

MCSP Madagascar - Résumé Technique

Améliorer la qualité des soins de la mère et du nouveau-né et des services de planification familiale

Novembre 2018

www.mcsprogram.org

Contexte

Le taux de mortalité maternelle a stagné à Madagascar au cours de la dernière décennie, se situant respectivement à 488 et 478 pour 100 000 naissances vivantes en 1997 et 2013. Malgré quelques progrès, la mortalité néonatale reste aussi élevée, représentant un tiers de la mortalité infantile juvénile. Ces résultats en termes de survie maternelle et néonatale tiennent de beaucoup de facteurs, notamment la faiblesse du système de santé, une faible couverture en services de santé de la mère et de l'enfant (y compris la planification

familiale post-partum) et la qualité de ces services. Selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2008–2009, pour 51% des grossesses succédant à la première grossesse, l'intervalle intergénésique était inférieur à l'intervalle optimal. Une évaluation menée par le Programme de Survie de la Mère et de l'Enfant (Maternal and Child Survival Program ou MCSP) de l'USAID en 2014 a relevé des lacunes généralisées en matière d'infrastructures, de disponibilité de médicaments essentiels, de qualité des soins pour la mère et le nouveau-né, de formation des agents de santé, de supervision et d'utilisation des données. Parmi les formations sanitaires, 56% ne disposaient pas des fournitures et médicaments pour les soins essentiels et 19% des sages-femmes n'avaient reçu aucune mise à jour sur les pratiques d'excellence basées sur les évidences en matière de la santé maternelle et néonatale (SMN). Seuls 2% des centres de santé de base (CSB), la formation sanitaire au bas de la pyramide sanitaire à Madagascar, et 52% des hôpitaux enquêtés à Madagascar pouvaient dispenser des soins obstétriques et néonataux d'urgence de base. Bien qu'un plan national sur la planification familiale post-partum (PPFP) ait été élaboré en 2015, les services de PFPP n'ont pas été intégrés à la SMN dans la pratique au démarrage du programme. Par ailleurs, il n'existe aucune stratégie ou mécanisme de suivi de l'amélioration de la qualité (AQ) de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SRMNE) qui soit sous l'égide du Ministère de la Santé Publique (MSP) dans le pays.



Une sage-femme effectuant un contrôle postnatal dans un centre hospitalier appuyé par MCSB

Photo : Karen Kasmauski/MCSP

But

Ce résumé technique porte sur l'appui que MCSP a apporté au MSP de Madagascar de 2014 à 2018 en vue de renforcer la qualité des soins de la mère et du nouveau-né et des services de planification familiale post-partum dans les centres de santé de base et hôpitaux de 16 régions, le but étant d'améliorer les résultats de santé pour les femmes et les nouveau-nés.

Approches du programme

Au **niveau national**, MCSP a travaillé avec les partenaires pour appuyer le MSP dans la mise à jour des politiques de santé de la mère et du nouveau-né et de planification familiale pour intégrer les interventions à haut impact en SMN, et dans la définition de stratégies pour la mise en œuvre de ces interventions.

MCSP a appuyé le MSP dans l'élaboration d'une Feuille de route nationale pour accélérer la réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale et la mise à jour des Normes et Protocoles nationaux ainsi que les curricula de formation en SMN, planification familiale (PF) et paludisme pour intégrer les recommandations mondiales en matière de santé de la reproduction. Par ailleurs, le programme a également introduit le cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'amélioration des soins de santé maternelle et néonatale aux niveaux central et régionaux du MSP et a mené un plaidoyer auprès du MSP pour l'élaboration d'une stratégie nationale de la qualité et la mise en place de structures d'appui à la qualité.

Au niveau des régions et districts, MCSP a travaillé étroitement avec les responsables de la santé à ces niveaux, le personnel des formations sanitaires et les partenaires pour renforcer les services intégrés de santé de la mère et de l'enfant tout le long du continuum prénatal-accouchement-postnatal, y compris les services de PFPP. La Figure 1 donne un aperçu général des principales approches du programme visant à renforcer la qualité des services de santé de la mère et du nouveau-né en fonction du type de formation sanitaire dans les régions appuyées par l'USAID. De plus amples informations sur chacune des approches sont présentées ci-après.

Principales approches dans les hôpitaux et CSB appuyés par le programme

MCSP a travaillé de près avec les homologues du MSP aux niveaux national, régional et district ainsi qu'avec des cliniciens experts (infirmiers, sages-femmes et médecins) pour renforcer les compétences des agents de santé, le niveau de préparation des formations sanitaires, l'organisation des services de SMN et l'utilisation de données pour la décision, élargissant graduellement ses appuis pour couvrir 816 formations sanitaires (753 CSB et 63 hôpitaux) dans 16 régions. En collaboration avec les responsables du MSP au niveau district, il a apporté des appuis supplémentaires aux agents de santé des CSB pour l'utilisation d'un tableau de bord d'indicateurs en SMN et en PFPP et pour le rapportage des résultats mensuellement en vue de compilation. Ces appuis ont commencé avec 180 CSB dans 4 régions en 2014 et s'étaient élargis à 513 CSB de 16

régions à la fin du programme. Le Tableau 1 relève les approches de programme appuyées par MCSP pour renforcer les soins de SMN et les services de PFPP, travaillant de près avec les homologues du MSP aux niveaux national, régional et district ainsi qu'avec les agents de santé de première ligne.

Travaillant sur l'ensemble des niveaux du système, MCSP met en œuvre un ensemble de principes fondamentaux de la qualité pour appuyer les pays dans la conception et la mise en œuvre d'activités en faveur de la qualité qui se fondent sur les besoins de santé des familles, les priorités des pays, les atouts locaux et les structures existantes dans le pays



Figure 1 : Aperçu des principales approches dans les formations sanitaires appuyées

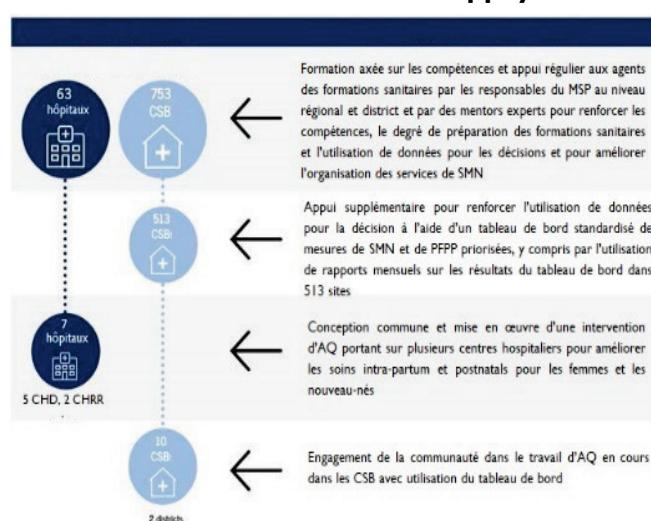
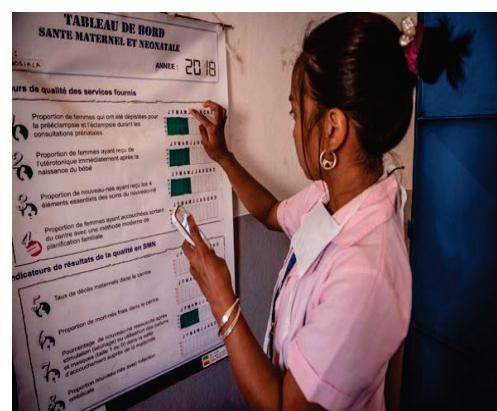


Tableau I : Principales approches de programme pour renforcer les services de SMN et de PFPP dans les CSB et les centres hospitaliers

Toutes les formations sanitaires appuyées par MCSP	Approches appuyées par MCSP
Toutes les formations sanitaires appuyées (753 CSB et 63 hôpitaux) dans 16 régions	<ul style="list-style-type: none"> Formation en cascade basée sur l'acquisition des compétences en matière de SMN et de PFPP dispensée aux agents de santé sur le lieu de travail par petites doses utilisant un curriculum révisé en SRMNE sous la conduite de formateurs cliniciens nationaux et régionaux du MSP, avec l'appui de MCSP Renforcement périodique des compétences en SMN et PFPP à travers la pratique sur le lieu de travail, la supervision formative, et un mentorat sur site et à distance par des cliniciens mentors, avec l'appui de MCSP Supervision et mentorat des agents des formations sanitaires par les responsables du MSP aux niveaux régional et district pour évaluer et améliorer la capacité des formations sanitaires à fournir des services (par exemple, par le suivi des principaux intrants), l'organisation des services de SMN et de PFPP (par exemple, en affinant le flux des patientes en consultation prénatale, en réorganisant les salles de travail et d'accouchement), et les compétences essentielles des prestataires de soins (clinique, AQ, utilisation des données) Dotation par le programme de certains équipements essentiels (par exemple, tensiomètres, stéthoscopes, kits de réanimation du nouveau-né) de manière à permettre aux formations sanitaires d'offrir des soins prénatals et de soins d'accouchement de base ainsi que des méthodes contraceptives de longue durée avant la sortie de la maternité
513 CSB recevant un appui supplémentaire pour le suivi du tableau de bord de mesures communes de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> Formation et supervision des agents de santé des CSB par les responsables de district appuyés par le programme pour produire, utiliser et analyser les résultats mensuels pour des indicateurs communs de la qualité en matière de SMN et de PFPP à l'aide d'un tableau de bord standard Utilisation d'un tableau de bord mural plastifié par le personnel des CSB pour visualiser et interpréter les données en vue de guider les actions d'amélioration de la performance sur les indicateurs du tableau de bord Compilation périodique des résultats de l'ensemble des CSB sur une plateforme électronique par le programme et mise à la disposition des responsables et de district (tous les CSB ont envoyé leurs résultats par SMS chaque mois) Appui aux personnels des CSB par les responsables au niveau régional et district (avec l'appui de MCSP) pour assurer la qualité des données dans le cadre des visites de supervision des formations sanitaires et les séances de mentorat Transfert de la plateforme électronique de tableau de bord appuyé par le programme vers le MSP pour en garantir l'utilisation après la clôture du programme

Appui supplémentaire en matière d'AQ dans cinq centres hospitaliers régionaux et deux centre hospitaliers de district

Dans cinq centres hospitaliers régionaux et deux centres hospitaliers de district, MCSP a apporté un appui supplémentaire pour la conception commune et la mise en œuvre d'une intervention d'AQ visant à améliorer la qualité des services d'accouchement tant pour les soins de routine que pour les soins d'urgence chez la femme et le nouveau-né. Le programme a collaboré avec des responsables du MSP aux niveaux régional et de district pour définir un ensemble d'objectifs d'amélioration communs et mesurables ainsi que des indicateurs de la qualité axés sur des interventions à haut niveau d'impact, basée sur les priorités locales et sur les lacunes en matière de qualité des soins. Ces améliorations communes à l'ensemble des sept centres hospitaliers sont axées sur plusieurs objectifs dans la première phase :



Une sage-femme remplissant le tableau de bord dans un CSB appuyé par MCSP
Photo : Karen Kasmauski/MCSP

- Améliorer les soins intégrés de routine de la mère et du nouveau-né durant la période intra-partum et postnatale (par exemple, faire le monitoring du travail, administrer immédiatement un utérotonique pour prévenir l'hémorragie postpartum (HPP), fournir les soins essentiels du nouveau-né)
- Améliorer la détection et la prise en charge du travail prolongé
- Améliorer la prise en charge de l'asphyxie du nouveau-né
- Améliorer la détection et la prise en charge de l'HPP

Les équipes de management du MSP aux niveaux régional et de district (avec l'aide de MCSP) ont appuyé la formation et la mise en œuvre par les équipes AQ des formations sanitaires afin de réaliser les objectifs d'amélioration communs définis. Les équipes AQ des centres hospitaliers ont identifié des goulots d'étranglement critiques dans les processus de soins et dans les fonctions de gestion. Elles ont apporté des changements en vue de résoudre ces goulots d'étranglement et ont fait le suivi, la visualisation et l'analyse des tendances par rapport aux indicateurs communs de la qualité afin de mesurer les progrès.

Appui supplémentaire à 10 CSB en matière d'engagement de la communauté

Dans 10 CSB de la région de Vakinankaratra, le programme a travaillé avec les Equipes de Management de District (EMAD) pour engager la communauté à contribuer à renforcer les services en SMN et PFPP, à accroître l'utilisation des services de SMN par les femmes et les familles et à promouvoir la recherche de soins et l'accès aux soins pour les femmes et les nouveau-nés présentant des complications. Travaillant avec les EMAD et les partenaires, dont le projet Mikolo financé par l'USAID, il a appuyé la mise en place et les réunions périodiques des équipes au niveau du CSB regroupant des membres de la communauté et des agents de santé des CSB. Parmi les représentants de la communauté figurent les maires ainsi que des membres de certains comités communautaires. Les maires et les membres de la communauté se réunissent régulièrement avec le personnel des CSB pour décider des domaines d'amélioration prioritaires et exécuter des plans d'action. Ces CSB font le suivi d'indicateurs de performance qui sont les mêmes que ceux de l'ensemble des CSB appuyées par le programme.

Résultats

Résultats pour les 513 CSB appuyés par le programme qui ont fait le suivi périodique des indicateurs de qualité de soins du tableau de bord commun

Les 513 CSB bénéficiaires de l'appui supplémentaire en utilisation de données pour la prise de décision ont obtenu les résultats présentés ci-après entre octobre 2015 et juin 2018. Des changements apportés par le personnel des CSB afin d'améliorer la qualité des soins de SMN et de PFPP de manière à réaliser les résultats mesurés sont donnés ci-après à titre illustratif.

- La proportion de femmes ayant bénéficié du dépistage de la pré-éclampsie et de l'éclampsie par la prise systématique de la tension artérielle durant les consultations prénatales (CPN) a augmenté de 41% en octobre 2015 à 96% en juin 2018 (N= 1 002 989 consultations prénatales au cours desquelles la tension des femmes a été prise).
- La proportion de femmes recevant un utérotonique immédiatement après l'accouchement pour réduire les risques de HPP a augmenté de 85% en octobre 2015 à 98% en juin 2018 (N=188 264 femmes en postpartum recevant immédiatement un utérotonique).



Un prestataire prend la tension artérielle pendant une CPN. Le tableau de bord des indicateurs du CSB est visible à l'arrière.
Photo : Karen Kasmauski/MCSP

- La proportion de nouveau-nés présentant une asphyxie (ne pleurant pas ou ne criant pas) à la naissance qui ont été correctement réanimés suite a augmenté de 71% en octobre 2015 à 90% en juin 2018 (N=13 663 nouveau-nés présentant une asphyxie et correctement réanimés).
- La proportion de femmes accouchées qui ont adopté une méthode de PF de leur choix avant la sortie de l'hôpital a augmenté de 8% en mars 2016 à 21% en juin 2018 (N= 28 204 femmes en post-partum adoptant une PFPP de leur choix – la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée étant non comptabilisée) (voir Figure 3).
- Le ratio de mortalité maternelle dans les CSB a baissé de 242 décès maternels pour 100 000 accouchements (naissances vivantes ou mort-nés) à 20 décès maternels pour 100 000 accouchements entre août 2015 et juin 2018 (N= 151 décès maternels et 183 483 naissances vivantes) (voir Figure 4).
- Le taux de mort-nés frais dans les formations sanitaires a diminué de 16,4 à 8,4 mort-nés pour 1 000 naissances d'août 2015 à juin 2018 (N=183 483 nouveau-nés ; 2 035 mort-nés frais) (voir Figure 5).

Changements fréquents apportés par les agents de santé des CSB

- Réorganisation du circuit des patientes lors de la CPN pour faciliter une prise systématique de la tension artérielle chez toutes les femmes enceintes (par exemple, prise de tension artérielle par du personnel auxiliaire à l'arrivée de la femme pour la CPN)
- Réorganisation des espaces pour la CPN et les soins d'accouchement de manière à accélérer la provision des interventions cliniques à haut impact et à assurer la disponibilité immédiate des produits et médicaments essentiels (pour les soins de routine et la prise en charge des complications)
- Mise en place et pré-positionnement de kits prêt-à-l'emploi pour les soins obstétriques et néonataux dans la salle d'accouchement à chaque accouchement pour permettre les soins de routine essentiels et la prise en charge des complications obstétriques et néonatales (par exemple, un linge propre pour sécher et envelopper l'enfant, une seringue remplie à l'avance d'ocytocine pour administration immédiate en postpartum en vue de la prévention de l'HPP, sulfate de magnésium pour le traitement de la PE/E ; et ballon et masque de réanimation du nouveau-né, habituellement gardés dans le bureau du major de service par le passé).
- Counseling sur la PFPP durant les CPN et le travail et application du choix éclairé pour guider l'offre systématique de méthodes de PFPP à la femme avant sa sortie de la formation sanitaire, y compris le dispositif intra-utérin (DIU) ou un implant en postpartum immédiat si tel est le choix de la femme.

Figure 2. Augmentation du pourcentage de femmes bénéficiant de dépistage de la PE/E par la prise de tension artérielle lors des CPN (N=1 002 989 CPN au cours desquelles la tension des femmes a été prise dans 531 CSB)



Figure 3. Augmentation du pourcentage de femmes en postpartum qui sont sorties des CSB avec une méthode PF de leur choix (N= 28 204 femmes en postpartum qui sont sorties des 531 CSB avec une méthode PF de leur choix, la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée n'est pas comptabilisée).



Figure 4. Baisse du taux de mortalité maternelle dans les CSB (N = 183 483 femmes ayant accouché et 151 décès maternels dans 513 CSB)



Figure 5. Baisse des taux de morts nés frais dans les CSB (N = 183 483 naissances (vivantes ou mortes) et 2 035 morts nés frais dans 531 CSB)

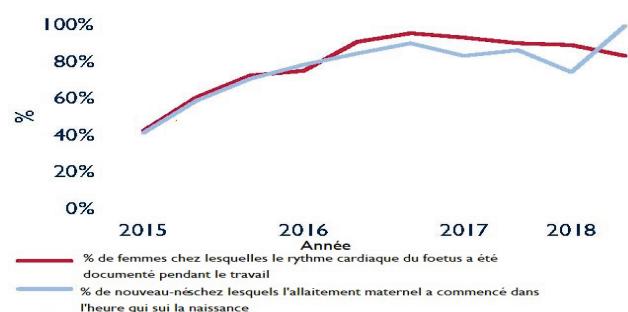


Résultats pour les centres hospitaliers ayant reçu un appui supplémentaire pour l'AQ

Les centres hospitaliers ayant participé à la conception et la mise en œuvre d'interventions d'amélioration de la qualité des soins intégrés intrapartum et postnatals pour les femmes et les nouveau-nés ont pu mesurer plusieurs améliorations des soins. Comme la durée des activités dans les centres hospitaliers de district a été plus courte (ils se sont joints au programme d'AQ près d'un an après les centres hospitaliers régionaux), les résultats présentés ont trait aux cinq centres hospitaliers régionaux. Ils ont dispensé des soins lors de 10 017 naissances sur les 27 mois qu'a duré l'intervention d'AQ (décembre 2015 à mars 2018).

- La proportion de femmes en travail pour lesquelles le rythme cardiaque du fœtus a été documenté a augmenté de 42% au début de l'intervention d'AQ en décembre 2015 à 83% en mars 2018 (N = 8 103 accouchements avec documentation du rythme cardiaque du fœtus) (voir Figure 6).
- La proportion de nouveau-nés bénéficiant d'initiation précoce de l'allaitement maternel a augmenté de 44% en décembre 2015 à 99% en mars 2018 (N = 7 022 naissances vivantes chez qui l'allaitement maternel a débuté dans la première heure dans cinq centres hospitaliers régionaux) (voir Figure 6).
- La proportion de femmes présentant une HPP qui ont été traitées avec un utéronotique thérapeutique a augmenté de 40% en décembre 2015 à 100% en mars 2018 (N = 99 femmes diagnostiquées comme présentant une HPP et traitées avec un utéronotique dans cinq hôpitaux régionaux) (voir Figure 7).
- Le taux de mortalité néonatale (avant la sortie) des centres hospitaliers régionaux a baissé de 35 décès néonataux à 8 décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes respectivement au début de l'intervention d'AQ en décembre 2015 et en mars 2018, en cohérence avec les améliorations notées dans les soins intrapartum et postnatal du nouveau-né (N= 211 décès de nouveau-nés avant la sortie d'hôpital) (voir Figure 8).

Figure 6. Augmentation du pourcentage de femmes en travail chez qui le rythme cardiaque du fœtus a été documenté et augmentation du pourcentage de nouveau-nés chez qui l'allaitement maternel a débuté dans l'heure qui suit la naissance, décembre 2015 - mars 2018 (N=8 013 accouchements pour lesquels le rythme cardiaque du fœtus a été documenté et 7 022 naissances vivantes pour lesquelles l'allaitement maternel a été lancé dans cinq centres hospitaliers régionaux)



Illustrations de changements apportés les équipes d'AQ des centres hospitaliers

- Plan de repérage et remaniement du circuit de soins des patients pour améliorer le flux, l'efficience et la prestation d'interventions à haut impact, y compris l'affichage d'informations sur le circuit des patientes à l'accueil de la maternité
- Renforcement de la coordination entre départements des hôpitaux pour accélérer la prestation des soins requis (par exemple, en optimisant la coordination entre le personnel de la maternité et de la banque de sang pour accélérer les transfusions pour les femmes présentant une HPP, en améliorant les processus et les protocoles de communication pour que le pédiatre de l'hôpital (ou néonatalogiste) puisse prendre des mesures et intervenir rapidement auprès des nouveau-nés présentant des complications).
- Renforcement de l'adhérence aux directives nationales pour le suivi systématique des femmes et des nouveau-nés après la naissance en vue de détecter les signes de danger et les complications (par exemple, en évaluant la respiration du nouveau-né ou le saignement chez la femme en postpartum) Mise en place et pré-positionnement d'un kit d'urgence obstétrique contenant de l'ocytocine et du sulfate de magnésium dans la maternité pour améliorer la prise en charge de l'HPP et de la PE/E dans les meilleurs délais
- Pré-positionnement d'un ballon et d'un masque de réanimation du nouveau-né dans la salle d'opération où les césariennes sont effectuées (avant le travail d'AQ, les nouveau-nés présentant une asphyxie étaient transportés de la salle d'opération à une unité distincte de l'hôpital pour la réanimation).

Figure 7. Augmentation du pourcentage de femmes diagnostiquées pour HPP et traitées avec un utérotonique (N = 99 femmes diagnostiquées comme présentant une HPP et traitées avec un utérotonique dans les 5 centres hospitaliers régionaux)



Résultats des CSB recevant un appui supplémentaire pour l'engagement de la communauté

Les agents de santé des CSB et les homologues issus de la communauté se sont réunis périodiquement pour examiner les résultats dans le tableau de bord des indicateurs et pour prioriser et mettre en œuvre des activités visant à améliorer les infrastructures de la formation sanitaire et l'environnement de travail pour les femmes, les familles et les agents de santé. Les membres de la communauté et les agents de santé des CSB ont mené les activités suivantes, entre autres :

- Construction ou rénovation de toilettes et de douches pour les parturientes pour leur permettre de se laver. Dans plusieurs CSB, cette action comprenait l'installation de tuyauterie pour assurer un approvisionnement en eau courante.
- Construction d'une aire d'attente couverte pour les femmes et les familles venant pour la CPN et d'autres services
- Affichage de plan de masse et des signes de repérage (ex : panneau d'indication de la direction du CSB)
- Communication des avantages de la SRMNE dans les CSB par les chefs de village et autres membres de la communauté lors de manifestations communautaires

Figure 8. Baisse du taux de mortalité néonatale avant sortie de l'hôpital (N = 9 321 naissances vivantes ; 211 décès de nouveau-nés avant sortie d'hôpital dans les 5 centres hospitaliers régionaux)



- Collaboration régulière entre agents de santé des CSB et les agents communautaires pour sensibiliser les population, y compris les familles, les nouveaux mariés et les femmes enceintes, sur l'importance de la CPN et l'accouchement, le suivi post-vaccination et les services de santé dans les CSB

Conclusions et recommandations

- Les responsables et les agents de santé des formations sanitaires peuvent mesurer et améliorer la qualité des soins intégrés de la mère et du nouveau-né ainsi que la PFPP à une échelle relative et sur un court délai, même si le système de santé est fragile et n'est pas doté de stratégie nationale de la qualité de la SRMNE ou de structures locales d'AQ.
- Il est nécessaire d'assurer le suivi de manière continue pour évaluer la pérennité des résultats de programme.
- Selon les constats, le suivi des améliorations des indicateurs de santé dans plusieurs formations sanitaires et régions a renforcé la motivation des agents de santé de première ligne et des responsables aux niveaux régionales.
- La capacité des agents de santé en matière d'AQ et la qualité des données de santé de routine ont représenté des défis tout au long de la mise en œuvre du programme. Il est essentiel de disposer d'un processus régulier d'assurance qualité des données et de renforcer les capacités des agents de santé matière d'AQ. La faible fréquentation des centres hospitaliers de district par rapport aux centres hospitaliers régionaux pour la prise en charge des complications maternelles et néonatales peut indiquer un manque de confiance de la communauté par rapport à la qualité des soins dans la première catégorie de formation sanitaire. Le MSP devrait investir dans l'amélioration des soins pour les complications obstétricales et néonatales dans les centres hospitaliers de district en faisant participer les agents de santé des centres hospitaliers régionaux qui ont apporté d'améliorations substantielle en matière de SMN et peuvent donc offrir un mentorat aux centres hospitaliers de district.
- Le leadership et l'engagement des responsables et des agents de santé aux niveaux régional, district et formation sanitaire sont essentiels pour améliorer et maintenir la qualité de soins.
- Les approches programmatiques ont été mises en œuvre en collaboration étroite avec les responsables aux niveaux régional, district et formation sanitaire en tenant compte du fonctionnement et des activités quotidiennes dans le système de santé malgache. Le MSP devrait investir dans un appui permanent aux approches d'amélioration continue menées par les acteurs du MSP et des partenaires sur l'ensemble du système de santé et devrait assurer le leadership d'un tel appui pour maintenir et élargir les acquis mesurés.
- Le MSP devrait investir dans le suivi permanent des indicateurs de qualité de soins de SRMNE (par exemple, à travers les tableaux de bord de CSB et des centres hospitaliers) et apporter son appui à ce suivi afin d'éclairer la stratégie nationale et les processus de gestion aux niveaux régional et district et guider les améliorations continues des services de SRMNE et des résultats de santé des femmes et des enfants.
- Le MSP devrait investir et assurer le leadership dans l'élaboration d'une stratégie nationale de la qualité budgétisée ainsi que la mise en place de structures opérationnelles et de processus de mise en œuvre associés à cette stratégie à tous les niveaux du système (par exemple, points focaux de la qualité au niveau district et suivi périodique des indicateurs de qualité et apprentissage partagé).

L'AQ à l'œuvre

Latifah est née prématurément le 29 août 2017 à 34 mois. Elle ne pesait que 2,2kg et ne respirait pas par elle-même à la naissance. Elle doit d'être encore en vie à la célérité de l'intervention de la sage-femme Malala, une des cinq sages-femmes formées sur la réanimation du nouveau-né au centre hospitalier régional de référence (CHRR) de Vakinankaratra, avec l'appui de MCSP. L'équipe AQ de cette formation sanitaire a apporté plusieurs changements en vue d'améliorer les soins du nouveau-né présentant une asphyxie. L'un de ces grands changements consistait à permettre aux sages-femmes formées d'effectuer la réanimation du nouveau-né dans la salle d'accouchement ou d'opération au lieu que le nouveau-né soit transporté ailleurs à une unité néonatale. Autre changement, un ballon et un masque de réanimation doivent être disponibles en permanence dans la salle d'opération pour les bébés nés par césarienne. Depuis l'introduction de l'initiative d'AQ en décembre 2015, 82 nouveau-nés ont pu être réanimés dans le CHRR de Vakinankaratra.



Latifah dans l'unité néonatale.
Photo : MCSP v

Ce travail a été possible grâce au généreux soutien du peuple Américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), conformément aux dispositions de l'Accord de Coopération AID-OAA-A-14-00028. Les contenus relèvent du Programme de Survie de la Mère et de l'Enfant et ne reflètent pas nécessairement les visions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.