
2.5. Revue de la mise en œuvre	45
<b>PLAN DE SUIVI – EVALUATION ET DE REPORTING</b>	<b>46</b>
1. Les indicateurs d'évaluation du progrès	46
1.1. Les indicateurs d'impacts	46
1.2. Les indicateurs d'effets	46
1.3. Les indicateurs de produits	47
2. Les indicateurs essentiels de suivi des processus	48
3. Modalités du suivi	49
4. Modalités de l'évaluation	49
5. Modalités du reporting	49
<b>PLAN DE MONITORING</b>	<b>51</b>
6. Principes du monitoring	51
7. Modalités opérationnelles	51
<b>BUDGET</b>	<b>53</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>55</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>58</b>
1. Les indicateurs d'évaluation du progrès	60
2. Les indicateurs essentiels de suivi des processus	64

# ABREVIATIONS ET ACRONYMES

<b>AC</b>	: Agent communautaire	<b>MLD</b>	: Méthode de Longue Durée (en planification familiale)
<b>ACT</b>	: Artemisinin-based combination therapy (combinaisons à base d'artémisinine)	<b>MSANP</b>	: Ministère de la Santé Publique
<b>ARMMN</b>	: Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale	<b>ND</b>	: Non Disponible
<b>CARMMA</b>	: Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique	<b>NN</b>	: Nouveau-né
<b>CHRD1 ou 2</b>	: Centre Hospitalier de Référence du District de niveau 1 ou 2	<b>OC</b>	: Opération Césarienne
<b>CHRR</b>	: Centre Hospitalier de Référence Régional	<b>OMD</b>	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire	<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>COSAN</b>	: Comités de Santé	<b>ONU</b>	: Organisation des Nations Unies
<b>CPN</b>	: Consultation prénatale	<b>PDSS</b>	: Plan de Développement du Secteur Santé
<b>CPoN</b>	: Consultation post-natale	<b>PIB</b>	: Produit Intérieur Brut
<b>CSB</b>	: Centre de Santé de Base	<b>PF</b>	: Planification Familiale
<b>DAAF</b>	: Direction des Affaires Administratives et Financières	<b>PNS</b>	: Politique Nationale de Santé
<b>DDS</b>	: Direction des Districts Sanitaires	<b>PNSC</b>	: Politique Nationale de Santé Communautaire
<b>DEP</b>	: Direction des Etudes et de la Planification	<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>DIU</b>	: Dispositif Intra-Utérin	<b>PSRSIS</b>	: Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Informations Sanitaires
<b>DGS</b>	: Direction Générale de la Santé	<b>PTF</b>	: Partenaires Techniques et Financiers
<b>DRH</b>	: Direction des Ressources Humaines	<b>RMA</b>	: Rapport Mensuel d'Activités
<b>DRSP</b>	: Direction Régionale de la Santé Publique	<b>SAJ</b>	: Santé des Adolescents et des Jeunes
<b>DSEMR</b>	: Direction de la Santé de l'Enfant, de la Mère et de la Reproduction	<b>SDSP</b>	: Service de District de Santé Publique
<b>DSI</b>	: Direction du Système d'Informations	<b>SENN</b>	: Soins Essentiels au Nouveau-né
<b>EDSMD</b>	: Enquête Démographique et de Santé à Madagascar (deuxième, troisième ou quatrième)	<b>SIMR</b>	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
<b>EEFS</b>	: Enquête sur l'Etat des Formations Sanitaires	<b>SONUB</b>	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base
<b>EMAD</b>	: Equipe de Management du District	<b>SONUC</b>	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complets
<b>ENDS</b>	: Enquête Nationale Démographique et Sanitaire	<b>SG</b>	: Secrétaire Général
<b>ENSOMD</b>	: Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement	<b>SMN</b>	: Santé Maternelle et Néonatale
<b>FANOME</b>	: Fonds d'Approvisionnement Non-stop en Médicaments Essentiels	<b>SR</b>	: Santé de la reproduction
<b>FAR</b>	: Femmes en âge de reproduction	<b>SSEpi</b>	: Service de la Surveillance Epidémiologique
<b>FBR</b>	: Financement Basé sur les Résultats	<b>SSRA</b>	: Service de la Santé de Reproduction des Adolescents
<b>FE</b>	: Fonds d'équité	<b>SSS</b>	: Service des Statistiques Sanitaires
<b>FKT</b>	: Fokontany (subdivision administrative de base au niveau de la commune)	<b>UNICEF</b>	: United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
<b>FS</b>	: Formation Sanitaire	<b>UNFPA</b>	: United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la population)
<b>GATPA</b>	: Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement	<b>USAID</b>	: United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le développement international)
<b>ISF</b>	: Indice Synthétique de Fécondité	<b>USD</b>	: Dollar Américain
<b>IST</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles	<b>VAD</b>	: Visite à domicile
<b>KIA</b>	: Kit Individuel d'Accouchement	<b>VIH</b>	: Virus de l'immunodéficience humaine

# RESUME EXECUTIF

Cette « Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (ARMMN) » est un document qui traduit la volonté de l'Etat Malagasy de redoubler d'efforts pour assurer la santé et le bien-être de la mère et du nouveau-né à Madagascar. Il s'agit du fruit de la collaboration du Ministère de la Santé Publique avec ses partenaires techniques et financiers. C'est un document de cadrage et de référence pour tous les acteurs dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né, et ce à tous les niveaux du système de santé. Les interventions préconisées découlent de l'analyse approfondie de la situation sur la santé de la mère et du nouveau-né, des causes et des facteurs déterminants des décès maternels et néonataux et enfin des leçons apprises des interventions antérieures tant dans le pays qu'au niveau international.

Deux problèmes majeurs concourent à l'avènement des décès maternels et néonataux. Le premier est la faible utilisation des services en santé maternelle et néonatale avec ses différents déterminants liés aux prestataires, liés à l'individu et à la Communauté et liés à l'environnement de mise en œuvre des interventions. Le second est en rapport avec la défaillance dans l'offre de services, notamment par insuffisance de couverture géographique et de continuité dans le temps, par insuffisance de ressources et de plateaux techniques, par défaut de cadrage et faible qualité de réalisation et par stimulation insuffisante de la demande. Et ces deux problèmes sont particulièrement importants en matière de santé des adolescents et des jeunes.

Les futures interventions ont pour but de réduire le ratio de la mortalité maternelle de 478 à 300 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale de 26 à 17 pour 1 000 naissances vivantes, d'ici 2019. Elles s'articulent autour de quatre stratégies : (i) la mise en place d'une gouvernance responsable, d'un leadership efficace et d'un cadre institutionnel favorable, (ii) le renforcement de l'engagement et de la prise de responsabilités de la Communauté pour l'augmentation de l'utilisation des services, (iii) la fourniture des services essentiels intégrés et de qualité autour de la grossesse et de l'accouchement et mettant l'accent sur la Santé des Adolescents et des Jeunes (iv) l'optimisation du système de suivi et évaluation.

En vue d'atteindre les objectifs, le pays mise sur la réalisation au niveau opérationnel de toutes les interventions à haut impact sur l'ARMMN, dont la preuve d'efficacité a été prouvée et documentée. Néanmoins, compte tenu des aspects épidémiologiques de la mortalité maternelle et néonatale, les attentions seront beaucoup plus focalisées vers toutes les interventions qui concernent la période autour de la naissance pendant laquelle survient la majorité des décès maternels et néonataux. Il s'agit des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) de Base et Complète, des Soins Essentiels aux Nouveaux-nés (SENN), de l'assistance de l'accouchement par un personnel qualifié et dans un centre de soins, et des visites post-natales. Les activités préventives et promotionnelles comme les soins prénatals et la planification familiale seront toujours mises en œuvre mais avec un focus plus marqué vers les adolescents et les jeunes.

Les différentes activités au niveau stratégique concourent à éliminer les obstacles empêchant le système de santé de fournir des paquets de services en santé maternelle et néonatale, de qualité, complets et à tous les niveaux, et aussi à mettre en place l'environnement favorable et les mécanismes efficaces qui améliorent l'utilisation de ces services par la population.

Le coût total des interventions s'élève à 428 192 896 703 Ariary ou USD 178 413 707 dont les 33,72 % (144 376 514 700 Ariary ou USD 60 156 881) sont pour la première année car consacrées aux activités considérées comme la fondation de la mise en œuvre de la feuille de route. Les 84,48 % du budget total sont constitués par les coûts générés par l'amélioration et l'équipement des centres de santé (42,27 %) et l'achat des intrants et outils de gestion nécessaires à la mise en œuvre des programmes (42,21 %).

La réussite de la mise en œuvre de cette feuille de route requiert l'engagement effectif non seulement du Gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), mais aussi celui de la Communauté et de la Société civile. Le sens de la mobilisation devra aller au-delà de la simple déclaration d'intérêt et se traduire par des actions concrètes, au nom du principe souvent ignoré de la redevabilité.

# INTRODUCTION

Dans le cadre de la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement, Madagascar s'est engagé à réduire de trois quarts le ratio de mortalité maternelle, et de 2/3 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans à l'horizon 2015. De nombreux efforts ont été réalisés depuis la souscription du pays à la Déclaration du millénaire. Cependant, l'évolution des indicateurs laisse perplexe quant à l'atteinte des objectifs fixés. Le ratio de mortalité maternelle stagne autour de 500 pour 100 000 naissances vivantes depuis une vingtaine d'années. Le taux de mortalité infantile après avoir diminué progressivement (10 points entre 2004-2008) n'arrive plus à maintenir la vitesse nécessaire pour atteindre l'objectif de 2015 (6 points entre 2008 – 2012). Le taux de mortalité néonatale a tendance à augmenter, mettant ainsi en péril la diminution du taux de mortalité infantile car le décès néonatal compte presque la moitié des décès infantiles.

Des prises de conscience sur la nécessité de consolider les acquis et de renforcer les efforts dans les domaines d'intervention jugés non satisfaisants émergent au niveau des décideurs et des différents partenaires. C'est ainsi que le pays a décidé récemment de faire sienne l'initiative de l'Union Africaine pour intensifier les efforts vers la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à travers la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique ou CARMMA. Parallèlement, afin d'assurer une démarche cohérente et logique pour l'atteinte des objectifs fixés, il a été aussi jugé pertinent de réactualiser la feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Cette réactualisation traduit la volonté du Gouvernement et de ses partenaires à rechercher les meilleurs moyens pour atteindre les objectifs fixés. C'est ainsi que la participation de tous les acteurs clés dans le domaine de la santé maternelle et néonatale a été effective, efficace et louable durant tous les processus.

La démarche a commencé par l'analyse situationnelle, suivie de réflexions sur les raisons qui pourraient expliquer la non-atteinte des objectifs fixés malgré les efforts fournis. L'identification des solutions s'est appuyée sur les expériences et les vécus de tous les intervenants dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, complétées par la documentation des bonnes pratiques au niveau international et sur l'analyse de la mise en œuvre de l'ancienne feuille de route. Cette feuille de route réactualisée comprend ainsi la consolidation des acquis qui ont fait preuve d'efficacité dans les interventions antérieures, le renforcement et l'amélioration dans certains domaines jugés défaillants, et enfin la mise en place d'approches innovantes et de nouvelles interventions.



# CONTEXTE

## 1. La situation de la santé maternelle dans le monde et en Afrique

À quelques mois de 2015, date butoir de l'accomplissement des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), il est admis que de nombreux progrès ont été réalisés concernant les objectifs liés à la santé même si beaucoup reste à faire aussi dans de nombreux pays. Entre 1990 et 2013, la mortalité maternelle dans le monde a régressé de près de 50 % en passant de 523 000 en 1990 à 289 000 en 2013<sup>[1]</sup>. Toutefois, le rythme annuel moyen de baisse du ratio de mortalité maternelle est de 2,6 % seulement, encore loin des 5,5 % nécessaire pour atteindre le cinquième OMD<sup>[2]</sup>. La mortalité maternelle reste encore inacceptable car chaque jour 800 femmes environ meurent de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. Par ailleurs, le risque de décès est plus élevé chez les adolescentes de moins de 15 ans. Il est de 1/160 dans les pays en développement contre 1/3.700 dans les pays développés<sup>[3]</sup>.

Les 99 % des décès maternels surviennent dans les pays en développement et plus de la moitié surviennent en Afrique subsaharienne. Les dix pays aux ratios de mortalité maternelle les plus élevés sont en Afrique. Seule la Guinée équatoriale a jusqu'ici atteint l'OMD 5 tandis que l'Égypte et l'Érythrée sont considérés comme en bonne voie de le réaliser. Vingt-huit pays (dont Madagascar) sont classés dans la catégorie des pays où des progrès ont été enregistrés dans la réalisation de l'OMD 5<sup>[4]</sup>. Pour répondre aux défis de la mortalité maternelle en Afrique, la Commission de l'Union Africaine a initié en 2009 la CARMMA. Depuis, trente-sept États membres de l'Union Africaine ont adopté cette stratégie. À l'échelle mondiale, lors du sommet des OMD des Nations Unies en septembre 2010, le Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a lancé une stratégie mondiale pour les femmes et la santé des enfants, visant à sauver la vie de plus de 16 millions de femmes et d'enfants au cours des 4 prochaines années.

La mortalité maternelle est un indicateur révélateur de la condition féminine, en particulier de l'accès des femmes aux soins de santé et de la réponse du système de santé à leurs besoins. En effet, le niveau de la mortalité maternelle permet de se renseigner non seulement sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement mais aussi sur la santé des femmes qui est en lien avec leur situation économique et sociale.

La plupart des décès maternels découlent des complications autour de l'accouchement et sont ainsi évitables car les mesures pour les prévenir ou les gérer sont bien connues. Il s'agit essentiellement d'améliorer l'accès des femmes à des soins de qualité et d'éliminer/réduire des obstacles qui empêchent les femmes d'accéder à des interventions de santé génésique efficaces. Satisfaire les besoins non couverts en matière de contraception contribue à réduire de presque 33 % la mortalité maternelle, en évitant ainsi chaque année au moins 59 000 décès maternels en Afrique subsaharienne et 750 en Afrique du Nord.<sup>[5]</sup>

## 2. La situation de la santé néonatale dans le monde et en Afrique

En 2012, près de 18 000 enfants dans le monde meurent chaque jour. À ce rythme l'objectif mondial qui est de réduire de deux tiers le taux de mortalité infantile entre 1990 et 2015 est loin d'être atteint. Trente-sept pays sur les 194 États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont réalisé la cible 4A, 23 sont en bonne

1 OMS. Statistiques sanitaires mondiales - 2014

2 OMS. Factsheet sur la mortalité maternelle

3 OMS. Factsheet sur la mortalité maternelle

4 PNUD. Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, 2013

5 Commission de l'Union Africaine/UNFPA. Conférence régionale africaine sur la population et le développement - Addis-Abeba (Éthiopie) 30 septembre - 4 octobre 2013. Note d'orientation N°5 - Réduire la mortalité maternelle en Afrique: répondre aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale et de soins après avortement

voie et 104 sont à mi-chemin ou au-delà<sup>[6]</sup>. Toujours en 2012, environ 44 % des décès d'enfants de moins de 5 ans sont intervenus dans les 28 premiers jours de la vie ou la période néonatale contre 37 % en 1990. C'est la période la plus vulnérable pour la survie de l'enfant. Les trois quarts de ces décès néonataux surviennent dans la première semaine de vie<sup>[7]</sup>. Et plus d'un million de nouveau-nés décèdent tous les ans le premier jour de leur vie.<sup>[8]</sup> La grande majorité des décès néonataux surviennent dans les pays en développement où l'accès aux soins de santé est faible. La plupart de ces nouveau-nés meurent à la maison, sans soins qualifiés qui pourraient augmenter considérablement leurs chances de survie. Les principales causes de décès des nouveau-nés sont la prématurité et le faible poids à la naissance, les infections, l'anoxie et le traumatisme de la naissance. Ces causes représentent près de 80 % des décès dans ce groupe d'âge<sup>[9]</sup>.

En 2011, 1,1 millions de bébés africains n'ont pas vécu au-delà des 4 premières semaines de vie – soit un plus grand nombre de décès parmi les nouveau-nés que celui enregistré en 1990. Cette augmentation est liée à la persistance de forts taux de natalité et aux progrès trop faibles dans la réduction de la mortalité néonatale<sup>[10]</sup>.

Il est possible d'éviter jusqu'à deux tiers des décès de nouveau-nés si des professionnels de santé qualifiés offrent des mesures de santé efficaces à la naissance et au cours de la première semaine de vie. Alors que les accouchements à domicile sont très fréquents dans les pays en développement, seulement 13 % des femmes dans ces pays reçoivent des soins postnatals dans les premières 24 heures. Beaucoup de mères qui accouchent dans les établissements de santé ne peuvent pas revenir pour des soins postnatals en raison d'obstacles financiers, sociaux ou autres. C'est ainsi que l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) recommandent maintenant des visites à domicile par un agent de santé qualifié lors de la première semaine de la vie d'un bébé afin d'améliorer la survie du nouveau-né.<sup>[11]</sup>

### 3. La situation socioéconomique et sanitaire à Madagascar

#### 3.1. Données géographiques, démographiques et administratives

Madagascar est, de par sa superficie (596 790 km<sup>2</sup>), la quatrième plus grande île du monde. Elle s'étend sur une longueur de 1 500 kilomètres entre le cap d'Ambre à l'extrême nord et le Cap Sainte-Marie au sud, et sur près de 500 kilomètres dans sa plus grande largeur. Elle possède plus de 5 000 kilomètres de côtes.

Selon l'Enquête Nationale de Suivi des OMD (ENSOMD) en 2012<sup>[12]</sup>, la population de Madagascar est estimée à un peu plus de 20 millions d'habitants, composée à 83 % par des ruraux et avec un rapport de masculinité de 98,8 hommes pour 100 femmes. Le milieu urbain compte plus de femmes que d'hommes (93 hommes pour 100 femmes) tandis qu'en milieu rural, les femmes sont sensiblement moins nombreuses que les hommes. Cette population est relativement jeune car 64 % ont moins de 25 ans et un peu moins de la moitié (47 %) ont moins de 15 ans. Les adolescentes de 15 à 19 ans représentent les 4,78 % de la population totale. Un ménage compte en moyenne 4,5 individus. La taille des ménages est en moyenne plus grande en milieu rural, 4,6 individus contre 4,0 en milieu urbain<sup>[13]</sup>. L'indice synthétique de fécondité (ISF) demeure élevé : 5,0 enfants en moyenne

6 OMS : Statistiques sanitaires mondiales - 2014

7 OMS : Factsheet sur la mortalité néonatale

8 Save the Children. Rapport 2013 "State of the World's Mothers : Surviving the First Day (Situation des mères dans le monde : Survivre à la première journée)."

9 OMS : Factsheet sur la mortalité néonatale

10 Union Africaine. Projet de note d'orientation pour la Conférence internationale sur la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique. Johannesburg (Afrique du Sud), 1er – 3 août 2013

11 OMS : Factsheet sur la mortalité néonatale

12 INSTAT. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar, 2012 - 2013

13 INSTAT. Enquête périodique auprès des ménages (EPM) 2010

10 FEUILLE DE ROUTE POUR L'ACCELERATION DE LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE A MADAGASCAR

par femme et la fécondité est précoce car 36,9 % des adolescentes de 15 à 19 ans ont déjà commencé leur vie féconde<sup>14</sup>.

La Constitution de la quatrième République stipule que Madagascar est subdivisé, sur le plan administratif, en 6 provinces autonomes, 22 régions, 119 districts, 1 500 communes et 17 500 fokontany (FKT). Les régions et les communes sont des collectivités territoriales décentralisées organisées au sein des provinces autonomes. Les FKT constituent la subdivision administrative de base de la commune. C'est l'interface de proximité entre l'Etat et la population.

### 3.2. Données socioéconomiques

En 2013, Madagascar est classé au 155e rang sur 187 pays<sup>15</sup> s'il a occupé le 135e rang sur 169 pays au classement mondial selon l'Indice de Développement Humain en 2010<sup>16</sup>. Les crises politiques subies périodiquement par le pays affectent négativement ses résultats économiques et sociaux. En 2013, la croissance économique est restée faible malgré une légère amélioration par rapport à l'année précédente (2,6 % en 2013 contre 1,9 % en 2012). Cette croissance est faible par rapport à la croissance démographique (2,8 %) et à la croissance économique moyenne de l'Afrique subsaharienne estimée à 5,1 % par le Fonds monétaire international. L'inflation a progressé à 6,9 %, contre 5,8 % en 2012. Dans l'hypothèse d'une normalisation politique consécutive aux élections présidentielle et législatives de décembre 2013, les prévisions de croissance sont estimées à 3,7 % en 2014 et à 5,4 % en 2015. Cette croissance sera tirée essentiellement par l'agriculture, l'agro-industrie, les industries extractives, le tourisme et les bâtiments et travaux publics.<sup>17</sup>

La pauvreté est flagrante. En effet, la proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté, (MGA 535 603 soit un peu moins de USD 268) est estimée à 71,5 %. Plus des trois quart (76 %) de la population n'atteignent pas le niveau minimum d'apport calorique journalier (2133Kcal par jour). La proportion de la population occupée disposant de moins de 1,25 dollar par Parité de Pouvoir d'Achat (PPA) par jour est de 68 %. Cela veut dire qu'il manque clairement de travail décent pour presque 7 actifs occupés sur 10<sup>18</sup>.

La faiblesse de la croissance et sa mauvaise répartition n'ont pas permis d'améliorer les conditions de vie de la grande majorité des Malgaches, compromettant ainsi l'atteinte des OMD en 2015. Le taux de sous-emploi reste particulièrement élevé chez les jeunes et les emplois précaires se sont généralisés avec la crise, touchant près de 81 % des travailleurs, notamment les femmes en milieu rural<sup>19</sup>. La ruée vers le secteur informel est le seul recours pour faire face au chômage. Plus de 9 actifs occupés sur 10 travaillent dans le secteur informel. Ce secteur a contribué jusqu'à 24 % du Produit intérieur brut (PIB) du pays en 2012, soit 36 % du PIB non marchand et non agricole. Ce sont les commerces informels qui contribuent pour 69 % au chiffre d'affaires total, pour 45 % à la production totale et pour 46 % à la valeur ajoutée totale du secteur informel<sup>20</sup>.

Par ailleurs, la corruption ternit le paysage socioéconomique. En 2012, Madagascar se situe au 118e rang sur 174 pays selon le Rapport de Transparency International sur l'Indice de Perception de la Corruption<sup>21</sup>.

14 INSTAT. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar, 2012 - 2013

15 PNUD. Rapport sur le développement humain 2014

16 PNUD. Rapport sur le développement humain 2010

17 BAD/OCDE/PNUD. Perspectives économiques en Afrique (PEA) 2014

18 INSTAT. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar, 2012 - 2013

19 BAD/OCDE/PNUD. Perspectives économiques en Afrique (PEA) 2014

20 INSTAT. Le Secteur informel à Madagascar en 2012 : Poids économique et social important, secteur en déconnexion avec le système formel

21 Vice Primature chargée de l'économie et de l'industrie et PNUD. Situation socioéconomique à Madagascar : diagnostic et piste de solutions. Août 2013



### 3.3. Contexte sanitaire global du pays

#### Politique de santé

Madagascar disposait d'une Politique Nationale de Santé (PNS) en 2005. C'est le cadre de références pour les activités dans le domaine de la santé durant les trois années qui ont suivi sa sortie (2006 à 2008). Cette étape primordiale a été suivie de l'élaboration d'un Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) prévue couvrir la période allant de 2006 à 2011. Mais la mise en œuvre de ce plan a été compromise par la crise sociopolitique débutant en 2009. Les deux documents PNS et PDSS arrivent à expiration entre-temps. Le pays a élaboré un plan intérimaire de 2011 à 2012 avec les PTF. En janvier 2014, la nécessité de disposer d'un document de référence et d'un document de travail pour le secteur santé a contraint le Ministère de la santé publique et ses partenaires à lancer le processus d'élaboration d'un PDSS pour la période de 2015-2019.

#### Organisation du système de santé

##### Organisation administrative

Le Ministère de la santé publique comporte trois niveaux dans sa structuration administrative actuelle :

- le niveau central comprend les directions et structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ;
- le niveau intermédiaire est représenté par les 22 directions régionales de la santé publique ;
- le niveau périphérique est constitué par les 112 districts sanitaires qui constituent la cheville ouvrière au niveau décentralisé du système national de santé.

Le niveau central est chargé de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, et de la définition des normes et standards. Le niveau intermédiaire ou régional coordonne les activités au niveau des districts et leur apporte l'appui technique nécessaire. Le niveau périphérique ou district est le niveau opérationnel ayant pour mission de coordonner et d'appuyer les activités au niveau des formations sanitaires de base.

Depuis 2009, date de sortie de la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC), le système de santé est prolongé au niveau communautaire à travers la mise en place des Comités de Santé (COSAN), structures communautaires regroupant les agents communautaires (AC) élus dans les FKT. Ces AC aident les agents de santé dans la réalisation des activités à base communautaire (préventives, curatives et promotionnelles).

##### Organisation de l'offre de soins

Les structures de soins sont organisées en trois niveaux.

- Le premier niveau se trouve au district sanitaire et comprend trois échelons :
- le premier échelon de soins se trouve au niveau communautaire pour les programmes ayant défini des paquets d'activités de soins à ce niveau ;
- le second échelon de soins est dispensé dans les Centres de santé de base (CSB) niveau 1 (sans médecin) et niveau 2 (avec médecin) qui offrent le paquet minimum d'activités à travers des activités préventives, curatives et promotionnelles ;
- le troisième échelon est le Centre Hospitalier de Référence du District de niveau 1 sans chirurgie (CHRD1) qui dispense le Paquet Complémentaire d'Activités.
- Le deuxième niveau est constitué par les CHRD2 (avec chirurgie) et les Centres Hospitaliers de Référence Régional (CHRR) : ce sont des hôpitaux de premier recours ou premier niveau de référence.



- Les Centres Hospitalo-universitaires (CHU) constituent le troisième niveau de soins, étant des établissements spécialisés, rattachés à une Faculté de Médecine, et se présentant comme des hôpitaux de deuxième recours ou de deuxième référence.

En 2014, il existe 956 CSB1, 1 632 CSB2, 56 CHRD1, 31 CHRD2, 18 CHRR, 22 CHU répartis dans 11 groupements de CHU<sup>[22]</sup>. En dehors des structures sanitaires du Ministère de la santé, il existe d'autres structures publiques de soins telles que les Services de santé des armées, les services médico-sanitaires dans les différentes Institutions et Ministères publics. Par ailleurs, 676 structures privées, concentrées principalement dans les grandes villes, ont été dénombrées en 2014<sup>[23]</sup>.

Enfin, au niveau communautaire, toutes les Communes disposent de COSAN. L'application des directives de la PNSC est encore loin d'être satisfaisante. Les modalités d'interventions au niveau communautaire restent disparates et non harmonisées. Le programme et les différents partenaires œuvrant dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant adoptent souvent le recours à 2 AC par FKT : un AC pour la santé de la mère et un AC pour la santé de l'enfant. C'est ainsi par exemple que 35 213 AC ont été identifiés et formés dans le cadre de la PCIMEC<sup>[24]</sup>.

### Les principaux défis et enjeux du système de santé malgache

Ces défis et enjeux ont été tirés du diagnostic stratégique posé à l'issue de l'analyse situationnelle réalisée au début du processus d'élaboration du PDSS 2015-2019<sup>[25]</sup>. Ils concernent les six piliers du système de santé tels que définis par l'OMS à savoir : la gouvernance et le leadership, les prestations de service, le système d'informations sanitaires, les ressources humaines, les intrants de santé, infrastructures, matériels et équipements, et le financement du système de santé.

En matière de leadership et gouvernance, la capacité intra sectorielle et intersectorielle de diriger, d'orienter, de planifier, de mettre en œuvre le développement sanitaire reste à améliorer. En vue de meilleures prestations de service, le système de santé devra trouver les moyens pour assurer l'accessibilité tant géographique que financière de la population à des soins de qualité, restaurer la confiance des bénéficiaires aux formations sanitaires et optimiser l'efficacité du système de référence contre référence. Pour garantir la performance dans les interventions, il est crucial de mettre en place un système d'information sanitaire fiable, intégré, utilisé et exploitable à tous les niveaux du système. Les données collectées et exploitées devront guider non seulement l'amélioration de la mise en œuvre mais aussi aider à comprendre et à éliminer les obstacles environnementaux et comportementaux défavorables à la santé.

Le système de santé devra trouver rapidement aussi les solutions à l'insuffisance qualitative et quantitative des professionnels de santé, à leur mauvaise répartition et surtout à rechercher les meilleurs moyens pour les motiver et les développer dans leur travail. La définition d'une politique claire de gestion des ressources humaines en santé s'avère ainsi primordiale.

Offrir des prestations de qualité requiert la disponibilité de plateaux techniques adéquats et dans les normes combinant la présence de compétences, d'infrastructures, d'équipements et d'intrants répondant aux besoins de la population. L'intégration de l'approvisionnement des intrants de santé demeure un grand défi à relever sous peine de voir s'effondrer les résultats des efforts obtenus jusque-là.

<sup>22</sup> Service des Statistiques Sanitaires. Liste des formations sanitaires publiques à Madagascar. Octobre 2014

<sup>23</sup> Service de la Médecine Libérale et des Dispensaires Privés. Liste des formations sanitaires privées à Madagascar. 2014

<sup>24</sup> Service de la Santé Communautaire. Données 2014

<sup>25</sup> Ministère de la Santé Publique. Analyse situationnelle dans le cadre de l'élaboration du PDSS 2015-2019.

Enfin, en termes de financement de la santé, Madagascar est contraint de définir une bonne politique et des stratégies de financement de la santé, d'assurer l'efficacité du budget de l'Etat par rapport aux priorités et aux besoins réels de la population et de rechercher les meilleurs moyens de mobilisation des ressources locales, nationales et internationales.

### 3.4. Aperçu général et évolution de la santé maternelle et néonatale à Madagascar

Les résultats de l'Enquête Nationale de Démographie et de Santé en 1992, l'Enquête Démographique et de Santé en 1997 (EDSMD-II), de l'EDSMD-III en 2003, de l'EDSMD-IV en 2008-2009 et de l'ENSOMD 2012-2013 permettent d'augurer sur les impacts des efforts accomplis en santé maternelle et néonatale.

**Tableau I : Evolution de quelques indicateurs sur la santé maternelle entre 1992 et 2013**

INDICATEURS	ENDS	EDSMD II	EDSMD III	EDSMD IV	ENSOMD
Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 Naissances/Vivantes	596	488	469	498	478
Proportion des femmes ayant eu au moins une consultation prénatale	83,9 %	81,9 %	80,6 %	86,4 %	86,7 %
Proportion de femmes enceintes qui ont effectué au moins 4 CPN	42,9 %	39,7 %	39,9 %	49,3 %	51,1 %
Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	57 %	47,3 %	51,3 %	43,9 %	44,3 %
Proportion d'accouchements qui ont eu lieu dans un établissement de santé	45 %	34,2 %	31,8 %	35,3 %	38 %
Proportion des femmes n'ayant reçu aucun soin postnatal	ND	ND	56,6 %	35 %	36,6 %
Proportion des femmes ayant reçu soin postnatal dans les 48 heures après l'accouchement	ND	ND	32,1 %	46,3 %	52,4 %
Proportion des femmes ayant reçu au moins deux doses de vaccination antitétanique au cours de leur dernière grossesse	ND	ND	39,7 %	47,4 %	41,6 %
Proportion des naissances protégées contre le tétanos néonatal par des vaccinations reçues pendant de la grossesse en cours ou des vaccinations reçues avant cette grossesse	44,3 %	35,3 %	58,1 %	70,3 %	53,8 %
Proportion des femmes qui ont suivi la recommandation internationale de prendre plus de 90 comprimés de fer acide folique lors de leur dernière grossesse	ND	ND	2,5 %	7,6 %	7,1 %
Proportion des femmes enceintes déparasitées	ND	ND	ND	39,4 %	60 %
Prévalence de la fistule obstétricale	ND	ND	ND	ND	5,3%

Le tableau suivant offre un aperçu sur l'évolution des indicateurs relatifs à la santé sexuelle et de reproduction.

**Tableau II : Evolution de quelques indicateurs sur la santé sexuelle et de reproduction entre 1992 et 2013**

INDICATEURS	ENDS	EDSMD II	EDSMD III	EDSMD IV	ENSOMD
Age médian d'entrée en première union des femmes âgées de 25-49 ans	18,2 ans	18,5 ans	19,1 ans	18,9 ans	19,1 ans
Age médian aux premiers rapports sexuels des femmes âgées de 25-49 ans	16,7 ans	16,9 ans	17,5 ans	17,3 ans	17,1 ans
Age médian aux premiers rapports sexuels des hommes âgés de 25-59 ans	ND	ND	18 ans	18,1 ans	17,6 ans
Proportion des femmes âgées de 25-49 ans ayant déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans exacts	22,7 %	19,6 %	14,5 %	14 %	14 %
Proportion des hommes âgés de 25-59 ans ayant déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans exacts	ND	ND	6 %	6 %	7 %
Taux brut de natalité	43,3‰	42,3‰	35,3‰	33,4‰	34‰
Taux de natalité parmi les adolescentes (Taux spécifique de fécondité de 15-19 ans)	157‰	180‰	150‰	148‰	163‰
Indice Synthétique de Fécondité	6,1	5,97	5,2	4,8	5
Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde	29,0 %	35,7 %	34 %	31,7 %	36,9 %
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	34,6 %	25,6 %	23,6 %	18,9 %	17,8 %
Prévalence contraceptive	5,1 %	9,7 %	18,3 %	29,2 %	33,3 %

Enfin, l'évolution des indicateurs sur la santé infantile et néonatale est retracée dans le tableau suivant.

**Tableau III : Evolution des indicateurs sur la santé des enfants et du nouveau-né ainsi que sur l'enregistrement des naissances entre 1992 et 2013**

INDICATEURS	ENDS	EDSMD II	EDSMD III	EDSMD IV	ENSOMD
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	162,6‰	159,2‰	93,9‰	72‰	62‰
Taux de mortalité des enfants de moins d'un an	93‰	96,3‰	57,8‰	48‰	42‰
Taux de mortalité des enfants de moins d'un mois	38,9‰	40,4‰	31,6‰	24‰	26‰
Pourcentage d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance	7,4 %	4,6 %	4,6 %	12,7 %	11,4 %
Pourcentage des enfants mis aux seins dans l'heure après leur naissance	6,2 %	34,3 %	62,4 %	72,4 %	65,5 %

INDICATEURS	ENDS	EDSMD II	EDSMD III	EDSMD IV	ENSOMD
Pourcentage d'enfants dont la naissance a été déclarée	ND	ND	ND	79,7 %	83,0 %

L'analyse de l'évolution des différents indicateurs à travers les cinq enquêtes réalisées depuis 1992 (soit presque un quart de siècle) montre les quatre aspects suivants.

- Des progrès ont été enregistrés dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité infantile. Il en est de même en matière de soins prénatals, de planification familiale, de déparasitage des femmes enceintes et d'état nutritionnel du nouveau-né. Une évolution positive est aussi notée en constatant le recul de plus en plus tardif de l'âge d'entrée en union et au premier rapport sexuel ainsi que la régression des rapports sexuels précoces.
- L'évolution est jugée non satisfaisante en matière d'accouchement assisté par un personnel qualifié et d'accouchement dans un établissement de santé. En effet, malgré les progrès enregistrés, les chiffres sont encore très loin de la situation en 1992.
- Du recul a été constaté pour la consultation et soins postnatals, en matière de prévention du tétanos néonatal et d'allaitement précoce des nouveau-nés. La tendance à la hausse de la mortalité néonatale ont peut être une relation avec ces constats. La hausse de l'ISF est aussi inquiétante malgré les avancées dans l'utilisation de la contraception. Une des raisons de ce paradoxe est peut-être l'évolution à la hausse du taux de natalité des adolescentes.
- Beaucoup reste à faire dans la prévention de l'hémorragie du postpartum par la prise de fer acide folique tout comme dans la prise en charge de la fistule obstétricale.



# ANALYSE DE LA SITUATION

L'analyse de la situation sera axée directement sur l'analyse des décès maternels et néonataux à Madagascar.

## 1. Aspects épidémiologiques des décès maternels et néonataux

Le ratio de mortalité maternelle reste stationnaire à un niveau élevé depuis deux décennies. Plus de 43 % des décès surviennent chez les moins de 24 ans et plus du tiers (34 %) est enregistré parmi les adolescentes de 15 à 19 ans<sup>[26]</sup>. Ces adolescentes s'exposent, en effet, aux risques liés aux grossesses précoces car 28,4 % sont actuellement en union et 11,6 % entrent en première union avant l'âge de 15 ans. Leur taux de fécondité avoisine les 37 %. De plus, 40,6 % des adolescentes n'ont accès à aucun média même au moins une fois par semaine<sup>[27]</sup>.

Le moment de la survenue du décès est principalement pendant la période du post-partum (61,1 %), ensuite vient la période du post-abortum (13,9 %) <sup>[28]</sup>. Les décès maternels après la césarienne sont dans 86 % des cas accompagnés de décès néonatal<sup>[29]</sup>.

La mortalité néonatale reste encore préoccupante car elle présente une tendance à la hausse passant de 24 % à l'EDSMD IV à 26 % à l'ENSOMD 2012-2013. Cette hausse pourrait être due aux relâchements dans les pratiques d'allaitement et de la vaccination au cours de la grossesse ainsi qu'au contexte sociopolitique que le pays a traversé. Plus de la moitié des décès néonataux surviennent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement<sup>[30]</sup>. Le faible poids à la naissance, la résidence en milieu rural, le bas niveau d'instruction de la mère, les mauvaises conditions socioéconomiques du ménage (pauvreté) constituent les principaux facteurs de risque corrélés à l'avènement des décès infantiles et donc néonataux. Des disparités régionales sont aussi constatées pour les décès infantiles. La figure suivante, adaptée des précédents tableaux, montre une vue d'ensemble de l'évolution des différents indicateurs de mortalité.



**Figure 1 :** Evolution des indicateurs de mortalité maternelle, infantile et néonatale entre 1992 et 2012

<sup>26</sup> Ministère de la Santé Publique, Analyse situationnelle dans le cadre de l'élaboration du PDSS 2015-2019.

<sup>27</sup> INSTAT, Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar, 2012 - 2013

<sup>28</sup> Ministère de la Santé Publique, Enquête confidentielle sur les décès maternels, Rapport 2012.

<sup>29</sup> Vice-Présidente chargée de la Santé Publique / UNFPA, Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence à Madagascar, Rapport Final, mars 2010

<sup>30</sup> Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA/WHO), Madagascar : Neonatal and Child Health Profile

## 2. Causes des décès maternels et néonataux

Environ 80 % des décès maternels sont dus à des complications obstétricales directes : hémorragie, septicémie, complications de l'avortement, pré-éclampsie et éclampsie, et accouchement prolongé. Les 20 % restants relèvent des causes indirectes, généralement des états médicaux préexistants qui sont aggravés par la grossesse ou l'accouchement comme l'anémie, le paludisme, l'hépatite et le sida<sup>[31]</sup>. C'est aussi le cas du cancer du col qui représente les 23 % de tous les cas de cancer répertoriés au niveau des hôpitaux spécialisés<sup>[32]</sup>.

En 2012, l'enquête confidentielle sur les décès maternels fait ressortir les cinq premières causes de décès maternels suivantes : septicémie (23,6 %), hémorragie (19,4 %), rupture utérine (15,3 %), complications d'avortement (11,8 %) et éclampsie/pré-éclampsie (8,3 %)<sup>[33]</sup>.

Enfin, en ce qui concerne les décès néonataux, ils sont surtout dus à la prématurité (35 %), à l'asphyxie et traumatisme à la naissance (29 %), et à l'infection (17 %)<sup>[34]</sup>.

## 3. Facteurs déterminants des décès maternels et néonataux

De façon générale, les facteurs déterminants des décès maternels et néonataux sont représentés par les trois retards et leurs causes, les facteurs liés à l'offre de services et les facteurs liés à l'utilisation des services.

### 3.1. Les trois retards et leurs facteurs causaux

La survenue des causes des décès maternels et néonataux citées précédemment relève d'autres facteurs qu'on représente généralement sous la notion des « trois retards » :

- le retard dans la prise de décision pour la recherche de soins,
- le retard dans le transfert pour aller au centre de santé, et
- le retard dans l'administration de soins.

#### Le premier retard

La prise de décision pour la recherche de soins peut être retardée par la non-reconnaissance des signes de danger ou la minimisation des risques. Cela peut s'expliquer par l'insuffisance d'informations parvenues à la Communauté. Mais même en possession de ces informations, certaines pratiques coutumières, pressions communautaires, perceptions sociales, tabous et convictions religieuses ne permettent pas aux femmes d'adhérer pleinement aux messages de santé et aux dispositions légales prescrites. Le recours aux matrones constitue une habitude des femmes enceintes notamment en milieu rural tant pour la surveillance de la grossesse que pour l'accouchement. La population, surtout en milieu rural, leur fait confiance. De plus leurs prestations sont moins onéreuses et n'occasionnent ni un long déplacement avec ses inhérents impératifs logistiques, ni une longue période d'inactivité pour la famille. Cela justifie la faible proportion d'accouchements qui ont eu lieu dans un établissement de santé (38 % en 2012).

Le faible statut de la femme auprès de la famille et de la communauté aggrave encore la situation. La femme n'a pas d'autonomie pour décider de ce qu'elle juge bon pour elle. La pression du mari, de la belle-mère ou de la famille ont toujours raison sur sa propre volonté. Ce phénomène est répandu en milieu rural. A titre d'illustration

<sup>31</sup> Union Africaine. Rapport annuel sur la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique. 2013.

<sup>32</sup> Service de Lutte contre les Maladies liées aux Modes de Vie. Analyse situationnelle sur les cancers. 2012.

<sup>33</sup> Ministère de la Santé Publique. Enquête confidentielle sur les décès maternels. Rapport 2012.

<sup>34</sup> CHERG/WHO/UNICEF. Distribution of causes of neonatal and under-five deaths (published in Liu et al, Lancet 2012) cité dans le document "Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA/WHO). Madagascar : Neonatal and Child Health Profile".

tion, lors de l'EDSMD IV, il a été constaté que seules 30,2 % des femmes rurales peuvent décider de l'utilisation de l'argent qu'elle a gagné elle-même<sup>[35]</sup>. Les 15 % des femmes n'ont pas la permission de se faire soigner et 24 % disent ne pas vouloir aller seules dans les centres de soins. Par ailleurs, la proportion des femmes victimes de violence sexuelle est de 7,2 %<sup>[36]</sup>. Elles sont exposées aux risques liés aux grossesses non désirées, aux grossesses précoces, aux infections sexuellement transmissibles et au VIH et aux avortements.

Des raisons d'ordre financier et culturel pèsent aussi dans la prise de décision sur le choix du type de soins : recours au centre de santé versus matrone. L'hésitation provient de la considération de certains critères comme la qualité de l'accueil et des services dispensés dans les formations sanitaires, les coûts inhérents aux soins, le manque de confiance envers les prestataires, l'acceptabilité culturelle des services de santé. Sur ce dernier point, les 18 % des femmes enquêtées lors de l'ENSOMD 2012-2013 craignent de se faire examiner par un prestataire masculin<sup>[37]</sup>. Or, il est déplorable de constater que seuls 31,38 % des CSB publics disposent de sage-femme<sup>[38]</sup>.

Enfin, l'absence de disposition légale autorisant la planification familiale (PF) chez les adolescents limite leur décision de rechercher la contraception adéquate pour eux. Dans d'autre domaine, le texte réglementaire existe mais c'est son application qui fait défaut par insuffisance de communication ou de vulgarisation dudit texte (Loi N° 2007-022 du 20 août 2007 relative au mariage et aux régimes matrimoniaux).

Le rapport de l'enquête confidentielle sur les décès maternels en 2012 a montré que le retard dans la prise de décision de rejoindre la formation sanitaire a été observé autour des 41 % des cas ; tandis que le retard de référence par la matrone a triplé en trois ans (6,7 % en 2010, 13 % en 2011 et 18,9 % en 2012)<sup>[39]</sup>.

## Le deuxième retard

Le deuxième retard découle généralement des problèmes de sécurité et d'accessibilité géographique des structures de soins et renvoie au fonctionnement du système de référence dont la disponibilité de moyens de transport, et aux moyens de communication.

Les 60 % de la population habitent à moins de 5 km d'un CSB, et 20 % des zones à Madagascar sont très enclavées alors que la population ne dispose pas des moyens de transports adéquats<sup>[40]</sup>. Seuls, 53,52 % des formations sanitaires publiques sont accessibles toute l'année en partant du chef lieu de district. Dans 20 districts sanitaires, moins de 25 % des formations sanitaires sont accessibles 12 mois sur 12 par voiture<sup>[41]</sup>. Dans ce contexte de difficulté d'accès géographique, les principaux moyens de transports pour la référence des urgences obstétricales et néonatales sont l'ambulance (15,99 %), les voitures (14,63 %), les brancards ou filanjana (34,01 %) et la charrette (0,68 %)<sup>[42]</sup>. L'Enquête sur l'Etat des Formations Sanitaires (EEFS) réalisée par la Banque Mondiale en 2012 a trouvé que 69 % des centres de santé n'ont pas de moyens de transport (voitures, ambulances, motos, bicyclettes, chariots). Seuls 32 % des centres possèdent un système en place pour emmener les patients à l'hôpital de référence le plus proche, qui, en moyenne est à une distance de 25 km<sup>[43]</sup>. Le contexte d'enclavement géographique a trois impacts majeurs : la faible accessibilité de la population aux formations sanitaires, la difficulté d'acheminement des intrants de santé et le retard de référence en cas d'urgence.

35 INSTAT. Enquête Démographique et de Santé à Madagascar 2008-2009 (EDSMD IV 2008-2009)

36 INSTAT. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar, 2012 - 2013

37 INSTAT. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar, 2012 - 2013

38 Ministère de la Santé Publique / JICA / Groupe H4+. Analyse des gaps des interventions en santé maternelle, néonatale et infantile à Madagascar. 2013

39 Ministère de la Santé Publique, Enquête confidentielle sur les décès maternels. Rapport 2012.

40 Direction des Districts Sanitaires du Ministère de la Santé Publique – Etat des lieux 2014

41 Ministère de la Santé Publique / JICA / Groupe H4+. Analyse des gaps des interventions en santé maternelle, néonatale et infantile à Madagascar. 2013

42 Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence à Madagascar. Rapport final. Mars 2010.

43 Banque Mondiale. Enquête sur l'Etat des Formations Sanitaires (EEFS). 2012



L'insuffisance de connaissance des services existants, l'absence fréquente du personnel de santé au poste, le faible pouvoir d'achat pour couvrir tant les frais du transfert que les frais des prises en charge ultérieures jouent aussi pour beaucoup dans l'avènement de ce retard. Ils seront détaillés dans les chapitres sur l'offre et l'utilisation des services.

### Le troisième retard

Le troisième retard est à mettre en relation avec divers problèmes au centre d'aiguillage : disponibilité des services de qualité (insuffisance d'intrant et d'équipement, manque de personnel qualifié, inexistence de kit d'urgence, réserve de sang). Il relève aussi de l'organisation et de la disponibilité du plateau technique dans les structures sanitaires mais aussi de l'insuffisance de moyens financiers de la famille. Tous ces aspects seront aussi présentés dans les chapitres sur l'offre et l'utilisation des services.

## 3.2. Les facteurs liés à l'offre et à l'utilisation des services

### Disponibilité et capacité opérationnelle d'offre de service

Les principales interventions essentielles dans le continuum des soins en santé maternelle et néonatale sont offertes dans les CSB à Madagascar depuis la période avant la conception jusqu'à la période post-natale à savoir : la planification familiale, la consultation et les soins prénatals, l'accouchement normal assisté par un personnel qualifié, les SONUB, les SONUC, les soins essentiels au nouveau-né (SENN), la Consultation post-natale (CPoN), la prévention, dépistage et prise en charge des IST/VIH/Sida, la prévention de la transmission Mère-Enfants de la syphilis et du VIH, le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus, et la revue/audit des décès maternels. D'autres comme les SONUC et la prise en charge des fistules obstétricales sont réalisées dans les centres mieux équipés.

D'une façon générale, cette offre souffre (i) d'insuffisance de couverture géographique et de continuité dans le temps pour certaines interventions, (ii) d'insuffisance de ressources et de plateaux techniques, (iii) de défaut de cadrage et d'organisation, (iv) de faible qualité de réalisation et (v) de stimulation insuffisante de la demande.

### Couverture

Certaines interventions ne couvrent pas la totalité du territoire. En effet, 47 districts sanitaires sont encore en-dessous de la norme minimale de 4 Formations Sanitaires SONUB pour 500 000 habitants<sup>44</sup>. En 2012, 72 fiches d'audits des décès maternels provenant de 12 formations sanitaires de 11 régions ont été reçues au niveau central, contre 30 en 2010 et 119 en 2011. Les 94,85 % des districts sanitaires ne disposent pas du plateau technique adéquat pour le dépistage du cancer du col. Presque la moitié des districts sanitaires (48,45 %) n'a pas mis en œuvre l'intervention de prévention de la grossesse précoce chez les jeunes et adolescents. D'ailleurs, seuls 48 CSB offrent des services pour jeunes. Enfin, des interventions comme l'humanisation des soins ne sont encore que dans la phase d'essai dans quelques centres hospitaliers.

### Normes et qualité de prestation de services

Il est à remarquer que certains cadres normatifs actuels ainsi que les documents sur les normes et procédures des interventions sont quelque peu dépassés par les innovations méthodologiques et techniques ultérieures à leur publication. Certains dispositifs dans les normes et procédures en santé de la reproduction en sont des illustrations concrètes et méritent des réactualisations.

En 2012, l'enquête confidentielle des décès maternels a mis en exergue que les facteurs liés au prestataire prédominent dans l'avènement des décès maternels (61,1 % contre 86,6 % en 2010). Les principales défaillances

44 Ministère de la Santé Publique / JICA / Groupe H4+. Analyse des gaps des interventions en santé maternelle, néonatale et infantile à Madagascar. 2013

relevées sont l'incomplétude de l'évaluation initiale (26,9 %), la réanimation insuffisante (21,2 %) et le traitement inapproprié (11,5 %).

Ces résultats confortent les résultats de l'étude sur l'évaluation de la qualité des soins dans la prévention et la prise en charge des complications courantes chez la mère et le nouveau-né dans les formations sanitaires de Madagascar en 2011<sup>[45]</sup>. Les résultats de cette étude ont montré que même s'il y a des domaines où les performances sont particulièrement bonnes, il reste des lacunes à toutes les étapes des soins de la femme enceinte et du nouveau-né. Peu de prestataires connaissent les actions et les tests à faire en cas d'atonie de l'utérus (39 %), devant un cas d'obstruction du travail (37 %), en cas de malaise dans les 72 heures du post-partum (34 %) et les étapes de stabilisation de la mère avec du sulfate de magnésie et d'anti-hypertensifs (33 %). Le partogramme a été utilisé dans seulement le quart des cas observés (28 %), et son utilisation a été débutée au bon moment seulement dans 19 % des naissances observées. En matière de Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA), l'ocytocine a été administrée correctement, en termes de dose et de voie d'administration, et pendant la première minute dans 21 % des cas seulement. L'assistance de la mère à allaiter dans la première heure est de 37 %, et le bébé a été placé peau contre peau avec sa mère dans seulement 27 % des cas. Les quatre éléments des Soins Essentiels du Nouveau-né (séchage, couverture avec une serviette sèche, section du cordon avec une lame propre et assistance pour l'allaitement dans la première heure) ont été réalisés ensemble chez seulement un cinquième des cas observés (21 %).

Ces insuffisances de compétence se manifestant par des qualités de soins décevantes sont imputables à des manques de formation et d'encadrement mais aussi au manque de motivation des agents de santé. Sur ce dernier point, la faible motivation du personnel est liée à l'insuffisance des salaires en termes réels, aux carences de la formation continue et de la supervision, à l'insuffisance des moyens de travail, à l'absence d'une politique de promotion basée sur la performance, et à l'absence de plan de carrière. Depuis quelques années, certains partenaires techniques et financiers (Banque Mondiale, Agence Française de Développement, Projet PASSOBA) ont expérimenté l'approche Financement basé sur les Résultats (FBR) pour assurer à la fois la performance du système de santé et la motivation au travail du personnel<sup>[46]</sup>. Cette approche n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation. Toutefois, elle mérite d'être mise à échelle au niveau national.

### Ressources et plateaux techniques

Lors de l'ENSOMD, plus du tiers des enquêtés (37,4 %) ont avancé que la crainte de ne trouver aucun personnel de santé qualifié au centre de soins est un des obstacles qui les empêchent d'accéder aux soins<sup>[47]</sup>. Le taux d'absentéisme dans les centres de santé publics s'élève à 23,1 %<sup>[48]</sup>. Cet absentéisme est dû au suivi des formations, à la participation aux revues périodiques, à la perception de solde ou aux stratégies avancées. L'absence au poste de l'agent de santé est particulièrement pénible pour la population quand il est seul au poste (51,91 % des CSB en 2012)<sup>[49]</sup>.

Les 52,21 % des formations sanitaires publiques ne sont pas conformes aux normes en termes d'infrastructures. Seuls les 20,93 % des CHRR et CHRD2 disposent de bloc opératoire spécial pour maternité, le même pourcentage est aussi enregistré pour la disponibilité de banque de sang. De même, seuls les 37,5 % des CHRR et 4,17 % des CHRD2 disposent de Service de Néonatalogie. Si 62,5 % des CHRR disposent de Service d'Ambulance, seuls

<sup>45</sup> Justin Ranjalahy, Rasolofomanana, Jean-Pierre Rakotovoao, Eva Bazant, Vandana Tripathi. Qualité des soins dans la prévention et la prise en charge des complications courantes chez la mère et le nouveau-né dans les formations sanitaires de Madagascar. Publié par JHPIEGO. Décembre 2011

<sup>46</sup> Ministère de la santé publique. Analyse situationnelle durant le chantier d'élaboration du PDSS 2015-2019.

<sup>47</sup> INSTAT. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar, 2012 - 2013.

<sup>48</sup> Banque Mondiale. Enquête sur l'Etat des Formations Sanitaires (EEFS) 2012

<sup>49</sup> Ministère de la Santé Publique / JICA / Groupe H4+. Analyse des gaps des interventions en santé maternelle, néonatale et infantile à Madagascar. 2013

4,17 % des CHRD2 en bénéficient. Enfin signalons que seuls 25 % des CHRR et 8,33 % des CHRD2 disposent de l'intégralité des intrants critiques pour les SONUC<sup>[50]</sup>. Or, les ruptures de stock ont un impact négatif sur la continuité de l'offre.

### Stimulation de la demande

La minimisation du risque en relation avec la méconnaissance des signes de danger constitue l'une des causes de non fréquentation des centres de santé<sup>[51]</sup>. La faible connaissance peut être expliquée par l'insuffisance d'information ou de communication parvenue à la cible. Mais il est aussi important de tenir en compte que les 43 % des femmes ne sont exposées à aucun média (journal, radio ou télévision) même au moins une fois par semaine<sup>[52]</sup>. La communication de proximité à travers les visites à domicile (VAD) des femmes et des nouveau-nés est défaillante car ces VAD ne sont pas pratiquées de manière acceptable dans 85,57 % des districts sanitaires<sup>[53]</sup>.

### Utilisation des services

Les statistiques sont assez éloquentes pour mettre en exergue la faible utilisation des services en santé maternelle et néonatale :

- la proportion d'accouchements en présence de personnel soignant qualifié est de 44,3 % en 2012 (objectif : au moins 75 %) ;
- la proportion des femmes enceintes ayant fait 4 CPN et plus est de 51,1 % (objectif : au moins 80 %) ;
- la prévalence contraceptive est de 33,3 % si la demande potentielle totale en PF est de 55 % ;
- le taux de CPoN par un personnel qualifié est de 47,1 % (objectif : au moins 80 %) ;
- la proportion des naissances protégées contre le tétanos néonatal est de 53,8 % (cible : au moins 80 %) ;
- le taux des césariennes est de 1,9 % (objectif : 5 %).

Le premier obstacle à la recherche des soins dans le domaine de la santé maternelle et néonatale est l'absence de moyens financiers nécessaires au traitement. C'est l'obstacle le plus fréquemment mentionné par les femmes (68,6 %). Or, les mécanismes d'entraide communautaire comme la mutuelle de santé ne sont pas encore répandus et le fonds d'équité (FE) est non utilisé pour cause de difficulté d'identification des indigents, censés en être les bénéficiaires. En effet, le taux d'utilisation du FE dans les CSB par rapport au fonds annuel approvisionnant le système est de 43,7 %. Et l'utilisation du Fonds d'Équité Hospitalier par rapport à sa source de financement est de 41,64 %<sup>[54]</sup>.

Divers mécanismes ont été institués pour amoindrir les impacts du faible pouvoir d'achat des Malgaches pour ne citer que les politiques de gratuité notamment à travers la fourniture de kits individuels d'accouchement (KIA) et de Kits Opération Césarienne (OC) gratuits, l'essai du système tiers payant pendant un an et demi au niveau de 4 hôpitaux du pays pour fournir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence gratuits, le système FANOME et les Fonds d'équité. Mais les mécanismes de type « gratuité » ont connu des limites en termes de couverture et de pérennisation.

**50** Ministère de la Santé Publique / JICA / Groupe H4+. Analyse des gaps des interventions en santé maternelle, néonatale et infantile à Madagascar. 2013

**51** INSTAT. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar, 2012 - 2013

**52** INSTAT. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar, 2012 - 2013

**53** Ministère de la Santé Publique / JICA / Groupe H4+. Analyse des gaps des interventions en santé maternelle, néonatale et infantile à Madagascar. 2013

**54** Ministère de la Santé, Ministère des Finances et du Budget et OMS. Analyse du financement de la Santé Madagascar. Juin 2012



Une autre cause freinant l'utilisation des services est la mauvaise qualité d'accueil. Les autres causes de non-utilisation des services sont liées à la disponibilité et à la qualité des services offerts eux-mêmes et dont les déterminants ont été décrits dans le chapitre précédent.

#### 4. Les réponses nationales

En vue d'améliorer la santé de la femme et du nouveau-né, le Gouvernement Malgache a consenti beaucoup d'efforts dans des interventions jugées prioritaires et à haut impact. Le pays a adhéré à la Stratégie Globale du Secrétaire Général des Nations Unies pour la Santé de la Femme et de l'Enfant (2011) et récemment à la CARMMA, initiative lancée par l'Union Africaine. La précédente feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, programmée pour une durée de 10 ans (2005 à 2015), arrive bientôt à son terme.

Des documents de politique nationale ont été élaborés pour faciliter des services de santé maternelle et néonatale (SMN) de haute qualité. Ils comprennent notamment la Politique Nationale de Santé de la Reproduction, la Politique Nationale Hospitalière, la Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale pour 2005-2015, les documents sur les stratégies de survie de l'enfant comprenant la nutrition, la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), la vaccination et la Politique Nationale de santé communautaire.

Les interventions mises à échelle portent sur la maternité sans risque, la planification familiale (PF), la santé des enfants et des adolescents, la prévention et la lutte contre les IST/VIH, les cancers gynécologiques et les fistules obstétricales. Le Gouvernement à travers le Ministère de la santé publique, a augmenté de 3 % à 13,3 % le budget du programme de survie de la mère et de l'enfant entre 2009 et 2011<sup>55</sup>. Avec l'appui des PTF, il fournit beaucoup d'efforts pour assurer la gratuité des intrants de programmes prioritaires (kit individuel d'accouchement, kit d'opération césarienne, contraceptifs).

La mise en œuvre des programmes se base sur le renforcement des capacités des prestataires de soins pour dispenser les interventions à haut impact, la disponibilité des médicaments et intrants essentiels, l'amélioration des plateaux techniques et l'implication de la Communauté et de la Société Civile.

Plusieurs mécanismes sont mis en place pour renforcer le système de santé en vue d'augmenter la demande et l'accès aux services de santé à travers l'amélioration de l'approvisionnement en intrants, de la gestion des ressources humaines, du système d'informations sanitaires, de la communication et de la mobilisation communautaire comme la tenue périodique de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant. Des mécanismes pour assurer le financement des soins de santé ont été aussi mis en place tels que le système du tiers payant des urgences obstétricales et pédiatriques de 0-6 mois. Mais ces interventions sont coûteuses et de ce fait difficiles à mettre à l'échelle. En plus, une grande partie des coûts est supportée par les partenaires, d'où une couverture insuffisante pour un impact palpable au niveau national et une pérennisation problématique. Dans le domaine de l'accès aux soins, l'organisation des références au niveau communautaire reste très ponctuelle et au stade de pilotage.

L'intégration des activités avec d'autres programmes a démontré sa pertinence. Il s'agit par exemple de l'intégration des activités de lutte contre le paludisme et de lutte contre les IST/VIH Sida dans les interventions de prévention des morbidités et mortalité maternelles.

La pratique de l'audit des décès maternels a été introduite en 2009 dans dix centres hospitaliers de référence pour déterminer les facteurs liés aux décès maternels. Sa mise à l'échelle au niveau de toutes les formations sanitaires publiques et privées s'effectue progressivement. Un projet pilote de surveillance des décès maternels

<sup>55</sup> Ministère de la santé publique. Analyse situationnelle dans le cadre de l'élaboration du PDSS 2015-2019.

par envoi de sms a été mis en œuvre dans quelques régions. Les leçons apprises de ce projet seront à capitaliser lors de son éventuelle extension.

Afin de pallier les problèmes de ressources humaines et la fermeture des centres de santé, le Ministère de la santé, de pair avec ses partenaires techniques et financiers, a renforcé ces dernières années le partenariat public privé. De même, la disponibilité de la PNSC a permis de débiter l'harmonisation des approches communautaires à travers la mise en place des COSAN. Le niveau communautaire fait partie du système de santé et les AC sont mis à contribution par différents programmes et ONG pour épauler les AS dans l'offre des soins et la stimulation de la demande auprès de la population.

## 5. Revue des interventions documentées comme ayant un haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

La revue des documents sur l'identification des interventions jugées comme ayant un haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale a permis de lister les interventions ci-après<sup>[56][57][58][59]</sup>. Ce sont :

- la consultation prénatale recentrée ou CPN+;
- l'accouchement normal assisté par un personnel qualifié;
- les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB);
- les SONU Complètes;
- l'humanisation de l'accouchement et de la naissance;
- les soins essentiels du nouveau-né (SENN);
- la Consultation post-natale (CPoN);
- la Planification familiale clinique et communautaire;
- la prévention de la transmission Mère-Enfant de la syphilis et du VIH;
- la revue/audit des décès maternels;
- et l'audit de décès néonatal.

Ces interventions sont toutes importantes. Cependant, celles qui se font autour de la naissance sont les plus prioritaires car la majorité des décès a lieu pendant cette période. D'autres interventions contribuent à la réduction de la mortalité maternelle même si elles n'ont pas un haut impact direct sur celle-ci. Il s'agit de :

- la prévention, la prise en charge et la réinsertion socioéconomique des cas de fistules obstétricales;
- le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus;
- et la prise en charge des violences sexuelles.

La réussite de la mise en œuvre dépend de la couverture universelle des interventions, de la qualité des soins tout en encourageant les innovations. L'ensemble doit reposer sur un système de santé fort et sur l'implication et la redevabilité de tous les acteurs y compris communautaires.

**56** The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2011.

**57** World Health Organization. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization, 2011.

**58** H4+, UNFPA. Roadmap to accelerate achievement of maternal and newborn survival and reach MDGs 4 and 5(A&B). June 2014.

**59** WHO – UNICEF. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths. 2014.



**Figure 2 :** Every Newborn impact framework

**Source:** WHO/UNICEF — EVERY NEWBORN An Action Plan To End Preventable Deaths. June 2014



**Figure 3 :** Le consensus mondial pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

**Source :** Ban Ki-moon, Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies.

Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant)

## 6. Besoins, gaps et défis identifiés à l'issue de l'analyse situationnelle

Au total, l'analyse situationnelle a mis en exergue deux problèmes majeurs à l'origine des décès maternels et néonataux :

- la faible utilisation des services en santé maternelle et néonatale, avec ses différents déterminants liés aux prestataires, liés à l'individu et à la Communauté et liés à l'environnement de mise en œuvre des interventions ;
- la défaillance dans l'offre de services par insuffisance de couverture géographique et de continuité dans le temps, par insuffisance de ressources et de plateaux techniques, par défaut de cadrage et faible qualité de réalisation et par stimulation insuffisante de la demande.

Ces deux problèmes concernent particulièrement les services en matière de santé des adolescents et des jeunes. En effet, pour cette catégorie spécifique de cibles, autant l'offre est insuffisante surtout en termes de couverture, autant les bénéficiaires n'y ont pas accès ou ne l'utilisent pas malgré l'existence d'une demande sans cesse croissante.

Compte tenu des aspects épidémiologiques de la mortalité maternelle et néonatale, les attentions devront être beaucoup plus focalisées vers toutes les interventions qui concernent la période autour de la naissance pendant laquelle survient la majorité des décès maternels et néonataux. Les gaps qui ont été identifiés sont surtout la faible couverture des fonctions SONUB, l'insuffisance de pratique de l'allaitement précoce et de la VAD des mères et des nouveau-nés par un personnel qualifié. C'est ainsi que les SONUB et SONUC, les SENN, l'assistance de l'accouchement par un personnel qualifié et dans un centre de soins, l'humanisation des soins et de l'accouchement et les visites post-natales trouvent toutes leurs importances. La réalisation des revues/audit/surveillance des décès maternels et néonataux devra être mise à l'échelle pour renseigner sur les aspects épidémiologiques de ces décès et de mieux réorienter les actions de prévention. Le grand défi étant d'offrir des soins complets, humanisés et de qualité dans tout le territoire et de façon pérenne.

Concernant les interventions à visée préventive, les faibles performances en vaccination antitétanique, en prescription de fer acide folique et d'Artemisinin-based combination therapy (combinaisons à base d'artémisinine ou ACT) pour le traitement préventif intermittent du paludisme aux femmes enceintes sont inquiétantes et méritent des actions renforcées. Le décalage est aussi trop grand entre la proportion des femmes enceintes ayant suivi au moins une visite prénatale et la proportion de celles qui ont fait au moins quatre CPN.

Les efforts en matière de planification familiale devront être axés beaucoup plus vers les adolescents et les jeunes. La prévention des grossesses précoces est une stratégie importante qui contribue largement à la réduction de la mortalité maternelle vue la part importante des décès maternels dans la tranche d'âge des 15 à 19 ans et à la prévention des complications de l'accouchement telles que la fistule obstétricale. La vulgarisation des approches orientées vers les jeunes, la mise à leur disposition des soins préventifs et promotionnels adéquats et la prise en charge des complications des avortements constituent les principales interventions pour assurer la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.

La clé de la réussite de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale réside dans la couverture universelle des soins et leur utilisation par les bénéficiaires. Cela oblige le pays à mener des réformes institutionnelles, à améliorer les plateaux techniques, et à faciliter l'accès des femmes et du nouveau-né aux centres de soins. Sur ce dernier point, il y a lieu d'identifier les mécanismes pour alléger les charges financières occasionnées par la recherche des soins, de développer le système de référence – contre référence approprié au contexte du terrain. Ces efforts seront vains sans la motivation des agents de santé et des agents communautaires, l'engagement effectif et la redevabilité de la Communauté et surtout sans un leadership national fort et une bonne gouvernance au sein du Gouvernement et du Ministère pour mobiliser et coordonner les participations de toutes les entités concernées par la santé de la mère et du nouveau-né.



## 7. Opportunités

Le retour de Madagascar au banc des Nations ouvre le pays à beaucoup d'opportunités de développement non seulement économique mais aussi social. Un cadre de partenariat formel et officiel restaure la confiance et l'assurance des partenaires techniques et financiers et permet ainsi une meilleure coordination des appuis et une meilleure synergie de l'utilisation des ressources.

Le lancement récent de la CARMMA, à laquelle le pays a adhéré, constitue une occasion pour renforcer et bien cibler les actions de plaidoyer auprès des décideurs dans les différentes Institutions du pays. L'engagement formulé par les hautes autorités du pays lors de ce lancement arrive à point nommé pour redynamiser et remobiliser tous les acteurs afin de converger vers un but commun : la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

De tout ce qui précède, la présente feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale a été conçue et formulée pour apporter les solutions aux problèmes identifiés notamment en ce qui concerne la faible utilisation des services et la défaillance dans l'offre de services. Elle s'attache aussi à créer l'environnement favorable à la mise en œuvre des actions.

# OBJECTIFS ET STRATEGIES DE LA FEUILLE DE ROUTE

Les objectifs décrits dans la présente feuille de route rejoignent ceux définis dans la Politique Générale de l'Etat, dans le Plan opérationnel pour la mise en œuvre de l'engagement de Madagascar à la stratégie globale du Secrétaire Général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant – 2012-2015, et ceux définis dans le Plan de Développement du Secteur Santé 2015 – 2019.

La réduction de la mortalité maternelle et néonatale figure parmi les priorités sanitaires du pays. Elle est inscrite dans le troisième axe prioritaire du PDSS 2015-2019 à savoir « le renforcement de l'atteinte des OMD liés à la santé ». La mise en œuvre de la présente feuille de route contribue à l'atteinte de l'Objectif Global 4.2.3.1 du PDSS : « Assurer la survie de la mère et de l'enfant ». Quatre des objectifs spécifiques pour atteindre cet objectif global concernent particulièrement cette feuille de route :

- Objectif spécifique 4.2.3.1.3 : Améliorer l'état de santé de la mère et du nouveau-né.
- Objectif spécifique 4.2.3.1.4 : Promouvoir la planification familiale.
- Objectif spécifique 4.2.3.1.5 : Réduire la vulnérabilité des adolescents au VIH/Sida, aux grossesses à risque et aux conséquences d'autres comportements à risques.
- Objectif spécifique 4.2.3.1.6 : Renforcer la lutte contre les maladies évitables par la vaccination.

Les indicateurs d'impacts de cette feuille de route se présentent ainsi comme indicateurs d'effets pour le troisième axe prioritaire du PDSS. Et les indicateurs d'effets figurent sur le rang des indicateurs des produits dans le PDSS.

## 1. Impacts

Comme impacts de la réalisation de ce plan, on s'attend à ce qu'en 2019 :

- le ratio de la mortalité maternelle soit réduit de 478 à 300 pour 100 000 naissances vivantes.
- et le taux de mortalité néonatale diminue de 26 à 17 pour 1 000 naissances vivantes.

Ces objectifs semblent ambitieux mais ils reflètent la volonté réelle de l'Etat Malagasy d'améliorer la santé de la femme et du nouveau-né et de remobiliser tous les acteurs pour y parvenir.

## 2. Effets

Pour contribuer à l'atteinte de ces objectifs de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, trois effets sont prévus.

- L'environnement institutionnel, normatif et opérationnel de la mise en œuvre des interventions permet et facilite l'effectivité de leur réalisation en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
- La population, consciente des problèmes de la santé de la mère et du nouveau-né et de leur sécurité sanitaire, utilise les services de santé.
- La population bénéficie des soins complets et de qualité en santé maternelle et néonatale, disponibles de façon continue au niveau communautaire, dans les centres de santé de base et dans les centres de référence.

### 3. Produits

Pour chacun des effets décrits ci-haut, des produits spécifiques sont attendus.

#### **Effet 1 : L'environnement institutionnel, normatif et opérationnel de la mise en œuvre des interventions facilite l'effectivité de leur réalisation en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.**

Pour atteindre cet effet, les produits suivants sont attendus :

- Les capacités institutionnelles, juridiques, gestionnaires et organisationnelles en santé maternelle et néonatale sont développées à tous les niveaux.
- Le leadership, la coordination, et le partenariat en matière de santé maternelle et néonatale sont renforcés à tous les niveaux.

Pour obtenir ces produits, la stratégie retenue est formulée comme suit :

#### **Stratégie 1.** *Mise en place d'une gouvernance responsable, d'un leadership efficace et d'un cadre institutionnel favorable.*

Cette stratégie comprend les renforcements de capacités en leadership, la conception ou la réactualisation, la mise à disposition et l'utilisation des différents documents ou textes de références et des différents outils nécessaires à la bonne marche des activités.

#### **Effet 2 : La population, consciente des problèmes de la santé de la mère et du nouveau-né et de leur sécurité sanitaire, utilise les services de santé.**

Pour parvenir à ce deuxième effet attendu, les produits suivants sont nécessaires :

- les connaissances et la prise de conscience de la population sur les questions clés en santé maternelle et néonatale sont renforcées ;
- la participation et l'engagement communautaire pour l'adoption de comportements sains ainsi que la prise de responsabilité pour la facilitation de l'accès aux soins sont accrus.

Afin de disposer de ces deux produits, la stratégie à adopter est la suivante :

#### **Stratégie 2.** *Renforcement de l'engagement et de la prise de responsabilités de la Communauté pour l'augmentation de l'utilisation des services.*

Cette stratégie englobe toutes les actions de communication, de plaidoyer et de mobilisation sociale pour une meilleure prise de conscience, pour la réalisation d'actions concrètes sur les questions de la santé maternelle et néonatale, pour la prévention des grossesses précoces en vue de susciter la demande. Elle s'appuie sur les stratégies et les plans et supports harmonisés de communication existants à différents niveaux.

#### **Effet 3 : La population bénéficie des soins complets et de qualité en santé maternelle et néonatale, disponibles de façon continue au niveau communautaire, dans les centres de santé de base et dans les centres de référence.**

Pour parvenir à l'effet 3, cinq produits sont requis :

- la couverture de l'offre de paquets intégrés d'interventions à haut impact et de qualité sur la santé maternelle et néonatale est accrue à tous les niveaux du système de soins ;

- l'accès et l'utilisation des services offerts en santé maternelle et néonatale, ainsi qu'en santé des adolescents et des jeunes sont améliorés ;
- la disponibilité des ressources nécessaires à la mise en œuvre des interventions à haut impact et de qualité est renforcée et pérennisée ;
- les capacités à planifier, à suivre et à évaluer les programmes de santé maternelle et néonatale sont renforcées à tous les niveaux ;
- la surveillance de décès maternels et néonataux et la riposte sont institutionnalisées et renforcées.

Deux stratégies sont à mettre en œuvre pour obtenir les produits mentionnés ci-haut :

**Stratégie 3. Fourniture de services essentiels intégrés, de qualité et complets autour de la grossesse et de l'accouchement mettant l'accent sur la Santé des Adolescents et des Jeunes.**

Cette stratégie comporte les renforcements des compétences des acteurs, la mise aux normes des infrastructures et des équipements, l'approvisionnement en intrants et l'offre des services à tous les niveaux du système de soins.

**Stratégie 4. Optimisation du système de suivi et évaluation.**

Cette stratégie concerne l'amélioration du système d'information sanitaire, la mise à l'échelle de la surveillance et de la riposte des décès maternels et néonataux, et le renforcement des activités de planification, d'encadrement et de suivi/évaluation.

# PLAN DE MISE EN ŒUVRE

## 1. Critères de choix des activités retenues dans la feuille de route

Les critères suivants ont été considérés dans le choix des activités à intégrer dans la présente feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ce sont :

- l'évidence d'un haut impact direct ou indirect sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale,
- la faisabilité des interventions proposées : technique, financière, politique, et culturelle,
- et l'efficacité des solutions proposées basée sur l'évidence ou des faits documentés.

## 2. Grandes lignes des activités

D'une façon synthétisée, deux grandes catégories d'activités sont mises en œuvre dans le cadre de cette feuille de route pour l'ARMMN.

### 2.1. Les activités au niveau opérationnel

Ce sont les activités réalisées au niveau des formations sanitaires, et qui permettent d'atteindre les objectifs. Il s'agit des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, dont la preuve d'efficacité a été prouvée et documentée. Les interventions qui concernent la période autour de la naissance (SONUB, SONUC, SENN, Accouchement assisté et dans un centre de soins, les visites post-natales) doivent retenir beaucoup plus d'attention. Les activités préventives et promotionnelles comme les soins prénataux et la PF seront toujours continuées mais avec un focus plus marqué vers les adolescents et les jeunes.

### 2.2. Les activités au niveau stratégique

Ce sont les activités qui créent un environnement favorable à la réalisation au niveau opérationnel des interventions à haut impact sur l'ARMMN. Elles peuvent être classées dans les 5 catégories suivantes.

- Assurer la mise à disposition des acteurs des documents de référence réactualisés, des cadres organisationnels et la mise en place de mécanismes pour optimiser la performance des prestataires ainsi que ceux qui facilitent l'accès aux soins des bénéficiaires y compris les jeunes et adolescents.
- Stimuler la demande et la prise des responsabilités en vue de l'accès et l'utilisation des services intégrés en santé maternelle et néonatale.
- Procéder à l'amélioration, à l'équipement et à l'approvisionnement en intrants des centres de santé pour permettre l'effectivité et la pérennité de l'offre de services.
- Procéder à l'augmentation du nombre de prestataires de soins dans les centres de santé et des agents communautaires et au renforcement de leurs compétences et de leur motivation.
- Intensifier les activités de coordination, de suivi-évaluation et de monitoring des interventions et étendre la surveillance des décès maternels.

## 3. Le plan de mise en œuvre proprement dit

**Effet 1 : L'environnement institutionnel, normatif et opérationnel de la mise en œuvre des interventions facilite l'effectivité de leur réalisation en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.**



**Produits :**

**1-1-** Les capacités institutionnelles, juridiques, gestionnaires et organisationnelles en santé maternelle et néonatale sont développées à tous les niveaux.

**1-2-** Le leadership, la coordination, et le partenariat en matière de santé maternelle et néonatale sont renforcés à tous les niveaux.

**Stratégie 1.** Mise en place d'une gouvernance responsable, d'un leadership efficace et d'un cadre institutionnel favorable.

ACTIVITÉS	INDICATEURS	RESPONSABLES	PÉRIODE	COÛTS (EN USD)
Mettre à la disposition des acteurs les différents documents ou textes de références réactualisés pour les interventions à chaque niveau du système de soins. <sup>[60]</sup>	Pourcentage des textes/documents de références sortis par rapport aux prévus BASELINE 2014 : <b>non défini (ND)</b> CIBLE EN 2015 JUSQU'EN 2019 : <b>100 %</b>  Pourcentage des responsables déconcentrés publics et privés disposant des documents de politiques, des normes/procédures et des documents de référence BASELINE 2014 : <b>ND</b> CIBLE EN 2015 JUSQU'EN 2019 : <b>100 %</b>	SG/DGS/DSEMR	Année 1	59 407
Renforcer les capacités en gestion axée sur les résultats et en management pour les responsables centraux, régionaux et des districts	Pourcentage des responsables formés à tous les niveaux BASELINE 2014 : <b>ND</b> CIBLE EN 2015 JUSQU'EN 2019 : <b>100 %</b>	SG/DGS/DRH/DEP/DDS	Année 1	76 148

**Effet 2 : La population, consciente des problèmes de la santé de la mère et du nouveau-né et de leur sécurité sanitaire, utilise les services de santé.<sup>[61]</sup>**

**60** Les textes à concevoir / à réactualiser / à diffuser sont les suivants :

- les textes d'application de la PNSC dont la révision de la procédure d'identification des AC pour tenir compte de l'aspect genre, le modèle national de grille d'évaluation des AC, et le texte définissant les rôles des matrones et des Agents communautaires en matière de PEC des femmes et des nouveau-nés ;
- le manuel des procédures de gestion hospitalière, le texte ministériel relatif à la mise à l'échelle des soins humanisés, la charte des patients,
- les textes sur la politique de la gratuité, les mécanismes de financement des soins / Mutuelle de santé / Providing for health (P4H),
- la loi sur la planification familiale, le document sur les orientations politiques en SR, le document sur les normes et procédures en SR, les stratégies de prévention et de PEC des complications obstétricales,
- la politique nationale d'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis et du VIH (réactualisation),
- le texte sur le mécanisme de suivi et d'évaluation de la performance du personnel ainsi que le système de sanction positive et négative à mettre en place, le décret portant application des indemnités d'éloignement du personnel de santé et les textes d'harmonisation de la mise en œuvre des mesures incitatives du personnel (dans toutes les régions et à tous les niveaux) y compris les Approches Basées sur les Résultats (ABR) et le Financement Basé sur les Résultats (FBR),
- le guide de coordination des revues périodiques à tous les niveaux,
- les normes minimales en personnel dans toutes les Formations sanitaires ainsi que les Termes de référence (TDR) du personnel à tous les niveaux.

**61** Les indicateurs relatifs aux effets et aux produits seront détaillés dans le chapitre « Plan de suivi-évaluation et reporting » ainsi qu'en annexes.

**Produits :**

**2-1-** les connaissances et la prise de conscience de la population sur les questions clés en santé maternelle et néonatale sont renforcées ;

**2-2-** la participation et l'engagement communautaire pour l'adoption de comportements sains ainsi que la prise de responsabilité pour la facilitation de l'accès aux soins sont accrus.

**Stratégie 2.** Renforcement de l'engagement et de la prise de responsabilités de la Communauté pour l'augmentation de l'utilisation des services.

ACTIVITÉS	INDICATEURS	RESPONSABLES	PÉRIODE	COÛTS (EN USD)
Sensibiliser les femmes et les jeunes sur les avantages de la CPN, l'accouchement dans les FS, l'importance des activités en SMN et les offres de services en SR.	% des FAR qui connaissent les signes de dangers pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la femme et le nouveau-né, ainsi que l'importance d'accoucher dans une om par un personnel qualifié, la prévention des fistules, etc. BASELINE 2014 : <b>ND</b> CIBLE EN 2019 : <b>80 %</b>	DSEMR/ DRSP/SDSP	Année 1 à Année 5	129 321
	% des jeunes et des FAR qui connaissent les effets néfastes de l'avortement BASELINE 2014 : <b>ND</b> CIBLE EN 2019 : <b>80 %</b>			
	% des femmes et des hommes qui connaissent au moins une méthode PF de longue durée BASELINE 2014 : <b>ND</b> CIBLE EN 2019 : <b>90 %</b>			
Mener des activités de plaidoyer auprès des décideurs à tous les niveaux.	Pourcentage du budget national alloué à la santé BASELINE 2014 : <b>ND</b> CIBLE EN 2019 : <b>15 %</b>	MSANP DEP DSEMR DRSP SDSP CSB	Année 1	45 665
	Pourcentage du budget de la santé alloué à la SMN BASELINE 2014 : <b>20%</b> CIBLE EN 2019 : <b>35 %</b>			
Impliquer les journalistes, artistes et élèves dans les actions de sensibilisation en SMN.	Nombre de journalistes, d'artistes et d'élèves participant aux concours annuels du meilleur ambassadeur de la CARMMA BASELINE 2014 : <b>ND</b> CIBLE ANNUELLE JUSQU'EN 2019 : <b>au moins 50 journalistes, 20 artistes, et 100 élèves participant au concours par an</b>	DSEMR	Année 1 à Année 5	29 167
Renforcer le marketing social, la promotion et l'utilisation des contraceptifs.	Taux de couverture contraceptive BASELINE 2014 : <b>28%</b> CIBLE EN 2019 : <b>38 % avec augmentation annuelle de 2 %</b>	DSEMR Population Services International (PSI) et autres acteurs	Année 1 à Année 5	Cf. PSI et autres acteurs



ACTIVITÉS	INDICATEURS	RESPONSABLES	PÉRIODE	COÛTS (EN USD)
Renforcer les actions de communication à l'endroit des jeunes en matière de SR.	% des jeunes qui connaissent les effets néfastes de la grossesse précoce. <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE EN 2019 : 80 %</b>	MSANP/DSEMR Ministère de la jeunesse	Année 1 à Année 5	14 030
Tenir des dialogues communautaires sur la santé maternelle et néonatale au niveau des Communes.	% des CSB disposant d'une case d'accueil par fokontany <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE EN 2019 : 50 %<sup>62</sup></b>	DRSP SDSP CSB/ Communes	Année 1 à Année 2	117 639
Renforcer les capacités des troisième AC femmes en SMN (modules intégrés).	% des Fokontany disposant de troisième agent communautaire de sexe féminin formée en Santé Maternelle et Néonatale Communautaire et équipée <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE EN 2019 : 60 %</b>	SDSP CSB/ Communes	Année 1 à Année 3	Cf. Activité 15
Appuyer les initiatives communautaires pour la référence et le financement des soins	% des Communes disposant de mécanisme de financement communautaire <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE EN 2019 : 60 %</b>  % des Communes disposant d'un plan de référence communautaire et de moyen de référence <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE EN 2019 : 60 %</b>	SDSP CSB/ Communes	Année 1 à Année 3	364 271

**Effet 3 : La population bénéficie des soins complets et de qualité en santé maternelle et néonatale, disponibles de façon continue au niveau communautaire, dans les centres de santé de base et dans les centres de référence.**

#### Produits :

- 3-1-** la couverture de l'offre de paquets intégrés d'interventions à haut impact et de qualité sur la mortalité maternelle et néonatale est accrue à tous les niveaux du système de soins ;
- 3-2-** l'accès et l'utilisation des services offerts en santé maternelle et néonatale, ainsi qu'en santé des jeunes et adolescents sont améliorés ;
- 3-3-** la disponibilité des ressources nécessaires à la mise en œuvre des interventions à haut impact et de qualité est renforcée et pérennisée.

<sup>62</sup> Les Communes Urbaines et Chefs Lieux des Districts sont supposées avoir une meilleure facilité de référence des malades vers les Hôpitaux. Par ailleurs, les habitants des FKT d'implantation des CSB ou des FKT à moins de 5km des CSB n'ont plus besoin ni de case d'accueil ni de 3<sup>e</sup> AC femme. Ceci explique la fixation des objectifs à 60% pour les Communes et à 50% pour les FKT.

**Stratégie 3.** Stratégie 3 : Fourniture de services essentiels intégrés, de qualité et complets autour de la grossesse et de l'accouchement mettant l'accent sur la Santé des Adolescents et des Jeunes.

ACTIVITÉS	INDICATEURS	RESPONSABLES	PÉRIODE	COÛTS (EN USD)
Renforcer les plateaux techniques des centres de santé pour la prise en charge des mères et des nouveau-nés	<p>Taux de couverture des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base ou SONU-B  <b>BASELINE 2014 : 2 %</b>  <b>Cible en 2019 : 80 % (progression annuelle d'au moins 16 %)</b></p> <p>Taux de couverture des SONU-Complets  <b>BASELINE 2014 : 52,7 %</b>  <b>CIBLE EN 2019 : 100 % (progression annuelle d'au moins 9 %)</b></p> <p>% de CHRD2 disposant de service d'ambulance  <b>BASELINE 2014 : 4,17 %</b>  <b>CIBLE EN 2019 : 100 %</b></p> <p>% des centres de santé disposant de source d'eau courante ou de source améliorée d'eau propre.  <b>BASELINE 2014 : 15 %</b>  <b>CIBLE EN 2019 : 90 %</b></p>	MSANP DAAF/DESMR DRSP	Année 1	74 255 925
Renforcer les plateaux techniques et les compétences pour la prise en charge des fistules obstétricales.	<p>Nombre de femmes réparées de fistules obstétricales  <b>BASELINE 2014 : 350</b>  <b>CIBLE CUMULATIVE JUSQU'EN 2019 : 5 000 (1 000 par an)</b></p>	MSANP/DAAF/ DESMR DRSP	Année 2	118 400
Développer l'approche jeune.	<p>Nombre de structures sanitaires équipées pour fournir des services selon l'approche jeune.  <b>BASELINE 2014 : 4</b>  <b>2015 : 130 — 2016 : 130 — 2017 : 130 — 2018 : 130 — 2019 : 130 soit un total cumulatif de 650 CSB nouvellement équipés en 2019 (25 % des CSB avec 2AS par CSB formés en approche jeunes)</b></p>	DESMR/SSRA Ministère de la jeunesse	Année 1 à Année 5	1 364 098
Renforcer les compétences des AS en planification familiale notamment pour les Méthodes de Longue Durée (MLD).	<p>Proportion des FAR qui utilisent un implant contraceptif  <b>BASELINE 2014 : 2 %</b>  <b>CIBLE EN 2019 : 25 % (progression annuelle d'au moins 5 %)</b></p> <p>Proportion des FAR qui utilisent le DIU  <b>BASELINE 2014 : 0,5 %</b>  <b>CIBLE EN 2019 : 10 % (progression annuelle d'au moins 2 %)</b></p>	DSEMR DRSP SDSP	Année 1 à Année 5	955 464

ACTIVITÉS	INDICATEURS	RESPONSABLES	PÉRIODE	COÛTS (EN USD)
Renforcer les compétences des AS, des AC et des matrones en matière de SORU de base, de SMN, de prise en charge des violences sexuelles, de prévention et PEC du cancer du col utérin et en matière de SR en situation humanitaire.	■ Pourcentage des femmes enceintes (FE) bénéficiant d'au moins quatre CPN de qualité. BASELINE 2014 : <b>51,1 %</b> — CIBLE EN 2019 : <b>90 % (progression annuelle d'au moins 8 %)</b>			
	■ Pourcentage des femmes enceintes (FE) ayant reçu au moins 2 doses de SP en CPN. BASELINE 2014 : <b>23 %</b> — CIBLE EN 2019 : <b>80 % (progression annuelle d'au moins 12 %)</b>			
	■ Taux d'accouchement par un personnel qualifié dans les formations sanitaires BASELINE 2014 : <b>44,3 %</b> — CIBLE EN 2019 : <b>90 % (progression annuelle d'au moins 9 %)</b>			
	■ Taux de césarienne BASELINE 2014 : <b>1,9 %</b> — CIBLE EN 2019 : <b>5 % (progression annuelle d'au moins 0,6 %)</b>			
	■ Taux de couverture des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base ou SORU-B BASELINE 2014 : <b>2 %</b> — CIBLE EN 2019 : <b>80 % (progression annuelle d'au moins 16 %)</b>			
	■ Taux de couverture des SORU-Complets BASELINE 2014 : <b>52,7 %</b> — CIBLE EN 2019 : <b>100 % (progression annuelle d'au moins 9 %)</b>			
	■ Taux de CPON par un personnel de santé qualifié BASELINE 2014 : <b>41,7 %</b> — CIBLE EN 2019 : <b>80 % (progression annuelle d'au moins 8 %)</b>			
	■ % des femmes accouchées au niveau formation sanitaire qui reçoivent les soins essentiels recommandés BASELINE 2014 : <b>ND</b> — CIBLE EN 2019 : <b>100 % (progression annuelle d'au moins 20 %)</b>			
	■ % des Nouveaux-nés (NN) au niveau des formations sanitaires qui bénéficient des soins essentiels de qualité immédiatement à la naissance y compris les soins de l'ombilic à la chlorhexidine BASELINE 2014 : <b>ND</b> — CIBLE EN 2019 : <b>100 % (progression annuelle d'au moins 20 %)</b>			
	■ % des NN avec un faible poids de naissance pris en charge par la méthode mètre kangourou ou toute autre méthode disponible BASELINE 2014 : <b>ND</b> — CIBLE EN 2019 : <b>90 % (progression annuelle d'au moins 18 %)</b>			
	■ % des femmes accouchées à domicile qui reçoivent les premiers soins de prévention de l'hémorragie du post partum. BASELINE 2014 : <b>ND</b> — CIBLE EN 2019 : <b>80 % (progression annuelle d'au moins 16 %)</b>			
	■ % des NN à domicile qui reçoivent les premiers soins de prévention de l'infection ombilicale par la chlorhexidine. BASELINE 2014 : <b>ND</b> — CIBLE EN 2019 : <b>80 % (progression annuelle d'au moins 16 %)</b>			
	■ % des femmes présentant des signes de danger et qui reçoivent les premiers soins par les AC avant transfert. BASELINE 2014 : <b>ND</b> — CIBLE EN 2019 : <b>90 % (progression annuelle d'au moins 18 %)</b>			
	■ % des NN présentant des signes de danger qui reçoivent les premiers soins par les AC. BASELINE 2014 : <b>ND</b> — CIBLE EN 2019 : <b>90 % (progression annuelle d'au moins 18 %)</b>			
	■ Taux de visites postnatales par les Agents Communautaires BASELINE 2014 : <b>16,3 %</b> — CIBLE EN 2019 : <b>80 % (progression annuelle d'au moins 13 %)</b>			
	■ % des matrones qui réfèrent et accompagnent les parturientes à l'hôpital et contribuent aux soins à domicile des NN BASELINE 2014 : <b>ND</b> — CIBLE EN 2019 : <b>80 % (progression annuelle d'au moins 16 %)</b>			
	■ % des femmes âgées de 25 à 49 ans ayant fait le dépistage du cancer de col BASELINE 2014 : <b>3,6 %</b> — CIBLE EN 2019 : <b>25 % (progression annuelle d'au moins 4,2 %)</b>			
	■ % des femmes âgées de 25 à 49 ans positives au dépistage du cancer de col et traitées BASELINE 2014 : <b>38 %</b> — CIBLE EN 2019 : <b>60 % (progression annuelle d'au moins 4,5 %)</b>			
		DSEMR DRSP SDSP CSB COSAN	Année 1 à Année 5	3 243 222 <b>Dont</b> 1 795 825 USD pour le renforcement des compétences des 3 <sup>es</sup> AC femmes (Cf. Activité 9)

ACTIVITÉS	INDICATEURS	RESPONSABLES	PÉRIODE	COÛTS (EN USD)
Renforcer les capacités des sages-femmes.	Pourcentage des instituts de formation qui intègrent dans leur programme l'enseignement du paquet d'interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale <b>BASELINE 2014: ND</b> <b>CIBLE EN 2019: 80 % (au moins 60 % à l'Année 2 et 80 % à l'Année 3)</b>	DSEMR DRH Instituts de formation	Année 1 à Année 5	-
Renforcer les capacités nationales, régionales et de districts en gestion logistique et Channel y compris la quantification des contraceptifs et intrants PF	Nombre moyen de jours de rupture de stock par type d'intrants : Ensemble des produits PF et intrants PF : <b>BASELINE 2014: ND</b> <b>CIBLE EN 2019: 0 jour par an (tous les ans)</b>	DSEMR/DPLMT DRSP SDSP	Année 2	57 881
Doter les Formations Sanitaires et les sites communautaires en intrants pour la mise en œuvre des services essentiels et complets de soins autour de l'accouchement.	Nombre de jours de rupture de stock par type d'intrants KIA : <b>BASELINE 2014: ND</b> <b>CIBLE EN 2019: 0 jour par an (tous les ans)</b> Kits OC <b>BASELINE 2014: ND</b> <b>CIBLE EN 2019: 0 jour par an (tous les ans)</b> Kit éclampsie/Kit hémorragie/ Chlorhexidine/Kit infection du nouveau-né <b>BASELINE 2014: ND</b> <b>CIBLE EN 2019: 0 jour par an (tous les ans)</b> Fer Acide Folique/Moustiquaire à Imprégnation Durable <b>BASELINE 2014: ND</b> <b>CIBLE EN 2019: 0 jour par an (tous les ans)</b>	DSEMR/DPLMT DRSP SDSP SALAMA	Année 1 à Année 5	73 187 942
Recruter 900 paramédicaux et sages femmes	Pourcentage de CSB disposant de sage-femme ou de personnel qualifié en SMN <b>BASELINE 2014: 48 %</b> <b>CIBLE EN 2019: 80 % (dès la première année de mise en œuvre)</b>	DRH DIFP/DRSP/ SDSP	Année 1 à Année 5	11 250 000



ACTIVITÉS	INDICATEURS	RESPONSABLES	PÉRIODE	COÛTS (EN USD)
Institutionnaliser dans toutes les FS publiques et privées qui pratiquent l'accouchement la revue des décès maternels.	% des formations sanitaires publiques et privées pratiquant des accouchements et qui font la revue des décès maternels. <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE EN 2019 : 100 % (dès la deuxième année de mise en œuvre)</b>	DSEMR/DDS DRSP SDSP CSB	Année 1 à Année 5	29 714
Améliorer la qualité d'accueil dans les maternités.	Taux d'accouchement dans les centres de santé <b>BASELINE 2014 : 44,3 %</b> <b>CIBLE EN 2019 : 90 % (progression annuelle d'au moins 9 %)</b>	DSEMR/DDS DRSP SDSP	Année 1 à Année 5	350 000
Mettre en œuvre les Approches Basées sur les Résultats (ABR) et le Financement Basé sur les Résultats (FBR). <sup>63</sup>	% des districts mettant en œuvre des mécanismes d'Approche Basée sur les Résultats et de Financement Basé sur les Résultats. <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE EN 2019 : 60 % (progression annuelle d'au moins 12 %)</b>	MSANP DEP DSEMR/DDS DRSP/SDSP	Année 1 à Année 5	2 421 458

**Effet 3 : La population bénéficie des soins complets et de qualité en santé maternelle et néonatale, disponibles de façon continue au niveau communautaire, dans les centres de santé de base et dans les centres de référence.**

**Produits :**

- 3-4-** les capacités à planifier, à suivre et à évaluer les programmes de santé maternelle et néonatale sont renforcées à tous les niveaux ;
- 3-5-** la surveillance de décès maternels et néonataux et la riposte sont institutionnalisées et renforcées.
- Stratégie 4. Optimisation du système de suivi et évaluation.**

ACTIVITÉS	INDICATEURS	RESPONSABLES	PÉRIODE	COÛTS (EN USD)
Réaliser des activités d'encadrement et de suivi des agents de santé et des agents communautaires	Proportion de CSB ayant fait l'objet d'au moins une supervision et d'un suivi formatif par an <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE CUMULATIVE EN 2019 : 100 % (au moins 800 CSB soit 30 % par an)</b> % des COSAN supervisés <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE CUMULATIVE EN 2019 : 85 % (au moins 3 000 COSAN soit 17 % par an)</b>	DRSP SDSP	Année 1 à Année 5	817 500

<sup>63</sup> Primes de performance pour les agents de santé et les agents communautaires.

ACTIVITÉS	INDICATEURS	RESPONSABLES	PÉRIODE	COÛTS (EN USD)
Mener des revues intégrées périodiques à chaque niveau.	Taux de réalisation des revues intégrées <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE ANNUELLE ET PAR NIVEAU JUSQU'EN 2019 : 100 %</b>	DSEMR DRSP SDSP	Année 1 à Année 5	242 317
Mettre en place des TIC pour l'informatisation des données sur les patients en complémentarité avec le SIS de routine et utiliser le système de banque de données du MSANP (service en réseau pour suivi des patients)	% des Centres Hospitaliers mis en réseau pour le suivi des patients <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE CUMULATIVE EN 2019 : 100 % (progression annuelle de 20 %)</b>	DSI DEP/SSS DSEMR	Année 1 à Année 5	FSP
Mener des séances de travail au niveau des districts entre les responsables SIG et responsables de programmes (EMAD) pour vérification/contrôle des données dans les RMA	Taux de complétude des données (par niveau) <b>BASELINE 2014 : 86 %</b> <b>CIBLE EN 2019 : 100 % (progression annuelle d'au moins 3 %)</b> Taux de promptitude des données <b>BASELINE 2014 : 75 %</b> <b>CIBLE EN 2019 : 100 % (progression annuelle d'au moins 5 %)</b> % de données aberrantes <b>BASELINE 2014 : 50 %</b> <b>CIBLE EN 2019 : 0 % (régression progressive annuelle d'au moins 10 %)</b>	DRSP SDSP	Année 1 à Année 5	-
Réaliser des activités de monitoring régulier	% des CSB ayant fait l'objet de monitoring à la fréquence biannuelle <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE ANNUELLE JUSQU'EN 2019 : 80 %</b>	DRSP SDSP	Année 1 à Année 5	4 083 333
Mettre à l'échelle la surveillance des décès maternels et néonataux intégrée à la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR).	% des districts sanitaires qui font la surveillance des décès maternels et néonataux intégrée à la SIMR. <b>BASELINE 2014 : 13 %</b> <b>CIBLE EN 2019 : 100 % (100 % dès la deuxième année)</b>	DSEMR SSEpi DRSP SDSP	Année 1 à Année 5	2 746 223



ACTIVITÉS	INDICATEURS	RESPONSABLES	PÉRIODE	COÛTS (EN USD)
Réaliser des audits sur la gestion rationnelle des intrants OC, KIA, réactifs, médicaments, produits PF..., des outils de gestion et des outils de collecte	% des hôpitaux défaillants en termes de gestion rationnelle des intrants (constat de vol et de détournement) <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE ANNUELLE JUSQU'EN 2019 : 0 %</b>	DSEMR DEP Service de l'audit DRSP SDSP	Année 1 à Année 5	222 750
Rendre disponibles dans les formations sanitaires les registres et outils de gestion.	% de FS rencontrant des ruptures de stock en outils de gestion de plus de deux mois <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE ANNUELLE JUSQU'EN 2019 : 0 %</b>	DEP/SSS DRSP SDSP	Année 1 à Année 5	2 126 833
Collaborer avec le Ministère Intérieur et décentralisation sur l'enregistrement des naissances et décès (État civil)	% des centres de santé réalisant l'enregistrement des naissances et des décès de la mère et du nouveau-né <b>BASELINE 2014 : ND</b> <b>CIBLE EN 2019 : 90 % (progression annuelle d'au moins 18 %)</b>	DSEMR DRSP SDSP CSB/ Communes	Année 1 à Année 5	-
Mener des enquêtes quantitatives et qualitatives pour évaluer la mise en œuvre de la feuille de route (évaluation avant, à mi-chemin et à la fin de mise en œuvre)	Indicateurs de la feuille de route dont la collecte se fait par enquête (Voir la liste des indicateurs en annexes)	DSEMR DEP	Année 1 et Année 5	105 000

# MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Les directives décrites dans ce chapitre n'ont pas la prétention de se substituer au futur guide de mise en œuvre de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Elles retracent tout simplement les grandes lignes et principes que chaque intervenant concerné par le domaine de la santé maternelle et néonatale se doit de respecter pour assurer une meilleure synergie et efficacité des actions.

## 1. Principes directeurs de la mise en œuvre

Les principes suivants sont énoncés pour guider la mise en œuvre de la présente feuille de route.

### ■ Couverture optimale des interventions

Madagascar devra faire un grand saut qualitatif s'il espère atteindre les objectifs de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Mais cela dépend surtout de la couverture des interventions, non seulement sur le plan géographique mais aussi sur le plan temporel (c'est-à-dire sur le plan de la continuité et de la pérennisation). Aussi, sans une couverture optimale des interventions, aucun bon résultat n'est à espérer.

### ■ Priorité aux interventions à impact direct sur la mortalité maternelle et néonatale

Les ressources disponibles sont rares et la surcharge de travail des acteurs au niveau opérationnel est connue. De ce fait, les processus de coordination et de priorisation devront toujours tenir en compte l'appréciation de l'effet des interventions programmées sur la mortalité maternelle et néonatale et aussi du nombre de population concerné. Les interventions qui se font autour de la naissance sont les plus pourvoyeuses de succès dans la réduction des décès maternels et néonataux.

### ■ Approche d'équité

La mise en œuvre des interventions sera basée sur la considération des zones peuplées, des zones les plus touchées par les décès maternels et néonataux, des zones enclavées et des populations vulnérables.

### ■ Intégration et coordination des activités

Ces deux termes deviennent trop souvent des leitmotivs de toute mise en œuvre de plan d'action. Mais concrètement, les mauvaises habitudes dans la conduite des programmes verticaux reprennent toujours le dessus sur tout effort d'intégration et d'harmonisation. À défaut d'une intégration, devenue parfois utopique, il serait peut-être mieux de définir les mécanismes de coordination efficace des activités.

### ■ Engagement et redevabilité

Les décideurs et détenteurs de pouvoir ainsi que la Communauté sont toujours sollicités pour apporter leur participation à la mise en œuvre d'un programme de santé. Mais cette participation se manifeste souvent sous la forme ponctuelle, passive voire obligée. La participation attendue dans le cadre de la réalisation de cette feuille de route devra découler d'une prise de conscience du bien-fondé des actions. Il s'ensuivra logiquement un engagement pour un rôle donné auquel l'individu ou l'entité sera redevable vis-à-vis de la population.

### ■ Professionnalisme

La recherche de la qualité dans la mise en œuvre des interventions exige le professionnalisme de tous les acteurs. Le manque de rigueur est source de laisser-aller dans la gestion. Par ailleurs, l'exécution routinière des activités réduit la productivité et nuit à la longue sur la motivation.

## 2. Modalités opérationnelles proprement dites

### 2.1. Partage et dissémination

L'effectivité de la mise en œuvre de cette feuille de route est tributaire de sa connaissance par les acteurs concernés. À la fin de sa validation, les processus de partage et de dissémination devront se faire tant au niveau national qu'au niveau régional et des districts. Une séance de partage constitue aussi une opportunité de plaider auprès des décideurs présents pour obtenir leur engagement à la cause.

### 2.2. Pilotage

Le Ministère chargé de la Santé Publique est l'Institution qui pilote la mise en œuvre de cette feuille de route. La Direction chargée de la santé de la mère et de l'enfant et de la reproduction, en son sein, est l'organe de coordination qui sert d'interface entre le Ministère chargé de la santé et tous les acteurs concernés par la mise en œuvre. Un groupe technique de travail composé de techniciens émanant des Directions centrales dudit Ministère et des techniciens représentant des PTF est l'organe technique qui effectue le suivi de la réalisation du plan d'action. Ce groupe se réunit périodiquement pour décrire l'état d'avancement et les progrès obtenus. Il définit et propose aux instances décisionnelles les améliorations ou réorientations éventuelles nécessaires en vue de l'atteinte des objectifs. Enfin, ce groupe définit les mécanismes et les modalités de mise en œuvre des approches de financement basé sur les résultats afin d'instaurer un système de motivation des acteurs tout en améliorant les performances.

### 2.3. Définition des rôles

Les rôles du niveau central sont limités aux conceptions des stratégies, des outils et des guides de mise en œuvre, aux transferts de compétences aux responsables de programmes des régions et districts et aux activités d'encadrement et de suivi des responsables sus-cités. En aucun cas, les techniciens du niveau central ne doivent se substituer à ceux du niveau intermédiaire et périphérique dans la phase purement opérationnelle par respect du principe de subsidiarité.

Le niveau intermédiaire ou tactique (région) a pour mandat de coordonner et d'appuyer les districts sanitaires dans la réalisation des plans opérationnels, de mobiliser les ressources au niveau régional et d'assurer la bonne marche du système à son échelon.

Le niveau périphérique ou opérationnel (districts) est chargé de coordonner et d'appuyer les actions des agents de santé et des agents communautaires dans les Communes. Il mobilise les ressources à son niveau et résout les obstacles et problèmes éventuels selon le contexte.

Les agents de santé et les agents communautaires sont les acteurs chargés de l'exécution du présent plan. Ils doivent collaborer étroitement afin d'avoir des bons résultats. Ils sont tenus de rapporter régulièrement les données sur leurs interventions.

Les PTF devront appuyer le Ministère de la santé dans la limite de leur agenda pour la réalisation de cette feuille de route. Ils sont tenus aussi de rapporter régulièrement au Ministère de la santé les résultats de leurs interventions.

La Communauté ne doit plus être perçue uniquement comme « simple bénéficiaire » des interventions. Elle participe activement à la mise en œuvre des différentes interventions depuis la planification jusqu'au suivi des activités programmées. Ses représentants (Autorités locales et membres des COSAN) identifient avec les agents de santé les stratégies efficaces pour mener à bien les activités. La Communauté est aussi sollicitée à mettre

en place les différents mécanismes communautaires pour faciliter l'accès aux soins (notamment le système de référence et les mécanismes d'entraide communautaire).

## 2.4. Séquences de mise en œuvre

Après le partage et la dissémination de la présente feuille de route, les activités relatives à la stratégie 1 ainsi que les activités de plaidoyer dans la stratégie 2 devront se faire préférentiellement à la première année. Il en est de même pour les activités de renforcement des plateaux techniques (structures, équipements, matériels, intrants, et renforcement des compétences). Des révisions des outils de formation et de travail (curriculum de formation, guide de mise en œuvre) sont nécessaires pour intégrer les nouvelles interventions et les nouveaux défis notamment la prise en charge des violences sexuelles et la SR en situation humanitaire. Toutes ces activités constituent les bases ou fondation de la mise en œuvre de la feuille de route.

La considération des aspects épidémiologiques et des données statistiques guidera ensuite la planification opérationnelle des activités dans les régions et les districts. L'offre du paquet complet d'interventions à chaque niveau est l'idéal, mais les contraintes de ressources peuvent obliger les planificateurs à réorienter le planning et la priorisation en se basant sur les critères de faisabilité technique et sur les aspects épidémiologiques et statistiques.

## 2.5. Revue de la mise en œuvre

C'est une étape fondamentale dans la recherche de la complétude et de la qualité de la mise en œuvre des interventions stipulées dans cette feuille de route. Elle se fait à chaque niveau du système de santé à la périodicité qui s'adapte au contexte local. Dans les régions et districts, il est recommandé d'instituer un mécanisme de l'examen par les pairs (peer review). Ce mécanisme offre à chaque entité l'opportunité d'apprécier les progrès des autres et de constater ses propres forces et faiblesses. Au niveau national, la revue devra permettre aux participants de non seulement rapporter leurs résultats mais aussi de partager les bonnes pratiques. C'est aussi une occasion de discuter des éventuelles réorientations qui se basent à la fois sur les directives internationales mais surtout sur les expériences du terrain.

Des évaluations périodiques avant, à mi-chemin et à la fin de mise en œuvre permettront d'apprécier les acquis. Les résultats des suivis-évaluations ainsi que les bonnes pratiques feront l'objet de documentations qui sont utiles pour appuyer les futures mises en œuvre et servir de leçons apprises.



# PLAN DE SUIVI – EVALUATION ET DE REPORTING

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de cette feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale se base sur l'appréciation de l'évolution des indicateurs définis dans le présent plan.

## 1. Les indicateurs d'évaluation du progrès

Les indicateurs d'évaluation du progrès sont ceux qui mesurent les impacts, les effets et les produits des interventions réalisées.

### 1.1. Les indicateurs d'impacts

Ce sont les indicateurs de l'OMD relatifs à la santé de la mère et du nouveau-né :

- le ratio de mortalité maternelle;
- et le taux de mortalité néonatale.

Leur collecte se fera lors des enquêtes nationales de grande envergure comme les Enquêtes Démographiques et de Santé ou l'Enquête Nationale sur le suivi des OMD. Pour la présente feuille de route, ils ne seront donc collectés qu'à la fin du quinquennat.

### 1.2. Les indicateurs d'effets

Ce sont les indicateurs qui mesurent l'instauration d'un environnement favorable à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, et l'accès de la population aux services offerts dans les centres de soins. Ce sont :

- la proportion des Régions/Districts ayant développé et mis en œuvre un plan spécifique (régional ou du district) d'action en faveur de la santé maternelle et néonatale,
- le taux d'accouchement par un personnel qualifié dans les formations sanitaires,
- le pourcentage des femmes enceintes (FE) bénéficiant d'au moins quatre CPN de qualité,
- le nombre de femmes réparées de fistules obstétricales,
- le pourcentage des naissances déclarées issues de filles-mères (adolescentes),
- le taux de couverture contraceptive.

Ces indicateurs servent à mesurer l'efficacité des interventions. Leur collecte devra ainsi être la plus périodique et la plus simple possible pour permettre d'apprécier à temps opportun leur évolution. C'est ainsi que certains indicateurs d'effets comme la prévalence contraceptive, le taux de fécondité chez les adolescentes, et la proportion des besoins non satisfaits en planification familiale n'ont pas été retenus car leur collecte ne pourra se faire que lors d'une grande et onéreuse enquête comme les EDS ou l'ENSOMD.

### 1.3. Les indicateurs de produits

Ces indicateurs sont rassemblés en quatre groupes selon leur mode de collecte.

Le **premier groupe** concerne les indicateurs qui seront recueillis par enquête auprès de la population. Ce sont :



- le pourcentage des femmes en âge de reproduction (FAR) qui connaissent les signes de dangers pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la femme et le nouveau-né, ainsi que l'importance d'accoucher dans une formation sanitaire par un personnel qualifié, la prévention des fistules, etc. ;
- le pourcentage des FAR qui connaissent les effets néfastes de l'avortement ;
- le pourcentage des FAR qui connaissent les avantages du PF ;
- le pourcentage des femmes et des hommes qui connaissent au moins une méthode PF de longue durée ;
- le pourcentage des jeunes qui connaissent les effets néfastes de la grossesse précoce ;
- le pourcentage des jeunes qui connaissent les effets néfastes de l'avortement ;
- le pourcentage des jeunes qui connaissent les avantages du PF.

Le **deuxième groupe** comporte les indicateurs dont la collecte des données se fera lors d'une enquête nationale sur la qualité des soins en santé maternelle et néonatale. Ce sont :

- le pourcentage des femmes accouchées au niveau formation sanitaire qui reçoivent les soins essentiels recommandés,
- le pourcentage des Nouveau-nés (NN) au niveau des formations sanitaires qui bénéficient des soins essentiels de qualité immédiatement à la naissance y compris les soins de l'ombilic à la chlorhexidine,
- le pourcentage des NN avec un faible poids de naissance pris en charge par la méthode mère kangourou ou toute autre méthode disponible,
- le pourcentage des NN à domicile qui reçoivent les premiers soins de prévention de l'infection ombilicale par la chlorhexidine,
- le pourcentage des femmes accouchées à domicile qui reçoivent les premiers soins de prévention de l'hémorragie du post partum,
- le pourcentage des femmes présentant des signes de danger et qui reçoivent les premiers soins par les AC avant transfert,
- le pourcentage des NN présentant des signes de danger qui reçoivent les premiers soins par les AC.

Le **troisième groupe** rassemble les indicateurs à collecter dans les données émanant mensuellement des centres hospitaliers et des centres de santé de base. Ce sont :

- le taux d'opération césarienne,
- le taux de couverture des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base ou SONU-B,
- le taux de couverture des SONU-Complets,
- le taux de CPON par un personnel de santé qualifié,
- la proportion des FAR qui utilisent la méthode de longue durée réversible (segmentée par type de Méthode de Longue Durée (MLD) : Implant contraceptif, Dispositif Intra-Utérin (DIU),
- la proportion des FAR qui utilisent les contraceptifs injectables,
- le taux de visites postnatales par les Agents Communautaires,
- la proportion des femmes âgées de 25 à 49 ans ayant fait le dépistage du cancer de col,
- et la proportion des femmes âgées de 25 à 49 ans positives au dépistage du cancer de col et traitées.

Et le quatrième groupe est celui des indicateurs à recueillir au niveau central plus précisément à la Direction des Etudes et de la Planification. Ce sont :

- le pourcentage du budget national alloué à la santé,
- et le pourcentage du budget de la santé alloué à la santé de la mère et de l'enfant.

## 2. Les indicateurs essentiels de suivi des processus

Ce sont les indicateurs qui renseignent sur l'effectivité de mise en place et de dotation des ressources pour assurer la bonne réalisation des interventions. Comme pour les indicateurs des produits, ils sont regroupés selon leur mode de collecte.

Le **premier groupe** concerne les Indicateurs que le Programme « Santé Mère et Enfant » se doit, par ses propres moyens et circuits d'information, de chercher au niveau périphérique. Généralement, leur collecte se fera annuellement. Ce sont :

- le pourcentage des CSB disposant d'une case d'accueil par fokontany,
- le pourcentage des communes disposant d'un plan de référence communautaire et de moyen de référence,
- le pourcentage des Fokontany disposant d'un troisième agent communautaire de sexe féminin formée en Santé Maternelle et Néonatale Communautaire et équipée,
- le pourcentage des Communes disposant de mécanisme de financement communautaire,
- le pourcentage des instituts de formation qui intègrent dans leur programme l'enseignement du paquet d'interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale,
- le pourcentage des centres de santé réalisant l'enregistrement des naissances et des décès de la mère et du nouveau-né,
- le pourcentage des textes/documents de références sortis par rapport aux prévus,
- le nombre de jours de rupture de stock par type d'intrants,
- le pourcentage des formations sanitaires publiques et privées pratiquant des accouchements et qui font la revue des décès maternels,
- le taux de réalisation des revues intégrées au niveau des districts et des régions,
- le pourcentage des COSAN/AC supervisés.

Le **second groupe** rassemble les indicateurs à recueillir dans la base de données « Ressources » du Ministère chargé de la santé publique. Ce sont :

- le pourcentage de CHRD2 disposant de service d'ambulance,
- le pourcentage des centres de santé disposant d'eau courante ou de source améliorée d'eau propre,
- le pourcentage de CSB disposant de sage femme ou de personnel qualifié en SMN.

Le **troisième groupe** comporte les indicateurs à collecter auprès d'autres programmes ministériels. Ce sont :

- la proportion des CSB qui ont fait l'objet d'au moins une supervision intégrée et un suivi formatif par an,
- le pourcentage des régions/districts sanitaires qui font la surveillance des décès maternels et néonataux intégrée à la SIMR,
- le pourcentage de districts défaillants en termes de gestion rationnelle des intrants,
- le pourcentage de Formations Sanitaires rencontrant des ruptures de stock en outils de gestion de plus de deux mois.

## 3. Modalités du suivi

L'auto-suivi mensuel est particulièrement encouragé pour les formations sanitaires. D'ailleurs cela rentre dans le cadre de l'amélioration de l'utilisation des données. Une fiche de suivi des indicateurs, sous forme de fichier électronique, à remplir à chaque revue périodique des districts, permet aux Chefs CSB et à l'EMAD d'avoir au moment voulu la situation sur certains indicateurs.

Les suivis au niveau des formations sanitaires doivent être très rapprochés (au moins une fois par trimestre) et chaque formation sanitaire devra établir un tableau de bord de suivi des indicateurs qui sont pertinents selon le contexte et la priorité locale. La revue de la performance par les pairs constitue un mécanisme à privilégier comme modalités de suivi. Il est particulièrement important de ne pas se cantonner tout simplement à dresser les statistiques mais aussi essayer de trouver ensemble les causes des goulots d'étranglement et d'y apporter les solutions localement faisables. Cette revue de performance figure parmi les mécanismes d'instauration de l'approche de financement basé sur les résultats. Les CSB, hôpitaux, districts et régions performants recevront des primes de reconnaissance de leurs efforts.

Le suivi réalisé par le Programme se fait à travers des descentes dans les Régions et Districts et peut être mené avec la collaboration des partenaires. Le secteur privé ne devra pas être oublié dans les processus de suivi. Par ailleurs, il est important d'appliquer le principe d'intégration lors de la réalisation des activités de suivi dans un souci d'efficacité et de synergie des actions.

L'organe de coordination générale des activités de suivi est la Direction chargée de la santé de la mère et du nouveau-né. Les DRSP et les SDSP sont les acteurs-clés de ce suivi et sont exhortés à partager les résultats de l'exploitation de leurs données de suivi non seulement aux hiérarchies supérieures mais aussi auprès de tous les intervenants au niveau local.

#### 4. Modalités de l'évaluation

L'évaluation de la mise en œuvre de cette feuille de route peut revêtir plusieurs formes : soit une évaluation des capacités de gestion et d'organisation durant la mise en œuvre, soit une évaluation des structures et des ressources disponibles par rapport aux objectifs fixés, soit une évaluation de l'atteinte des résultats. Cette dernière se fera à travers les grandes enquêtes nationales comme l'EDS et l'ENSOMD et par des enquêtes avant, à mi-chemin et à la fin de la mise en œuvre.

Dans tous les cas, il est important de partager les résultats des différentes évaluations à toutes les entités impliquées dans la mise en œuvre, y compris les entités communautaires. Les revues périodiques au niveau des districts, des régions et au niveau national constituent des opportunités pour le partage des résultats des différentes activités de suivi et évaluation.

#### 5. Modalités du reporting

Les nouvelles réorientations décrites dans le Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire (PSRSIS) à Madagascar stipulent que dorénavant il n'y aura qu'un seul rapport technique émanant des Centres de Santé de Base<sup>64</sup>. Le calendrier du rapportage et le circuit d'information suivent ceux définis dans le PSRSIS (cf. Annexe 3). Toutes les informations qui ne sont pas collectées à travers le rapport mensuel des CSB devront donc être recherchées à la base par les soins du Programme lui-même. Aussi, les responsables du Programme « Santé Mère-Enfant et Reproduction » sont-ils particulièrement sollicités à mettre au point des dispositifs permettant de recueillir périodiquement ces informations supplémentaires. Les collaborations avec les techniciens des différents intervenants sur terrain s'avèrent donc incontournables. Sitôt disponibles au niveau de ces responsables de Programme, les informations devront parvenir le plus rapidement possible au Groupe Technique de Travail qui fera la synthèse.

Le Groupe Technique de Travail dresse périodiquement des rapports d'étapes comportant la situation sur les différents indicateurs de processus et de produits aux instances dirigeantes du Ministère. Ces rapports vont éclairer les prises des décisions qu'il sied devant un contexte ou une problématique donnée.

<sup>64</sup> Ministère de la Santé Publique. Plan Stratégique de Renforcement du Système d'Information Sanitaire 2013-2017, Novembre 2013.

# PLAN DE MONITORING

## 1. Principes du monitoring

Le monitoring est une technique de gestion qui grâce à l'analyse périodique des données par les équipes locales, permet de détecter les forces et les faiblesses et d'identifier les actions correctrices à mettre en œuvre en vue d'atteindre les objectifs fixés, d'améliorer la qualité des services et de suivre le progrès vers les normes de performances désirées. Le monitoring s'intéresse aux problèmes de fonctionnement plutôt qu'à l'impact épidémiologique des services sur la population cible.<sup>[65]</sup>

Les objectifs du monitoring sont de :

- s'assurer que le programme progresse conformément aux objectifs fixés (suivi du progrès) ;
- identifier les problèmes de fonctionnement ou les lacunes de performance qui entravent la bonne marche des activités ;
- analyser les causes et proposer des actions correctrices pouvant être mises en œuvre avec les ressources locales disponibles.

## 2. Modalités opérationnelles

Le monitoring se fera à trois niveaux : au niveau des districts sanitaires, au niveau des régions et au niveau national. L'Equipe de Management des Districts, l'Equipe de Management des Régions et le Groupe Technique de Travail en sont les responsables selon les modalités pratiques d'intervention de chaque niveau.

Le monitoring s'effectue par :

- la sélection des interventions à monitorer,
- la récolte continue des données,
- l'analyse approfondie et l'interprétation des données,
- l'utilisation des informations pour la prise de décision.

Les interventions à monitorer peuvent différer d'une formation sanitaire à une autre selon le contexte et les statistiques sanitaires locales. Mais, il est important de monitorer les interventions autour de l'accouchement telles que les accouchements assistés par un personnel qualifié, l'effectivité des SONUB et SONUC, les SENIN, et les soins post-nataux. La planification familiale et les soins prénataux notamment à l'endroit des adolescents et des jeunes méritent aussi un monitoring régulier. L'analyse des indicateurs permettra la rapidité des activités correctrices.

Les activités de monitoring sont des activités très consommatrices en termes de ressources temporelles. Aussi l'exhaustivité de leur réalisation s'avère-t-elle problématique. C'est ainsi que leur fréquence est toujours revue à la baisse. Néanmoins, une fréquence biannuelle est le minimum acceptable.

Ces activités de monitoring rentrent généralement dans les activités de routine pour les CSB et les districts sanitaires. Cependant, beaucoup de nos structures opérationnelles n'ont pas les compétences pour les réaliser. Des réactualisations des connaissances dans ce domaine sont alors nécessaires afin de disposer de données fiables et exploitables.

Les rapports de monitoring du niveau inférieur devront parvenir à la hiérarchie directe pour synthèse et compilation de telle sorte qu'une image d'ensemble pour le district, ou la région ou le pays puisse être dressée à partir des données remontées. Ainsi, le SDSP qui a fait le monitoring des CSB de sa juridiction enverra les résultats à la DRSP. Celle-ci compile les rapports de monitorages réalisés par les SDSP, et enverra à son tour la synthèse à la Direction chargée des Districts sanitaires. Cette dernière partagera les résultats de synthèse à la Direction chargée de la santé de la mère et du nouveau-né.

<sup>65</sup> Guide pour monitoring des interventions des programmes au niveau des centres de santé de base - Année 2012



# BUDGET

Les coûts de mise en œuvre des quatre stratégies se répartissent annuellement comme suit.

STRATÉGIES	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
STRATÉGIE 1	135 556	-	-	-	-	135 556
STRATÉGIE 2	251 880	233 553	152 502	31 078	31 078	700 091
STRATÉGIE 3	57 497 121	48 133 798	26 596 147	19 490 918	9 599 454	171 317 438
STRATÉGIE 4	2 272 324	818 784	1 068 171	1 033 171	1 068 171	6 260 622
TOTAL	60 156 881	49 186 135	27 816 820	20 555 168	20 698 703	178 413 707

A titre de rappel, les quatre stratégies sont :

- Stratégie 1.** Mise en place d'une gouvernance responsable, d'un leadership efficace et d'un cadre institutionnel favorable,
- Stratégie 2.** Renforcement de l'engagement et de la prise de responsabilités de la Communauté pour l'augmentation de l'utilisation des services,
- Stratégie 3.** Fourniture de services essentiels intégrés, de qualité et complets autour de la grossesse et de l'accouchement mettant l'accent sur la Santé des Adolescents et des Jeunes,
- Stratégie 4.** Optimisation du système de suivi et évaluation.

Le coût total de la mise en œuvre de cette feuille de route s'élève donc à 428 192 896 703 Ariary ou USD 178 413 707<sup>66</sup>. Le coût de la mise en œuvre des interventions à la première année se chiffre à 144 376 514 700 Ariary ou USD 60 156 881 et représente les 33,72 % du coût total. Durant cette première année se déroulent les activités considérées comme la base de la mise en œuvre future de la feuille de route.

A première vue, le coût total de la mise en œuvre de cette feuille de route paraît volumineux. Mais il est utile de mentionner que les 42,27 % de ce budget sont relatifs à l'amélioration et à l'équipement des centres de santé et que les coûts pour rendre disponibles tous les intrants et les outils de gestion nécessaires à la mise en œuvre des programmes constituent les 42,21 % du coût total. Il est à noter que l'acquisition des Kits individuels d'accouchement coûte 60 567 011 070 Ariary soit USD 25 236 255. L'achat des moustiquaires à imprégnation durable (MID) s'élève à 31 147 320 360 Ariary soit USD 12 978 050. Et enfin, les Kits OC coûtent 14 705 177 370 Ariary soit USD 6 127 157. Les deux rubriques relatives aux équipements et aux intrants constituent à elles seules les 84,48 % du budget total.

Le plan de mobilisation des fonds pour ce budget devra tenir compte de la capacité d'absorption financière du Ministère chargé de la santé, des domaines de prédilection de financement des bailleurs et de la disponibilité des fonds. Le tableau suivant est proposé pour avoir une vue simplifiée du budget et des ressources à mobiliser.

<sup>66</sup> 1 USD = 2 400 Ariary



STRATÉGIES	COÛTS POUR LES CINQ ANS	PART DE L'ETAT	A MOBILISER
Stratégie 1	135 556	51 891	83 665
Stratégie 2	700 091	267 995	432 096
Stratégie 3	171 317 438	65 580 315	105 737 123
Stratégie 4	6 260 622	2 396 566	3 864 056
<b>Total</b>	<b>178 413 707</b>	<b>68 296 767</b>	<b>110 116 940</b>

La part de l'Etat est estimée à 38,28 % du montant total de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

# CONCLUSION

La mise en œuvre de cette feuille de route contribue certes à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale mais elle a aussi le mérite de renforcer par la même occasion le système de santé et profite ainsi au grand nombre. Aucune réussite n'est cependant à espérer à défaut d'une couverture optimale des interventions, d'un changement radical de méthodes de travail, d'une bonne coordination et décentralisation effective, et enfin de la considération de l'aspect équité mais ciblant le grand nombre et les groupes vulnérables.

La prise de conscience de tous les acteurs concernés sur l'ampleur des problématiques de la santé maternelle et néonatale est certes requise. Mais elle doit être suivie de prise de responsabilité, d'engagement et donc de redevabilité de toutes les entités impliquées à la réalisation de la présente feuille de route.

A première vue, des ressources financières importantes doivent être mobilisées pour atteindre les objectifs. Mais une vie sauvée n'a pas de prix.

African Strategies for Health  
4301 N. Fairfax Drive, Suite 400, Arlington, VA 22203  
Telephone: +1-703-524-6575  
[AS4H-info@as4h.org](mailto:AS4H-info@as4h.org)  
[www.africanstrategies4health.org](http://www.africanstrategies4health.org)