



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Maternal and Child Health  
Integrated Program

**Tandem**  
Communication & Research

# 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



Justin Ranjalahy Rasolofomanana  
Jean Pierre Rakotovao  
Eva Bazant  
Vandana Tripathi

Auteurs :

Justin Ranjalahy Rasolofomanana, Enseignant en Recherche en santé publique à la Faculté de Médecine de l'Université d'Antananarivo, Madagascar, Tandem SARL Jean Pierre Rakotovao, Directeur de projet, MCHIP Madagascar Eva Bazant, Conseillère principale en suivi, évaluation et recherche, MCHIP/Jhpiego Vandana Tripathi, Consultante

Le Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP in English) est le programme phare du Bureau pour la Santé Mondiale de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) en matière de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). MCHIP vient en appui aux programmes de SMNI, de vaccination, de planification familiale, de lutte contre le paludisme et le VIH/SIDA et encourage fortement les opportunités d'intégration des programmes. Ses domaines d'intervention transversaux incluent l'eau, l'assainissement, l'hygiène, la santé urbaine et le renforcement des systèmes de santé.

Photos (couverture) prises par Jean Pierre Rakotovao

Publié par :

Jhpiego  
Brown's Wharf  
1615 Thames Street  
Baltimore, Maryland 21231-3492, Etats-Unis  
[www.jhpiego.org](http://www.jhpiego.org)

Décembre 2011

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	v
LISTE DES FIGURES .....	vi
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES .....	vii
REMERCIEMENTS .....	ix
RESUME EXECUTIF.....	xi
Aperçu General/Contexte.....	xi
But Et Objectifs de l'Etude .....	xi
Methodes .....	xi
Constats .....	xii
Recommandations.....	xiii
Recommandations en Matière de Politiques Nationales.....	xiii
Recommandations Générales sur l'État des Formations Sanitaires d'Être Prêtes a Offrir les Services .....	xiii
Recommandations Spécifiques aux Composantes .....	xiv
<b>1. INTRODUCTION ET CONTEXTE .....</b>	<b>1</b>
<b>2. BUT ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....</b>	<b>2</b>
Questions d'Etude .....	3
<b>3. METHODES.....</b>	<b>4</b>
3.1 Conception de l'Etude.....	4
3.2 Outils de Collecte de Donnees .....	4
Grille d'Observation des SPN .....	4
Grille d'Observation du T&A .....	4
Etat des Lieux des Formations Sanitaires .....	4
3.3 Echantillons Prevus.....	5
Formations Sanitaires .....	5
Agents de Santé.....	5
Consultations T&A et SPN .....	6
3.4 Collecte de Donnees .....	6
3.5 Gestion et Analyse des Donnees.....	7
3.6 Approbation sur le Plan Ethique .....	7
<b>4. RESULTATS.....</b>	<b>7</b>
4.1 Echantillons Reels .....	7
Caractéristiques des Formations Sanitaires Évaluées.....	7
Caractéristiques des Prestataires Interviewés.....	9
4.2 Disponibilite des Medicaments et Fournitures Essentiels .....	10
Etat des Lieux Général et Infrastructures de la Formation .....	10
Disponibilité des Articles pour Assurer la Qualité de l'Accouchement .....	10
Fournitures Essentielles pour un Accouchement Normal et un Accouchement avec Complications..	11
Fonctions Signal des SONU Complets Effectuées au Cours des Trois Derniers Mois.....	12
4.3 Connaissances et Competences des Prestataires de Soins de Sante .....	16
Connaissance de la Santé de la Mère et du Nouveau-Né.....	16
Cas Fictif de Pré-Éclampsie/Éclampsie .....	18
Simulation de Réanimation d'un Nouveau-Né.....	18

4.4 Observations des Soins Prenataux .....	18
4.5 Observations du Travail et de l'Accouchement .....	21
4.6 Observations des Cas de Complications .....	25
Récapitulatif de la Prise en Charge des cas de Suspicion de Pré-éclampsie/Éclampsie Observés à Madagascar (N = 10) .....	25
Récapitulatif de la Prise en Charge des Cas de Suspicion d'Hémorragie Post-Partum Observés à Madagascar (N = 15).....	27
Récapitulatif .....	29
<b>5. CONCLUSIONS .....</b>	<b>30</b>
5.1 Synthèse des Résultats .....	30
Soins Périnataux .....	31
Prévention des Infections.....	31
Travail et Accouchement sans Complication .....	32
Pré-éclampsie/Eclampsie.....	33
Obstruction du Travail/Travail Prolongé .....	34
Hémorragie du Post-Partum .....	34
Réanimation du Nouveau-Né .....	35
5.2 Constats Sur l'Ensemble des Thèmes et Discussion.....	35
Niveau des Formations d'Être Prêtes à Fournir de Services.....	35
Écarts Entre Niveau des Formations d'Être Prêtes à Fournir de Services et Services Dispensés .....	35
Prestation de Services .....	36
Connaissances.....	36
5.3 Limites .....	37
5.4 Comparaison des Constats à Ceux de l'Enquête Démographique et de Santé à Madagascar (2008–2009).....	38
Soins Périnataux.....	38
Soins à l'Accouchement et Allaitement Maternel .....	39
<b>6. RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>39</b>
6.1 Recommandations en Matière de Politique Nationale.....	39
6.2 Recommandations Portant sur l'Ensemble des Composantes et en Rapport avec le Niveau des Formations Sanitaires d'être Prêtes à Fournir de Services .....	41
6.3 Recommandations par Composante : SPN .....	42
Prévention des Infections.....	42
Travail et Accouchement .....	42
Pré-Éclampsie/Éclampsie .....	42
Obstruction du Travail/Travail Prolongé .....	42
Hémorragie du Post-Partum.....	43
Réanimation du Nouveau-Né .....	43
6.4 Diffusion et Étapes Suivantes .....	43
<b>7. ANNEXES .....</b>	<b>44</b>
Annexe 7.1. Liste des Formations Sanitaires Participant à l'Étude .....	44
7.2. Annexe 2. Liste des Normes et Standards Pour les Formations Sanitaires Offrant des Services de Santé Maternelle et de Planification Familiale à Madagascar.....	45
<b>REFERENCES.....</b>	<b>46</b>

# LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1. Interventions/Taches Évaluées et Complications Étudiées dans l'Enquête QDS.....	3
Tableau 2. Caractéristiques des Prestataires et des Formations Echantillonnés.....	8
Tableau 3. Caractéristiques de l'Utilisation du Partogramme .....	23
Tableau 4. Récapitulatif de la Prise en Charge des Cas de Suspicion de PE/E .....	27
Tableau 5. Récapitulatif de la Prise en Charge des Cas de Suspicion d'HPP.....	30

# LISTE DES FIGURES

---

Figure 1. 1. Type d’Affiliation et Type des Formations Sanitaires Évaluées (n = 36).....	7
Figure 2. 1. Disponibilité d’Articles Pour Assurer la Qualité de l’Accouchement.....	11
Figure 2. 2. Fournitures Essentielles Pour un Accouchement Normal et un Accouchement avec Complications et Pour les Soins Néonataux Essentiels .....	12
Figure 2. 3. Proportion des Centres Ayant Rapporté Qu'ils Ont Proposé des "Fonctions Signal" Pendant les Trois Derniers Mois.....	13
Figure 2. 4. Médicaments, Fournitures et Équipements Pour les Fonctions Signal.....	14
Figure 2. 5. Disponibilité des Articles Supplémentaires pour les Fonctions Signal .....	15
Figure 2. 6. Eléments des SPN Systématiquement Proposés .....	15
Figure 3. 1. Score Moyen pour la Connaissance des Prestataires de Soins de Santé .....	17
Figure 4. 1. Etat de Santé Actuel et Évaluation de la PE/E.....	19
Figure 4. 2. Première Consultation Prénatale et Traitements Préventifs.....	20
Figure 4. 3. Clientes de SPN Conseillées .....	20
Figure 5. 1. Pratiques essentielles Pendant le T&A .....	21
Figure 5. 2. Communication Interpersonnelle et Prévention des Infections Pendant le Travail et l’Accouchement .....	22
Figure 5. 3. Contrôle de Pré-Eclampsie/Eclampsie Pendant le T&A .....	22
Figure 5. 4. Utilisation du Partogramme Complet (Toutes les Naissances).....	23
Figure 5. 5. Réalisation de Chacune des Etapes de la GATPA Pendant les Accouchements Observés.....	24
Figure 5. 6. Observation de la Conformité à Toutes les Etapes Correctes de la GATPA Pendant l’Accouchement.....	24
Figure 5. 7. Soins du Nouveau-Né.....	25
Figure 5. 8. Pratiques Nuisibles et non Recommandées : Fréquence Moyenne dans les Observations.....	25

# ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

---

ACCESS	Access to Clinical and Community Maternal, Neonatal and Women's Health Services
AMDD	Adverting Maternal Death and Disability
CIP	Communication Interpersonnelle
CPN	Consultation Périnatale
EPS	Evaluation de la Prestation de Services
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GATPA	Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
IMPAC	Boîte à outils pour la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MCHIP	Programme intégré de santé maternelle et infantile
MFE	Médicaments, Fournitures et Equipements
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MinSan	Ministère de la Santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PE/E	Pré-Eclampsie/Eclampsie
PI	Prévention des infections
POPPHI	Projet de prévention de l'hémorragie post-partum
PTME	Prévention de la Transmission (du VIH) de la Mère à l'Enfant
QdS	Qualité des Soins
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
RN	Réanimation du Nouveau-né
SEN	Soins Essentiels du Nouveau-né
SIGS	Système d'Information pour la Gestion de la Santé
SMN	Santé Maternelle et Néonatale
SNU	Soins Néonataux d'Urgence
SONU	Soins Obstétriques et Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétriques d'Urgence
SPN	Soins Périnataux
T&A	Travail et Accouchement
TPIg	Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise



# REMERCIEMENTS

---

Les auteurs voudraient remercier les différentes institutions et certaines personnes pour leurs contributions aux différentes phases de l'étude et de la préparation du rapport. Nous les remercions pour leur collaboration dans la collecte de données sur la qualité de soins de santé maternelle et néonatale pour la prévention et la prise en charge des complications à Madagascar.

Pour leur précieux appui, nous voudrions remercier :

- Le Ministre de la Santé de Madagascar et toute son équipe
- Le Comité d'éthique de Madagascar chargé de l'approbation de l'étude

Pour leur collaboration, nous voudrions remercier :

- Les Directeurs des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers régionaux de référence ou de district
- Le Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant
- Les bureaux exécutifs des centres de santé
- Le Directeur des centres de santé
- Les Médecins Inspecteurs des districts couverts par l'étude.

Les conseils de l'équipe de l'étude multi-pays sur la qualité des soins au sein du Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) ont été particulièrement utiles dans la préparation, la planification de l'étude et la collecte des données. Nous remercions en particulier Barbara Rawlins, Heather Rosen, David Cantor et Bob Bozsa. Nos remerciements vont également à Emily Keyes et Patsy Baley de AMDD qui nous ont donné le plan de sondage des formations sanitaires et les données sur le nombre de cas vus dans ces formations sanitaires.

Nos remerciements s'adressent également au Comité d'Ethique de la Faculté de Santé Publique Johns Hopkins Bloomberg qui a donné son approbation à l'étude.

Merci à Charlotte Raharotiana de TANDEM SARL et Gloriose Abavisenga de Jhpiego Rwanda, formateurs cliniques, pour leur participation à la formation des collecteurs de données à Antananarivo ; à Anja Noeliarivelo et ses collègues de TANDEM SARL pour leur efficacité dans la planification et la mise en œuvre de la logistique de la collecte de données ; à Susan Moffson de MCHIP Madagascar et Rachel Favero de Jhpiego Baltimore pour la coordination de la traduction et la mise en forme du rapport ; à Patricia Gomez et Pr Blami Dao de Jhpiego pour leur expertise clinique pour la revue du rapport ; à Alisha Horowitz et Courtney Beardsworth de Jhpiego pour leur appui dans l'édition et la mise en forme.

Nous voulons remercier les collecteurs de données cliniques à Madagascar pour leurs efforts et leur dévouement durant l'étude : certains d'entre eux ont eu à parcourir de grandes distances pour parvenir aux formations sanitaires. Merci aux responsables des formations sanitaires où l'étude a été réalisée pour leur approbation et aux agents de santé pour leur coopération.

Nous remercions tout spécialement les femmes qui nous ont permis d'observer leurs consultations prénatales et leurs accouchements.

Finalement, nous voulons exprimer notre appréciation à l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) à Washington et à Madagascar, en particulier Dr Jocelyne Andriamiadana de l'USAID/Madagascar.

Ce programme et cette étude ont été réalisés grâce au soutien généreux du peuple américain par le canal de l'USAID au titre de l'Accord de coopération GHS-A-00-08-00002-000 conclu avec un Chef de file et ses associés. Le contenu de ce rapport relève de la responsabilité de MCHIP et ne reflète pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.

# RESUME EXECUTIF

---

## APERÇU GENERAL/CONTEXTE

Si l'on veut réduire la mortalité maternelle et néonatale au niveau mondial et aider les pays à atteindre leurs cibles pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement 4 et 5, il est important d'améliorer la qualité des soins de santé dispensés dans les formations sanitaires visant à prévenir et à traiter les complications fréquentes chez la mère et le nouveau-né. Madagascar a de gros défis à relever avant de pouvoir satisfaire aux besoins en santé maternelle et néonatale de ses 19,5 millions habitants. Le ratio de mortalité maternelle était estimé à 498 décès pour 100 000 naissances vivantes selon la dernière Etude Démographique et de Santé (EDS 2008-2009)<sup>1</sup>. Le risque qu'une femme malgache décède d'une cause liée à la maternité au cours de sa vie est de 1 sur 45. Ces statistiques accablantes témoignent de la nécessité d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Le Gouvernement malgache a pris des mesures importantes pour améliorer les SONU, notamment l'approbation de politiques nationales spécifiques, l'ajout de médicaments à la liste nationale des médicaments essentiels et l'autorisation des sages-femmes à réaliser des interventions salutaires. Malgré les avancées résultant de ces mesures, il reste encore d'importantes lacunes.

## BUT ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'étude sur la Qualité des Soins (QdS) menée par le Programme de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP) à Madagascar sur financement de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) a été conçue pour compléter et élargir les évaluations antérieures de la qualité des soins maternels et néonataux ainsi que l'accès à ceux-ci, en accordant une attention particulière à l'observation des prestataires durant les soins prénatals et les accouchements pour voir l'application d'interventions salutaires pour prévenir ou prendre en charge les complications les plus courantes.

Les objectifs de l'étude multi-pays étaient de :

- Orienter la planification programmatique pour l'amélioration de la qualité des services de soins maternels et néonataux de chaque pays et au niveau mondial
- Elaborer des outils de collecte de données pratiques et rapides et des indicateurs composites
- Générer des estimations de référence, et à répétition, des estimations finales, dans les différents pays où l'enquête s'inscrit dans le cadre d'une évaluation d'interventions de programme.

## METHODES

L'étude, d'une envergure nationale, a été conçue sous forme d'enquête transversale descriptive auprès des formations sanitaires. Elle a été approuvée par le comité d'éthique du Ministère de la Santé de Madagascar et le comité d'éthique indépendant de la Faculté de Santé Publique Johns Hopkins Bloomberg. Les méthodes comprenaient des observations directes des services existants, des états des lieux des formations sanitaires et des interviews avec les prestataires de soins de santé.

Sept équipes de collecteurs de données ont évalué les soins observés en matière de prévention et de prise en charge des complications courante autour de la naissance dans 36 formations sanitaires, passant en moyenne 3,5 jours dans chacune d'elles. Les formations sanitaires étaient des hôpitaux et des centres de santé enregistrant plus de deux naissances par jour. Elles étaient principalement des établissements publics (81%), dont les trois quarts étaient des hôpitaux de différents échelons (district, régional, universitaire) et un quart était constitué de centres de santé de base de niveau 2 (voir Annexe A pour une liste complète des formations sanitaires participant à l'étude). L'observation d'accouchements (N = 347) et de consultations prénatales (N = 323) a été une particularité de l'évaluation. En plus de collecter

des données d'observation, les équipes ont réalisé des états des lieux de quatre types (général, soins prénataux, service de maternité et pharmacie) et des interviews, notamment des tests de connaissances, avec 139 prestataires. La majorité des prestataires observés et interviewés était des sages-femmes.

## CONSTATS

A partir des différents types de données collectées et analysées ensemble, l'évaluation de la QdS a pu dégager une description ponctuelle des soins maternels dans les formations sanitaires très fréquentées à Madagascar. Les constats de cette évaluation montrent 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, constituant des opportunités pour les parties prenantes de la santé maternelle d'agir.

Les constats détaillés sont examinés dans ce rapport et portent sur les SPN, la prévention des infections (PI), le travail et l'accouchement sans complication, l'éclampsie/pré-éclampsie le travail avec prolongé, l'hémorragie post-partum (HPP) et la réanimation du nouveau-né. Des constats et des discussions sur les points généraux sont également présentés. Les recommandations portent sur les politiques, la disposition/disponibilité des formations sanitaires et les composantes spécifiques de services.

Les constats de l'étude montrent qu'il existe une base sur laquelle les améliorations en réponse aux lacunes identifiées devraient se fonder, notamment sur l'état des formations sanitaires d'être prêtes à offrir les services, de connaissance des prestataires de soins de santé et de pratiques routinières en rapport avec la qualité des SPN et des soins durant le travail et l'accouchement ainsi que les SONU. Quelques-unes des lacunes les plus remarquables dans les divers domaines techniques relevées à l'aide des diverses méthodes sont présentées ci-après.

En ce qui concerne l'état des formations sanitaires d'être prêtes à offrir les services, les prestataires et leurs lieux de travail manquent de protocoles pour la plupart des services de SPN, T&A et SONU. De même, les directives et les aides visuelles n'étaient pas largement affichées et disponibles. Même lorsque des médicaments ou du personnel essentiels étaient disponibles, il arrivait qu'ils ne soient pas utilisés par manque de fournitures ou d'équipements complémentaires.

Il existe des écarts entre la disponibilité des fournitures/médicaments et les services offerts liés avec ces produits. Par exemple, parmi les formations sanitaires étudiées, 77% disposaient de comprimés de fer/acide folique, mais ce produit n'était offert que dans la moitié des premières consultations prénatales observées. Il existe également un écart entre les services dispensés mentionnés dans les rapports ou les services qui sont disponibles quotidiennement et les soins effectivement observés. Par exemple, il était rapporté que le counseling sur la planification familiale était dispensé systématiquement dans 71% des formations sanitaires. Cependant, il n'a été observé que dans 20% seulement des consultations prénatales.

Sur l'ensemble des composantes de soin, même lorsqu'elles étaient effectuées, certaines procédures et interventions n'étaient pas exécutées de manière optimale au cours des observations. Par exemple, parmi les 28% de partogrammes remplis, peu ont été commencés au bon moment et pratiquement aucun n'a été rempli aux intervalles recommandés. Si la prise de tension artérielle a été effectuée dans la majorité des consultations prénatales, elle n'a été effectuée correctement que dans moins de la moitié des cas.

Les connaissances des prestataires étaient particulièrement faibles en ce qui concerne les complications qui constituent les causes majeures de décès maternels à Madagascar, notamment l'HPP et la PE/E. Le score moyen en matière de connaissances sur l'évaluation, la conduite à tenir et les interventions à appliquer en cas de saignement abondant du post-partum dû à une atonie utérine/un utérus non contracté s'élevait seulement à 39% et le score moyen relatif à l'évaluation, la conduite à tenir et les interventions à appliquer en cas de

rétenion placentaire/des produits de conception était juste de 36%. Si le score moyen pour l'évaluation/le diagnostic de la PE/E s'élevait à 70%, moins d'un tiers des prestataires savaient stabiliser les cas à l'aide de sulfate de magnésium et d'anti hypertensifs ; concernant la conduite à tenir face à une femme faisant des convulsions, le score moyen ne s'élevait qu'à 50%. Les prestataires avaient de meilleures connaissances sur les soins de santé maternelle par rapport aux soins du nouveau-né. Dans l'ensemble, les prestataires avaient plus de facilité ou étaient plus habitués à livrer des informations sur les interventions médicales aux patientes qu'à dispenser le counseling sur les comportements de santé, la recherche de soins et les services extérieurs au contexte médical immédiat. De ce fait, il existe des opportunités manquées de prestation des services essentiels ou de référence vers ces services au niveau des SPN et du T&A.

## RECOMMANDATIONS

Les constats de l'étude ont abouti à un certain nombre de recommandations en matière de politiques et de programmes dans le but de renforcer la qualité des soins de santé maternelle et infantile dans les formations sanitaires à Madagascar. Au niveau national, les principales parties prenantes de toutes les institutions et de toutes les disciplines devraient travailler ensemble pour discuter et élaborer des stratégies en réponse aux constats de ce rapport. Quelques recommandations spécifiques sont présentées ci-après.

### Recommandations en Matière de Politiques Nationales

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 et les documents de normes/standards énumérés en Annexe 2. Même si ces documents sont mis à la disposition des agents de santé, il est nécessaire d'accompagner leur diffusion par des formations, de supervision et de la dotation en équipements, matériels et médicaments pour les formations sanitaires. A titre de recommandation essentielle, il faudrait élaborer un plan de mise en œuvre pour accompagner et opérationnaliser les documents de politiques pour que les formations sanitaires et les agents de santé soient bien préparés à fournir des services de SMN de qualité à chaque femme enceinte et chaque nouveau-né.

L'évaluation a montré que des techniques simples telles que la prise en charge et la surveillance du travail à l'aide du partogramme, la prévention de l'HPP par la Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA) et l'utilisation de sulfate de magnésium pour la prévention et le traitement de la PE/E ne font pas toujours partie des pratiques courantes des prestataires de soins. Une deuxième recommandation clé est qu'il faudrait élaborer un mécanisme pour des mises à jour techniques systématiques et la production de fiches d'informations à distribuer aux prestataires de soins. Ces mises à jour techniques devraient se fonder sur les dernières évidences pour la prestation routinière d'interventions de santé maternelle et néonatale.

### Recommandations Générales sur l'état des Formations Sanitaires d'être Prêtes à Offrir les Services

Voici quelques recommandations saillantes:

- Diffuser et expliquer les manuels de formation, les protocoles et les aides visuelles pour les procédures et services essentiels de SPN, de prévention des infections, de T&A et de SONU dans les formations sanitaires. Vérifier leur disponibilité de manière systématique.
- Veiller à ce que la disponibilité d'installations de base telles que l'eau courante et l'électricité soit une norme dans toutes les formations sanitaires.

- Veiller à ce que toutes les formations sanitaires soient dotées des fournitures, de l'équipement et des médicaments de base nécessaires à la prestation des interventions essentielles en matière de SPN, de prévention des infections, de T&A et de SONU, et qu'une formation soit dispensée sur l'utilisation de nouvel équipement.
- Renforcer les systèmes de supervision pour promouvoir la conformité aux politiques nationales et aux directives cliniques dans la prestation de service habituelle et la prise en charge des urgences.

### Recommandations Spécifiques aux Composantes

Des recommandations ont été faites dans les domaines des SPN, de la PI, du T&A, de la PE/E, du travail obstrué/prolongé et de la réanimation du nouveau-né. Certaines d'entre elles sont brièvement évoquées ici. En ce qui concerne les SPN, par exemple, les prestataires devraient avoir à la portée de la main ou affichées les directives pour les services, notamment le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, le counseling et le dépistage du VIH et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du HIV. La PI pourrait être améliorée en veillant à ce que les prestataires disposent des équipements protecteurs pour chaque contact avec les clientes et en encourageant leur traitement à la solution chlorée à 0,5% après chaque utilisation. Les services autour du T&A pourraient être améliorés par une formation et un appui continus sur la communication interpersonnelle, notamment l'explication des procédures durant le T&A, l'incitation des patientes à poser des questions et sur des thèmes spécifiques tels que la PF post-partum. Pour la PE/E, il est essentiel de fournir des directives et des fiches techniques pour le counseling sur la PE/E et la détection de la protéinurie en consultation prénatale. Dans les cas de travail obstrué/prolongé, il est essentiel de fournir des directives, d'offrir des formations et de la supervision et de faire un plaidoyer pour assurer un usage régulier et systématique des partogrammes en tant qu'outil de gestion du travail au moment de la naissance (démarrage dans les délais impartis et à une fréquence appropriée). De même, il est recommandé d'offrir des directives pour l'HPP, de veiller à la prestation de chacune des trois composantes de la GATPA. En ce qui concerne la réanimation du nouveau-né, il faut veiller à des soins systématiques et au suivi du nouveau-né dans des conditions optimales d'hygiène.

Il est recommandé d'étendre la mise en œuvre de ces actions en priorisant les formations sanitaires qui dispensent des formations cliniques, qui ont un des taux de mortalité maternelle et néonatale relativement élevés et/ou qui sont dans des lieux enclavés où la référence est difficile.

# 1. INTRODUCTION ET CONTEXTE

---

Si l'on veut réduire la mortalité maternelle et néonatale au niveau mondial et aider les pays à atteindre leurs cibles pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 5, il est important d'améliorer la qualité des soins de santé dispensés dans les formations sanitaires visant à prévenir et à traiter les complications fréquentes chez la mère et le nouveau-né. L'hémorragie est la cause la plus fréquente de décès maternels dans les pays en développement : elle est à l'origine de 25% des cas de décès maternels. En Afrique, l'hémorragie est à l'origine de 33,9% des décès maternels (Khan et al., 2006).<sup>2</sup> Les autres causes majeures de décès maternel à travers le monde sont les troubles hypertensifs en cours de grossesse (essentiellement l'éclampsie qui est à l'origine de 12% des décès), la septicémie (15%) et la dystocie du travail (8%). Dans les pays en développement, deux tiers des accouchements (62%) se déroulent avec l'assistance d'un prestataire qualifié et dans les pays les moins développés, c'est le cas pour 31% des accouchements.<sup>3</sup> Quand elle accouche dans une formation sanitaire, la femme pourra, au besoin, bénéficier des différentes interventions efficaces de prévention, de détection et de traitement des complications obstétriques et néonatales qui y sont offertes et sont dispensées par des prestataires qualifiés.

La qualité des soins maternels et néonataux dans les formations sanitaires a été évaluée dans le cadre de trois grandes études menées dans plusieurs pays. En premier lieu, une enquête s'inscrivant dans le cadre de l'Initiative de Prévention de l'Hémorragie du Post-partum (connu sous le sigle anglais POPPHI) a été menée en vue d'évaluer la performance en matière de gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA).<sup>4,5</sup> Dans les 10 pays où l'enquête a été menée, les résultats ont indiqué que les efforts visant à changer la politique et les programmes en vue de promouvoir la GATPA et réduire l'HPP ont été particulièrement fructueux. En deuxième lieu, le Programme de Prévention de la Mortalité et de l'Invalidité Maternelles (connu sous le sigle anglais AMDD) en partenariat avec les Nations Unies et l'Université de Caroline du Nord a élaboré une évaluation des structures de soins obstétriques qui a été réalisée dans de nombreux pays.<sup>6</sup>

En troisième lieu, ICF Macro a élaboré l'enquête Evaluation de la Prestation de Services (EPS).<sup>7</sup> Ces deux dernières études visent à évaluer « le niveau des structures de santé d'être prêts à fournir les services » à dispenser des soins maternels, notamment le nombre et le type de prestataires de santé qu'on y trouve et la disponibilité d'équipements et de fournitures médicales.

Le Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP), financé par l'USAID, a élaboré un ensemble d'outils d'enquête auprès des formations sanitaires. Si le programme prévoyait à l'origine de se concentrer sur le diagnostic et le traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie, il a par la suite élargi le concept aux pratiques clés relatives au travail et à l'accouchement normaux et le traitement des complications maternelles et néonatales majeures au moment de l'accouchement. Cette étude, qui prend exemple sur le travail de POPPHI, comble une lacune au niveau des enquêtes auprès des formations sanitaires en prévoyant une évaluation effective de la QdS à travers l'observation directe des services offerts à l'aide de listes de vérification des soins standards et des tests d'évaluation des connaissances des prestataires, aussi bien en matière de SPN que de soins liés au T&A.

Madagascar a de gros défis à relever avant de pouvoir satisfaire aux besoins en SMN de ses 19,5 millions habitants. Le nombre moyen de naissances par femme est de 4,8 et 40% des femmes ont recours à une forme de contraception.<sup>8</sup> La majorité de la population vit en milieu rural et 55% des femmes accouchent sans assistance qualifiée. Le taux de mortalité infantile est élevé à 48 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le ratio de mortalité maternelle (RMM) était estimé à 498 décès pour 100 000 naissances vivantes selon la dernière Etude Démographique et de Santé (EDS 2008–2009)<sup>9</sup> et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a rapporté un taux ajusté à 440.<sup>10</sup> La probabilité qu'une femme malgache décède d'une cause liée à la maternité au cours de sa vie est de 1 sur 45.

Une évaluation récente de 303 formations sanitaires à travers le pays, financée par le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), a mis en évidence la grande nécessité d'améliorer l'accès aux SONU à Madagascar.<sup>11</sup> Seules 22 ou 7% de formations qui traitent plus de 20 accouchements par mois remplissaient les critères de formation SONU de base ou complets. Pas une région du pays n'avait le nombre recommandé de formations SONU (à savoir une formation offrant l'ensemble complet des soins et quatre formations offrant les soins de base pour 500 000 habitants) et sept régions n'avaient aucune formation SONU. En partant du nombre attendu d'accouchements et de complications à traiter, on obtient un nombre effectif de complications traitées qui se traduit par un « besoin satisfait » de 21%. La mortalité périnatale précoce dans les formations sanitaires visitées était de 121 décès pour 1 000 naissances. Les causes directes étaient à l'origine de 84% des décès maternels relevés dans l'étude du FNUAP, les causes indirectes de 8% et les causes inconnues de 8%. De même que ce qui a été noté au niveau mondial, la cause directe la plus fréquente était l'HPP/la rétention placentaire. Les autres causes directes majeures étaient l'éclampsie/la pré-éclampsie, la dystocie du travail et l'infection.

La GATPA à chaque accouchement est une politique nationale approuvée à Madagascar<sup>12</sup> ; en revanche, la marche à suivre pour une GATPA correcte ne figure pas dans les directives de prestation de service. L'ocytocine figure sur la Liste des Médicaments Essentiels (LME) et est généralement disponible dans les formations sanitaires. Les sages-femmes sont autorisées à effectuer la GATPA, y compris l'administration d'ocytocine et la traction contrôlée du cordon ombilical. Bien que la GATPA soit intégrée à la formation initiale et continue, les compétences des étudiants en la matière ne font l'objet d'aucune évaluation avant l'obtention du diplôme. Le système d'information pour la gestion de la santé (SIGS) ne prévoit aucun indicateur pour la GATPA.

Le sulfate de magnésium et le diazépam sont des anticonvulsifs de première ligne approuvés dans la politique nationale de Madagascar. Le sulfate de magnésium (MgSO<sub>4</sub>) figure sur la LME pour la PE/E sévère. Si l'hydralazine, la nifédipine et la méthyl dopa sont des antihypertensifs de première ligne approuvés pour la prise en charge de la PE/E sévère dans la politique nationale, mais le labétolol ne l'est pas. L'hydralazine et la méthyl dopa figurant sur la LME pour la PE/E sévère et la nifédipine y a été ajoutée. Les sages-femmes sont autorisées à effectuer le diagnostic de la PE/E et à administrer la première dose de sulfate de magnésium. Toutefois, le sulfate de magnésium n'est pas toujours disponible au niveau des formations sanitaires. Les principes de prise en charge de la PE/E sont incorporés aux cursus de formation initiale et continue. Le SIGS ne prévoit pas d'indicateur de prise en charge de la PE/E sévère.

La présente étude menée à Madagascar vient compléter et élargir les efforts antérieurs visant à évaluer la qualité des soins maternels et néonataux et l'accès à ceux-ci. Elle consiste essentiellement à observer les soins relatifs au T&A, les SPN et les interventions de prévention ou de prise en charge des complications courantes qui permettent de sauver des vies.

## 2. BUT ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

---

Le but de l'enquête QdS menée par MCHIP à Madagascar avec l'appui de l'USAID était de se renseigner sur la qualité des interventions clés de diagnostic, de prévention et de prise en charge des complications maternelles directes dans les soins maternels et néonataux dispensés dans les formations sanitaires, afin d'orienter les activités d'amélioration de la qualité. L'étude qualifie le terme « qualité » comme la conformité à des directives internationales basées sur des preuves mondialement reconnues. Le principal objectif de l'étude QdS est de contribuer à réduire les décès maternels et néonataux fréquents et évitables en améliorant l'utilisation et la qualité des interventions/tâches salutaires connues, énumérées dans le Tableau 1.

**Tableau 1. Interventions/Taches Évaluées et Complications Étudiées dans l'Enquête QdS**

INTERVENTIONS ÉVALUÉES	COMPLICATIONS ÉTUDIÉES
Soins prénataux	SPN de routine et mesures de prévention et de diagnostic des complications, notamment la PE/E et l'infection
Soins obstétricaux systématiques et soins néonataux essentiels	Accouchements normaux et actions de prévention et de diagnostic des complications, notamment l'infection
GATPA et prise en charge de l'hémorragie du post-partum	Hémorragie du post-partum
Tension artérielle et diagnostic par analyse d'urine, utilisation du sulfate de magnésium dans les cas de PE/E	Pré-éclampsie/éclampsie
Utilisation correcte du partogramme et application de mesures appropriées	Travail prolongé/obstrué, enfant mort-né, asphyxie néonatale et infection
Réanimation du nouveau-né	Asphyxie néonatale
Pratiques de prévention des infections	Septicémie – néonatale et maternelle

## QUESTIONS D'ETUDE

L'Étude QdS a été conçue pour répondre aux questions suivantes du programme :

- Est-ce que les politiques, les normes et les directives vont dans le sens de l'ensemble des pratiques de soins maternels et néonataux fondés sur les preuves, à savoir la prise en charge de la PE/E et de l'HPP, l'utilisation de partogramme, la GATPA, la PI et les soins essentiels et la réanimation néonatale ?
- Est-ce que les fournitures, les médicaments, les équipements et les infrastructures de base pour les soins maternels et néonataux (SMN) sont disponibles ?
- Est-ce que les femmes enceintes qui viennent aux CPN et les femmes qui sont en T&A font l'objet d'un examen, d'un diagnostic et, le cas échéant, d'une prise en charge appropriée de la PE/E ?
- Est-ce que l'ensemble d'interventions essentielles en T&A, à savoir la prise en charge de la PE/E, l'utilisation de partogramme, la GATPA, la PI et les soins essentiels et la réanimation néonatale, a été correctement mis en œuvre ?
- Quels sont les obstacles à l'amélioration de la QdS ?

L'étude QdS à Madagascar s'inscrivait dans le cadre d'un effort mené dans plusieurs pays. Des études ont notamment été menées en Ethiopie, au Kenya, en Tanzanie et au Rwanda en 2010. Les objectifs de cette étude multi-pays étaient de :

- Orienter la planification programmatique pour l'amélioration de la qualité des services de soins maternels et néonataux dans les formations sanitaires de chaque pays et au niveau mondial Elaborer des outils de collecte de données rapides et pratiques et des indicateurs composites pouvant être utilisés dans plusieurs pays
- Générer des estimations de référence et, à la reprise de l'enquête, des estimations finales, dans les différents pays où l'enquête s'inscrit dans le cadre d'une évaluation d'interventions de programme.

## 3. METHODES

---

### 3.1 CONCEPTION DE L'ETUDE

L'étude, d'envergure nationale, a été conçue sous forme d'enquête transversale descriptive auprès des formations sanitaires. Les méthodes utilisées sont l'observation directe des services, l'état des lieux des formations sanitaires et l'interview verbale des prestataires. Toutes ces méthodes font appel à des grilles d'observation (quantitative) ou des questionnaires structurés.

### 3.2 OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

Les outils de collecte de données comprenaient des grilles d'observation des SPN et du T&A, les états des lieux des formations dans quatre domaines, un guide d'interview et un test d'évaluation des connaissances des prestataires de santé. Ces outils décrits ci-après.

Outils d'enquête QdC :

- Liste des agents de santé
- Etat des lieux des formations (Généralistes, SPN, T&A, Pharmacie)
- Revue des dossiers
- Grille d'observation des soins prénataux
- Grille d'observation du T&A, notamment des soins maternels et néonataux essentiels, de la prévention et du traitement de l'HPP, de la PE/E et de la réanimation du nouveau-né
- Interview et test d'évaluation des connaissances des agents de santé
- Guide d'interview sur la Politique Nationale et la Gestion des Médicaments
- Guide sur le terrain des Enquêteurs
- Guide d'utilisation d'un Smart Phone et Fiche Technique

#### Grille d'Observation des SPN

L'observation des pratiques cliniques lors des SPN et des accouchements par voie vaginale dans l'échantillon de formations a été effectuée à l'aide de grilles d'observation basées sur les protocoles internationaux de l'OMS pour l'évaluation de la PE/E lors des SPN et la prise en charge de la PE/E (manuel IMPAC de l'OMS).<sup>8</sup>

#### Grille d'Observation du T&A

Cette grille était basée sur les protocoles de l'OMS (manuels IMPAC/MCPC)<sup>13,14</sup> pour l'évaluation de la PE/E lors du T&A, la prise en charge de la PE/E et de l'HPP lors du T&A, l'utilisation systématique et correcte des partogrammes et les soins néonataux essentiels systématiques et corrects, y compris la réanimation néonatale. Les informations d'ordre général collectées étaient l'âge, la gestation et la parité de la cliente ; les qualifications du prestataire et le niveau de soins offerts par la formation sanitaire (soins tertiaires, centre hospitalier, centre de santé, etc.). La grille d'observation a été adaptée d'un instrument utilisé par Stanton et al. dans leur enquête sur la GATPA dans le cadre de POPPHI2, ainsi que le document « Meilleures pratiques en soins maternels et néonataux : Paquet de Ressources d'Apprentissage en matière de Soins Maternels et Néonataux d'Urgence Essentiels et de Base » élaboré par le programme ACCESS de Jhpiego.

#### Etat des Lieux des Formations Sanitaires

L'outil d'état des lieux des formations a servir à collecter des données sur les conditions de l'infrastructure et à vérifier la disponibilité et les conditions de stockage des médicaments, fournitures et matériels. L'état des lieux a été effectué une fois à chaque formation et

prévoyait l'observation des fournitures, de l'infrastructure et du matériel en général et l'observation de la zone dédiée à la prestation de services de SPN et T&A et à la pharmacie.

### Interview des Prestataires de Soins de Santé

Un échantillon de prestataires de santé impliqués dans les SPN et les soins liés au T&A a également été interviewé. Lorsque cela était possible, c'était les mêmes prestataires qui avaient été observés dans les services de SPN ou de T&A qui ont aussi été interviewés. Dans le cas contraire, l'interview a été administrée à d'autres prestataires des SPN et du T&A. La première partie de cet outil a été conçue pour collecter des informations sur les contraintes et les éléments facilitateurs en matière de la prestation de soins de qualité. Les informations collectées auprès des prestataires de santé étaient leurs qualifications médicales, leur formation et leur expérience en matière de prestation de services de SPN, de T&A et de soins néonataux et des informations relatives à la supervision. La seconde partie de l'outil était composée d'une série de questions à choix multiples visant à évaluer les connaissances des prestataires sur l'identification, la prise en charge et le traitement des complications

courantes en matière de SMN. Lors de l'interview d'évaluation des connaissances, les prestataires devaient donner toutes les réponses possibles aux questions. De plus, l'interviewer les sondait pour voir s'ils n'avaient pas d'autres réponses. Chaque question avait entre six et 12 réponses correctes (items). Une étude de cas clinique visant à évaluer la prise de décision clinique en matière de prise en charge de la PE/E sévère a été menée ainsi qu'une simulation sur modèle anatomique de la réanimation du nouveau-né pour évaluer les pratiques du prestataire.

#### Outils d'enquête QdC

- Liste des agents de santé
- Etat des lieux des formations (Généralistes, SPN, T&A, Pharmacie)
- Revue des dossiers
- Grille d'observation des soins prénataux
- Grille d'observation du T&A, notamment des soins maternels et néonataux essentiels, de la prévention et du traitement de l'HPP, de la PE/E et de la réanimation du nouveau-né
- Interview et test d'évaluation des connaissances des agents de santé
- Guide d'interview sur la Politique Nationale et la Gestion des Médicaments
- Guide sur le terrain des Enquêteurs
- Guide d'utilisation d'un Smart Phone et Fiche Technique

## 3.3 ECHANTILLONS PREVUS

### Formations Sanitaires

L'ensemble des centres hospitaliers et centres de santé offrant des services de soins maternels et néonataux dans le pays ont été identifiés lors d'une étude récente du FNUAP/AMDD7 qui a couvert 147 centres hospitaliers et 147 centres de santé, dans les 22 régions de Madagascar. Le nombre total d'accouchements dans chaque formation en 2009 a été obtenu par FNUAP/AMDD à partir des registres des formations sanitaires. En plus d'être un centre hospitalier offrant des services de santé maternelle au sens de l'étude du FNUAP, une formation sanitaire devait avoir en moyenne deux accouchements ou plus par jour pour être incluse dans l'étude QdS. Au total, 33 formations sanitaires, centre hospitaliers aussi bien que centres de santé, ont satisfait à ces critères. L'enquête QdS a ainsi consisté à faire le recensement des formations traitant plus de deux accouchements par jour. Trois autres formations des districts de démonstration de MCHIP y ont été ajoutées, donnant un total de 36 formations dans 15 régions de Madagascar (voir Annexe A pour une liste des formations prenant part à l'enquête).

### Agents de Santé

Par échantillonnage, nous avons choisi jusqu'à cinq agents de santé T&A et cinq prestataires SPN dans chaque formation. Dans les formations disposant de moins de cinq prestataires, tous les prestataires ont été inclus. Dans les formations où plus de 5 prestataires T&A et 5 prestataires SPN étaient en exercice et présents, les enquêteurs ont reçu pour consigne de procéder par échantillon stratifié. Nous avons établi une liste de l'ensemble des AS assistant les accouchements et les SPN par catégorie (médecin, sage-femme, etc.). Ensuite, un

échantillon a été prélevé de manière aléatoire et proportionnellement aux nombres totaux dans chaque catégorie prestataires.

### Consultations T&A et SPN

Nous avons prévu d'observer jusqu'à 295 accouchements et 295 consultations SPN en tout (le nombre minimal fixé dans les enquêtes QdS des autres pays était de 250). Ce chiffre a été atteint de la façon suivante : le nombre total d'accouchements dans les 33 formations sanitaires initiales en 24 heures s'élevait à 126 si l'on se fie à au nombre de cas par jour. La période d'observation prévue était de 16 heures par jour et le nombre d'accouchements devant survenir dans ces 33 formations au cours de cette période était estimé à 84.

Les enquêteurs ont eu pour consigne de rester 3,5 jours dans une formation afin de parvenir au nombre total d'accouchements prévus. Le nombre de cas que nous avons prévu d'observer dans chaque formation sanitaire correspondait au nombre d'accouchements par jour, multiplié par deux-tiers (pour 18 heures) et 3,5 jours. Les enquêteurs ont eu pour consigne d'observer le même nombre de CPN et d'accouchements. Selon toute attente, un petit nombre de complications maternelles et néonatales devaient être observées.

## 3.4 COLLECTE DE DONNEES

Sept équipes d'enquêteurs – composées de médecins, de sages-femmes et d'infirmiers – ont été formées et employées dans le cadre de l'étude (21 enquêteurs ont été formés et 19 engagés dans la collecte de données). Chaque équipe était composée d'un chef (un clinicien ayant des qualifications plus poussées) et de deux autres enquêteurs.

Durant les 11 jours de formation, les enquêteurs ont bénéficié d'un recyclage sur les connaissances et les compétences en matière de SONU, ont étudié le contenu des instruments de collecte de données jusqu'à le maîtriser et ont appris à utiliser un Smartphone pour l'enregistrement des données d'observation et à obtenir le consentement éclairé des participants. La formation incluait plusieurs exercices visant à promouvoir l'accord entre les observateurs des prestations cliniques jusqu'à un taux de concordance de 80%. Les participants ont observé les formateurs pratiquer des interventions clés sur des modèles anatomiques. Les formateurs faisaient délibérément des fautes pendant les simulations. Les scores attribués par les participants ont été ensuite comparés au corrigé, tel que déterminé par les formateurs qui avaient conçu et présenté les simulations. Ces exercices ont été suivis de discussions de groupe visant à garantir que les deux parties avaient bien compris comment consigner les données. Après la formation, les enquêteurs ont fait un pré-test au premier centre hospitalier universitaire et plusieurs autres formations sanitaires à Antananarivo.

Les données ont été collectées à l'aide de Smart Phones HTC Windows Mobile (matériel), du système d'exploitation Windows Mobile 6.0 et de Pocket PC Creations 6.0, une plateforme logicielle pour le programme de saisie de données. Les masques de saisie de données des téléphones avaient des contrôles de logique, de sauts et de cohérence incorporés aux formulaires. Chaque dispositif était équipé d'une carte mémoire numérique sécurisée pour la sauvegarde des données. Les enquêteurs devaient effectuer la sauvegarde des données des téléphones tous les soirs. A leur retour hebdomadaire au bureau de Jhpiego en provenance du terrain, ils remettaient tous leurs appareils mobiles au Responsable Informatique/Données qui se charge du chargement des données dans l'ordinateur central. Une fiche technique sur l'utilisation des smart phones a été élaborée et distribuée aux enquêteurs.

Les enquêteurs sont restés 3,5 jours dans chaque formation pour observer les soins et collecter des données. L'observation des consultations SPN était généralement effectuée le matin. Les accouchements ont été observés au cours de deux gardes consécutives de 8 heures (16 heures par jour). Les données relatives aux 36 formations sanitaires ont été collectées en septembre et octobre 2010.

### 3.5 GESTION ET ANALYSE DES DONNEES

Au niveau de MCHIP, tous les fichiers de chaque instrument de collecte de données ont été combinés en une base de données unique. Lors de l'apurement des données, le nombre de formations représentées dans chaque base de données a été évalué et les plages ont été passées en revue en vue de détecter toute valeur ou moyenne invraisemblable. Les ensembles de données finaux ont été téléchargés sur un site web et les résultats ont été présentés sous formes de tableaux web à l'aide du logiciel Cold Fusion suivant un plan de tabulation créé pour tous les pays utilisant les mêmes instruments.

L'analyse des données a vu la création de variables composites du « pourcentage réalisé » moyen pour les multiples items en corrélation. En ce qui concerne les données d'observation du T&A, des coefficients correcteurs ont été appliqués aux bases de données relatives aux ensembles de cas antérieurs d'accouchements des formations sanitaires. Les coefficients de pondération étaient le ratio entre les proportions d'accouchements attendus et effectifs par jour (voir Annexe A). Les résultats présentés ne se rapportent qu'à l'échantillon des 36 formations sanitaires dans son ensemble.

### 3.6 APPROBATION SUR LE PLAN ETHIQUE

L'étude a été approuvée par le Comité d'Ethique du Ministère de la Santé à Madagascar et par le Comité d'Ethique Indépendant de la Faculté de Santé Publique Johns Hopkins Bloomberg. A son arrivée à la formation sanitaire, l'équipe d'enquêteurs remettait une lettre émanant du Ministère de la Santé (MinSan) décrivant l'étude aux responsables et sollicitant leur coopération. Ils devaient obtenir un consentement éclairé écrit auprès de chaque chef de formation sanitaire et un consentement éclairé oral auprès de tous les prestataires interviewés et observés, auprès des femmes dont la consultation T&A ou SPN était observée et dans certains cas, auprès des membres de la famille.

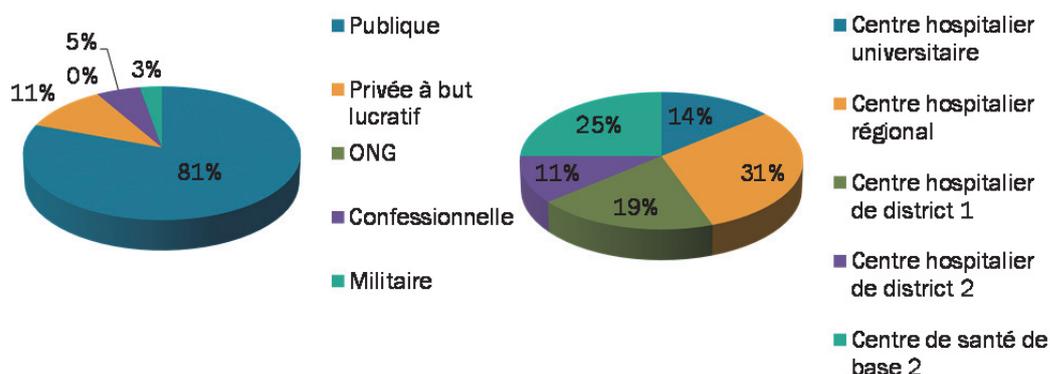
## 4. RESULTATS

### 4.1 ECHANTILLONS REELS

#### Caractéristiques des Formations Sanitaires Évaluées

La plupart des 36 formations visitées étaient des formations d'Etat/publiques (29 ou 81%), quatre étaient privées (11%) et à but lucratif, deux (6%) étaient confessionnelles et une (3%) était militaire (Figure 1.1). Les formations universitaires (5) représentaient 14% de l'échantillon de formations. Les centres hospitaliers régionaux (11 ou 31%) et les centres hospitaliers de district (10 ou 30%) représentaient respectivement un tiers de chaque échantillon et les centres de santé de base (CSB2) (au nombre de 9) représentaient un quart des formations.

Figure 1. 1. Type d’Affiliation et Type des Formations Sanitaires Évaluées (N = 36)



Dans l'ensemble, les enquêteurs ont observé 323 consultations SPN et 347 cas de travail et d'accouchement et ont interviewé 139 prestataires. Lors des observations SPN, ils ont observé 76 prestataires uniquement et 148 lors des observations T&A.

Ce sont les sages-femmes qui ont le plus souvent été observées et interviewées (entre 64 et 70% des trois groupes d'échantillons) (Tableau 2). « Les autres prestataires médecins » représentaient un quart de l'échantillon (24%). Lors des observations T&A, ils ne représentaient que 12% des prestataires observés et 4% lors des observations SPN. Lors des observations SPN « les autres prestataires non-médecins » représentaient 30% des prestataires. Les obstétriciens et les infirmiers n'ont que rarement participé à l'enquête (1,5 à 7% et 4 à 7% respectivement) dans tous les échantillons.

**Tableau 2. Caractéristiques des Prestataires et des Formations Echantillonnés**

CARACTERISTIQUE	OBSERVATION SPN (N = 323)	OBSERVATION T&A (N = 347)	INTERVIEW PRESTATAIRE (N = 139)
<b>Catégorie</b>			
Sage-femme	70,3%	68,9%	64,0%
Obstétricien	1,5%	6,6%	1,4%
Autre médecin	4,0%	12,1%	23,7%
Infirmier	4,3%	3,7%	5,8%
Autre	19,8%	8,1%	4,3%
Prestataire unique (N)	76	148	139
<b>Affiliation</b>			
Publique	84,2%	81,3%	75,5%
Privée, à but lucratif	8,0%	11,8%	12,9%
ONG	0,0%	0,0%	0,0%
Confessionnelle	7,7%	4,3%	7,2%
Militaire	0,0%	2,9%	5,0%
<b>Type de formation</b>			
Centre hospitalier universitaire	27,6%	35,2%	12,9%
Centre hospitalier régional	27,6%	24,5%	33,1%
Centre hospitalier de district 2	15,8%	14,7%	23,0%
Centre hospitalier de district 1	9,3%	6,6%	10,1%
Centre de santé de base 2	19,8%	19,3%	21,6%

Les observations et interviews ont été menées essentiellement dans des formations d'Etat (76 à 84%) (Tableau 2). Les formations privées à but lucratif représentaient uniquement 8 à 13% des échantillons. Les formations confessionnelles représentaient 4 à 7% et de site militaire représentait 3 à 5%. En termes de type de formation, 28% des observations SPN, 36% des observations T&A, mais uniquement 13% des interviews ont été effectués dans des centres hospitaliers universitaires. Si les données des interviews relèvent qu'un tiers (33%) des observations ont été effectuées dans des centres hospitaliers régionaux les données d'observations indiquent un nombre légèrement inférieur (25 à 28%). Il en va de même pour

les centres hospitaliers de district. Les centres de santé de base représentaient environ un cinquième de chaque échantillon.

La plupart des observations T&A (63%) ont été effectuées au niveau de formations ayant moins de 2 000 accouchements par an. Certaines (13%) avaient entre 2 000 et 2 999 accouchements par an et un quart (24%) avait 4 000 accouchements ou plus par an.

### Caractéristiques des Prestataires Interviewés

Cent trente-neuf (139) prestataires ont été interviewés. Les répondants étaient pour la plupart des femmes (86,3%) et étaient généralement expérimentées et d'un certain âge. Plus de la moitié d'entre eux avaient travaillé pour une période de 10 ans depuis la fin de leur formation initiale (54%) et 59% étaient âgés de 40 ans ou plus. Presque tous fournissaient des SPN (78%), des soins liés à l'accouchement (90%) et des soins néonataux (86%). La moitié des répondants a déclaré avoir assisté plus de 100 accouchements au cours des 6 derniers mois (51%).

### Supervision

Seuls 18% ont bénéficié d'une forme d'appui technique ou de supervision au cours des trois derniers mois. Deux cinquièmes des prestataires (42%) n'ont bénéficié d'aucune forme de supervision.

### Caractéristiques de l'Echantillon pour l'Observation des SPN

En tout, 323 consultations SPN ont été observées. Un tiers des consultations SPN observées (38%) se rapportaient à des primigestes et 62% à des multigestes. En outre, un tiers (34%) des observations SPN étaient des premières consultations et 66% des consultations de suivi. La durée moyenne d'une première consultation était de 27 minutes et celle des consultations de suivi était de 17 minutes. Sachant que le gros des consultations était des consultations de suivi, la plupart des consultations SPN observées se rapportaient à des femmes qui en étaient à leur 21<sup>ème</sup> à 36<sup>ème</sup> semaine de grossesse (70%), un cinquième en était à leur 20<sup>ème</sup> semaine ou moins (19%) et 11% en était à un stade avancé de la grossesse, à savoir à la 37<sup>ème</sup> semaine ou plus. En ce qui concerne l'issue de la consultation SPN, 12% des clientes ont été admises dans la formation sanitaire ou référées ailleurs pour d'autres soins.

### Caractéristiques de l'Echantillon pour l'Observation de T&A

Les enquêteurs ont observé entre trois et dix-huit (18) accouchements dans chaque formation. Le centre hospitalier universitaire de la capitale constituait une exception avec un nombre de cas plus élevé, précisément 64.

Au total, les observations ont porté sur 347 cas de T&A. Le nombre relatif à chaque composante étudiée était variable. 268 premiers examens de clientes ont été observés, 255 cas de première phase du travail, 288 cas de deuxième et troisième phases du travail et 336 cas de soins néonataux immédiats et de soins du post-partum. Au total, 15 cas de prise en charge de suspicion d'HPP, 10 cas de prise en charge de suspicion de PE/E et 49 réanimations néonatales ont été observés.

Parmi les accouchements observés, 12% étaient des césariennes et 4% des accouchements assistés. Un tiers des accouchements se rapportaient à des primigestes (31%). En termes d'issue pour la mère, lors de quasiment tous les accouchements, la mère est allée en salle de repos (92%), 1% des femmes ont été référées au sein de la formation sanitaire, 4% ont été référées au bloc opératoire au sein de la même formation et 3% ont été référées vers une autre formation. Aucun décès maternel n'a été enregistré dans les cas observés. Concernant l'issue pour le nouveau-né, trois quarts (77%) des nouveau-nés sont allés au service de maternité avec la mère, 12% sont allés au service de néonatalogie, 4% ont été référés à un spécialiste dans la même formation, 2% ont été référés en-dehors de la formation et 5% ont décédé (18 cas sur les 339 pour lesquels on dispose d'informations sur le devenir pour le nouveau-né).

## 4.2 DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET FOURNITURES ESSENTIELS

### Etat des Lieux Général et Infrastructures de la Formation

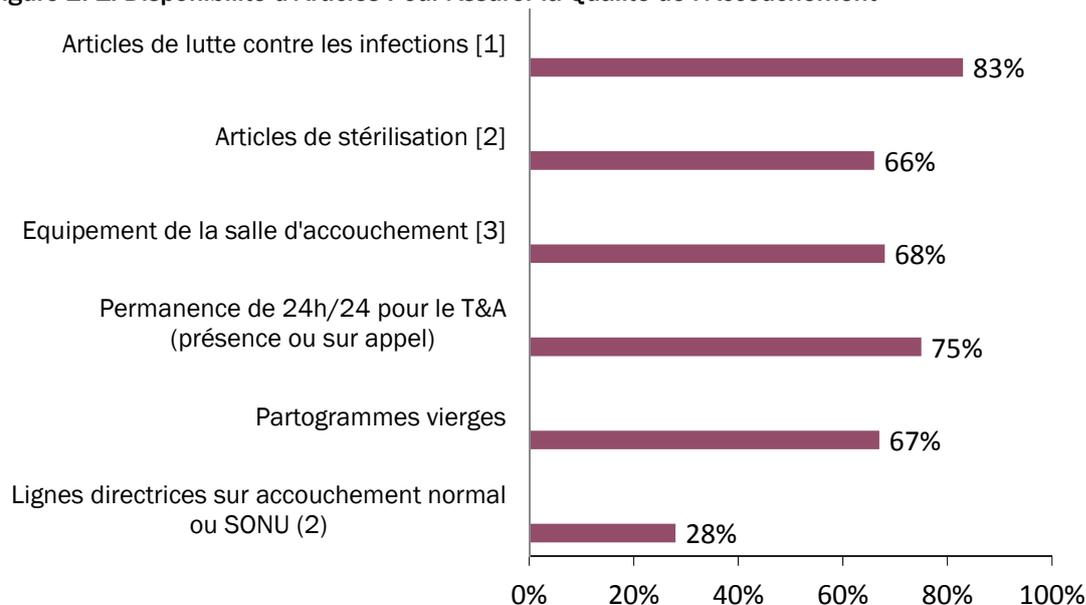
La plupart des formations étaient équipées de 25 lits ou moins (72%) et seuls 6% (N = 2) disposaient de plus de 50 lits. Plus de deux tiers assuraient une permanence 24 heures et les enquêteurs ont pu observer soit un emploi du temps du personnel soit les membres du personnel eux-mêmes sur place (69%). Moins des deux tiers des formations avaient la capacité d'effectuer des opérations sous anesthésie générale (61%). Toutes les formations étaient équipées de courant électrique, alimentées soit par un réseau électrique, soit par un générateur marchant au carburant. Si un tiers disposait d'une source d'eau potable (39%), seulement 25% avaient une source d'eau située à moins de 500 mètres de la formation. La moitié des formations étaient équipées de matériel de communication ou de moyen de transport d'urgence. Presque toutes (97%) avaient des toilettes en état de marche et chez 83% d'entre elles, ces toilettes étaient en état de marche et d'un type amélioré.

### Disponibilité des Articles pour Assurer la Qualité de l'Accouchement

Une forte proportion des formations disposait du stock nécessaire pour la PI (83,0%) (Figure 2.1). Concernant les articles de stérilisation, le score moyen sur l'ensemble des formations était de 66%. Ce taux était de 68% pour les équipements de la salle d'accouchement. Des partogrammes vierges étaient disponibles dans plus de deux tiers des formations (67%). Toutefois, ils n'étaient souvent pas accompagnés de directives. Seulement environ un quart des formations (28%) disposaient des directives pour un accouchement normal et 28% des directives relatives aux soins obstétricaux d'urgence.

Concernant les articles de PI, la disponibilité du savon et de l'eau pour le lavage des mains, d'un récipient pour instruments tranchants et de la solution de décontamination était élevée dans les formations visitées (86 à 100%). Toutefois, seule la moitié des formations (53%) était équipée d'eau courante ou de seaux équipés d'un robinet et deux tiers (64%) disposaient de gants propres ou stériles. En ce qui concerne les articles de stérilisation, la plupart des formations (83%) étaient équipées d'appareils électriques et non-électriques en état de marche et la disponibilité d'une minuterie automatique en état de marche ou de papier indicateur TST était relativement bonne (64%). En revanche, seule la moitié (50%) des formations disposait de protocoles ou de directives écrit(e)s sur la stérilisation. En ce qui concerne les équipements de la salle d'accouchement, toutes les formations étaient équipées d'une table ou d'un lit d'accouchement (100%) et deux tiers (63%) d'une lampe d'examen gynécologique en état de marche. Dans un tiers des formations sanitaires (33%), la salle n'offrait aucune intimité ou confidentialité. Un autre tiers (36%) offrait une salle privée garantissant intimité et confidentialité; 22% des formations avait une salle partagée, et une salle avec intimité seulement a été noté dans 9% des formations sanitaires (non présenté dans le tableau).

Figure 2. 1. Disponibilité d'Articles Pour Assurer la Qualité de l'Accouchement



Remarque : N = 36

<sup>1</sup> Pourcentage moyen pour le lavage des mains, la présence d'eau courante ou d'un seau avec robinet, d'une boîte à tranchants, de solution de décontamination et de gants stériles (propres)

<sup>2</sup> Pourcentage moyen pour un équipement de stérilisation électrique ou non électrique en état de marche (autoclave électrique, stérilisateur électrique à sec, chaudière électrique, ou marmite non électrique avec un couvercle et source de chaleur), minuteur ou indicateur d'achèvement de la stérilisation, protocoles ou directives écrits pour la stérilisation ou la désinfection

<sup>3</sup> Pourcentage moyen pour les salles assurant la confidentialité et l'intimité, une lampe pour l'examen gynécologique (ou une torche), une table ou un lit d'accouchement

## Fournitures Essentielles pour un Accouchement Normal et un Accouchement avec Complications

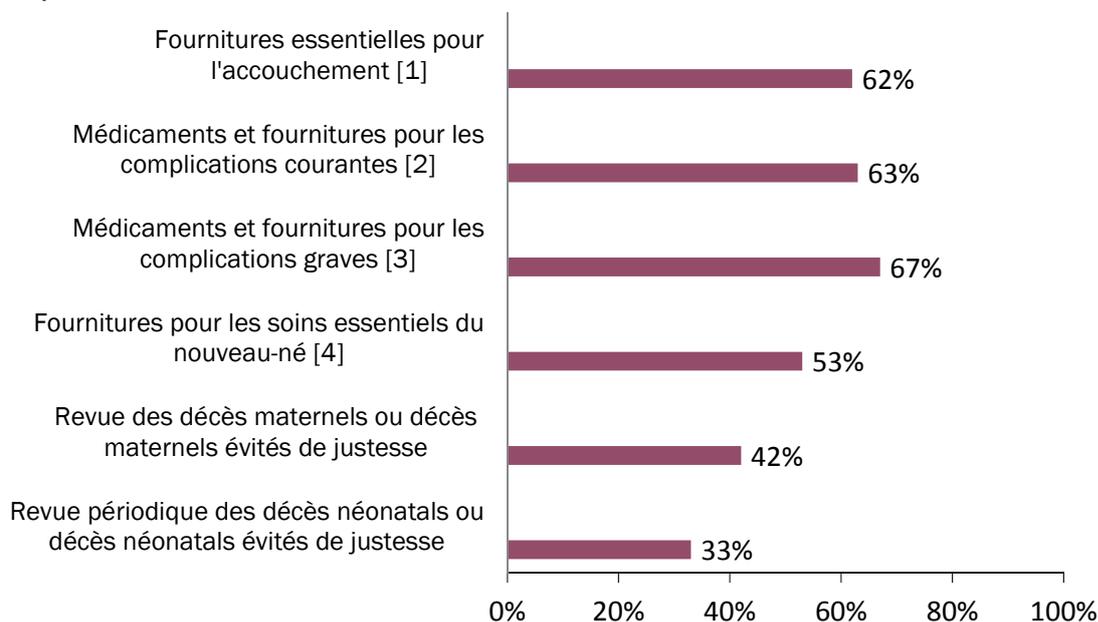
Les fournitures essentielles pour un accouchement normal et un accouchement avec complications (extrait et adapté de l'Évaluation de la Prestation de Services), - les complications courantes et les complications graves - étaient disponibles dans deux tiers des formations (63 à 67% respectivement) (Figure 2.2). La disponibilité des fournitures essentielles pour les soins néonataux était moindre, à hauteur de la moitié des formations (53%).

Parmi les fournitures essentielles pour un accouchement normal et un accouchement avec complications, la disponibilité de ciseaux ou de lame stériles et d'appareil d'aspiration à utiliser avec un cathéter était relativement bonne (66 à 81%) alors que les pinces ou clamps pour cordon ombilical jetables et les antiseptiques pour la peau étaient disponibles dans environ la moitié des formations (43 à 58%). Concernant les médicaments et les fournitures pour les complications courantes, la disponibilité d'un utérotonique injectable (ocytocine ou ergométrine) et des porte-aiguilles était relativement bonne (78 à 81%). La disponibilité des seringues et des aiguilles (61,1%), des perfuseurs IV (56%) et le matériel de suture avec aiguille (42%) était quelque peu inférieure. Parmi les médicaments et les fournitures pour les complications graves, près de trois quart des formations (72%) disposaient d'un anticonvulsif injectable (sulfate de magnésium ou diazépam). Des antibiotiques injectables (ampicilline ou gentamicine) étaient disponibles dans 61,1% des formations.

Environ la moitié des formations n'avait pas certains articles de soins néonataux essentiels: pince ou clamp pour cordon ombilical (disponibles dans 42,9% des formations), serviette ou couverture pour envelopper le bébé (35%) et couveuse en état de marche ou autre source chaleur (57%). Moins de la moitié des formations (42%) ont évalué les décès maternels ou les décès évités de justesse et seulement le tiers des formations ont évalué les décès néonataux ou les décès évités de justesse (33%). Concernant la prise en charge de la septicémie néonatale,

plus de la moitié des formations avaient des stocks d'ampicilline (58%) et de gentamycine (56%) (non illustré).

**Figure 2. 2. Fournitures Essentielles Pour un Accouchement Normal et un Accouchement Avec Complications et Pour les Soins Néonataux Essentiels**



Remarque: N = 36

<sup>1</sup> Pourcentage moyen pour ciseaux ou lames stériles, fils et clamps jetables, appareils d'aspiration à utiliser avec cathéter, antiseptique cutané et collyre antibiotique pour le nouveau-né

<sup>2</sup> Pourcentage moyen pour seringues, aiguilles, ocytocine ou ergométrine injectable, nécessaire pour IV, équipement de sutures avec aiguille et porte aiguille, antibiotique oral (cotrimoxazole ou amoxicilline)

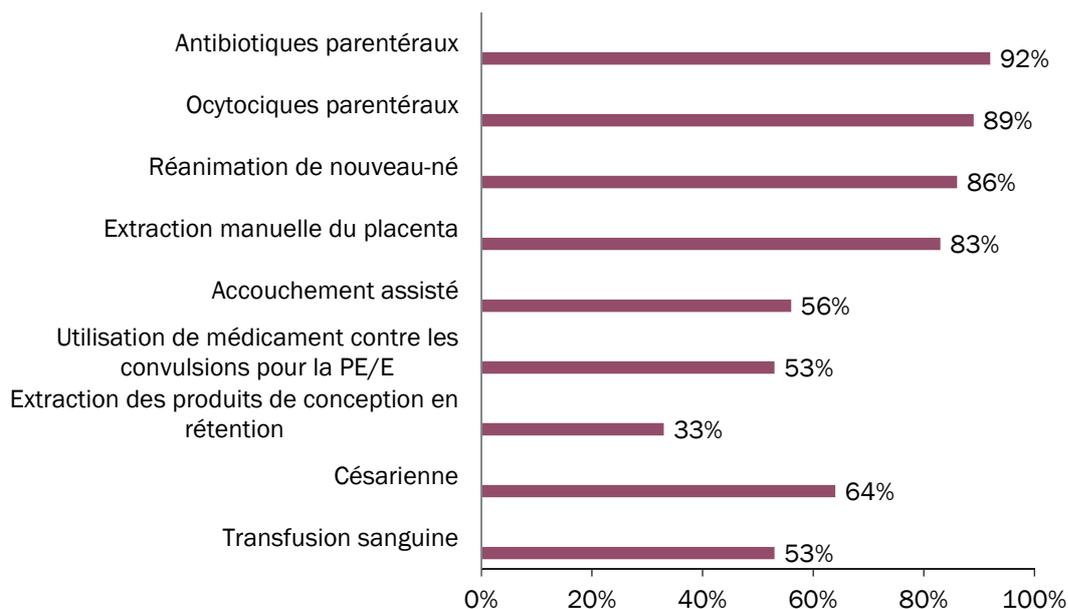
<sup>3</sup> Pourcentage moyen pour anticonvulsif injectable (sulfate de magnésium ou diazépam) et antibiotique injectable (ampicilline ou gentamicine)

<sup>4</sup> Pourcentage moyen pour files et clamps jetables, serviette ou couverture pour envelopper le bébé, ciseaux ou lames stériles

### Fonctions Signal des SONU Complètes Effectuées au Cours des Trois Derniers Mois

Une proportion élevée des formations ont déclaré avoir offert quatre fonctions signal au cours des trois derniers mois : antibiotiques parentéraux pour les infections liées à la grossesse (92%), ocytocique parentéral (89%), réanimation néonatale (86%) et extraction manuelle du placenta (83%) (Figure 2.3). Toutefois le recours à certaines autres fonctions indicatrices était inférieur. Un petit peu plus de la moitié des formations offraient l'accouchement assisté (56%) ou l'utilisation d'anticonvulsifs parentéraux pour la PE/E (53%). Seuls un tiers des formations avaient effectué l'extraction de rétention de produits de conception (33%). Concernant les SONU complets, des césariennes ont été effectuées dans deux tiers des formations (64%) et des transfusions sanguines dans la moitié (53%).

**Figure 2. 3. Proportion des Centres Ayant Rapporté Qu'ils Ont Proposé des "Fonctions Signal" Pendant les Trois Derniers Mois**



Remarque : N = 36

Entre 60% et 68% des centres disposaient des médicaments, des fournitures et des équipements (MFE) nécessaires aux fonctions signal dans l'extraction du placenta en rétention, pour l'administration d'antibiotique parentéral, d'ocytocique parentéral et d'anticonvulsifs parentéraux pour l'extraction manuelle du placenta, et pour la réanimation de nouveau-né (le résultat moyen en pourcentage est illustré par la Figure 2.4). Pour les 23 centres qui proposent la césarienne, le score moyen en pourcentage pour les MFE et la disponibilité de personnel pouvant effectuer les césariennes était supérieure à 81%.

Le placenta en rétention est extrait manuellement ou par curetage. Les fragments placentaires en rétention, ou les produits de conception en rétention après un avortement incomplet, peuvent être extraits soit par curetage soit par aspiration à vide manuel. Les MFE pour extraire le placenta en rétention, tels que le Kit de l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU), le kit de dilation et le kit de curetage, étaient disponibles et en état de marche dans la moitié des centres (50%). Pris séparément, l'AMIU était disponible dans 38% des centres alors que le kit de dilatation et de curetage était disponible dans 36% des centres.

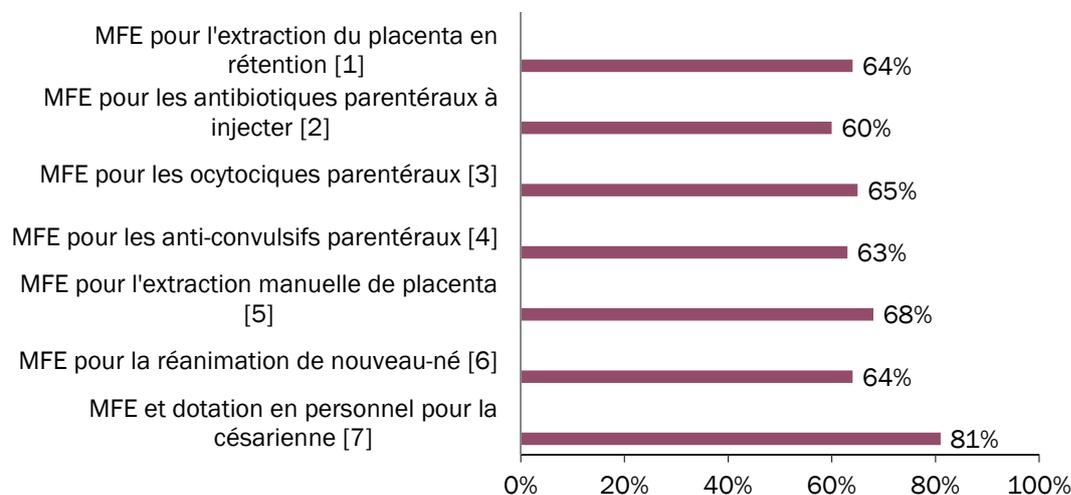
En ce qui concerne les MFE pour les antibiotiques parentéraux à injecter pour la lutte contre l'infection, l'ampicilline ou la gentamycine injectable, les seringues et les aiguilles étaient disponibles dans près des deux tiers des centres (61%) alors que le lactate de Ringer, la perfusion de NS ou de D5NS étaient disponibles dans plus de la moitié. En ce qui concerne les MFE pour l'utilisation d'anticonvulsifs parentéraux, le sulfate de magnésium, le diazépam, ou la phénytoïne étaient disponibles dans près de trois quarts des centres (72%).

Le traitement de première ligne, le sulfate de magnésium, était disponible dans 47% des centres, dans le service du travail et de l'accouchement.

En ce qui concerne les MFE pour l'extraction manuelle du placenta, l'ocytocine ou l'ergométrine injectable était disponible dans 78% des centres et l'ampicilline injectable dans plus de la moitié des centres (58%). En ce qui concerne les MFE pour la réanimation du nouveau-né, les poires d'aspiration étaient très courantes (85%), les appareils d'aspiration à utiliser avec des cathéters, les tubes et les masques (taille pour nourrisson) étaient courants (63% chacun) et les ballons et les masques (taille 00, 01) étaient disponibles dans la moitié des centres (50%) seulement.

Dans les 23 centres proposant la césarienne, les articles suivants étaient largement disponibles : tables d'opération, dispositifs d'éclairage, zone de nettoyage adjacente à la salle d'opération et instruments stérilisés prêts à l'usage (chacun 96%). Dans la moitié à plus des deux tiers des centres, l'halothane (64%), la kétamine (57%), les prestataires de soins de santé et les anesthésistes étaient disponibles pour réaliser des césariennes 24h sur 24 (70% chacun).

**Figure 2. 4. Médicaments, Fournitures et Équipements Pour les Fonctions Signal**



Remarques : N = 36, sauf N = 23 pour la césarienne

<sup>1</sup> Pourcentage moyen pour retrait à l'aspiration, dilatation, curetage, ocytocine ou l'ergométrine injectable

<sup>2</sup> Pourcentage moyen pour ampicilline ou gentamicine injectable, seringue et aiguille, lactate de Ringer, infusion de D5NS ou NS

<sup>3</sup> Pourcentage moyen pour ocytocine ou ergométrine injectable, seringue et aiguilles, lactate de Ringer, infusion de D5NS ou NS

<sup>4</sup> Pourcentage moyen pour sulfate de magnésium, diazépam ou phénytoïne injectables, seringue et aiguille, lactate de Ringer, infusion de D5NS ou NS

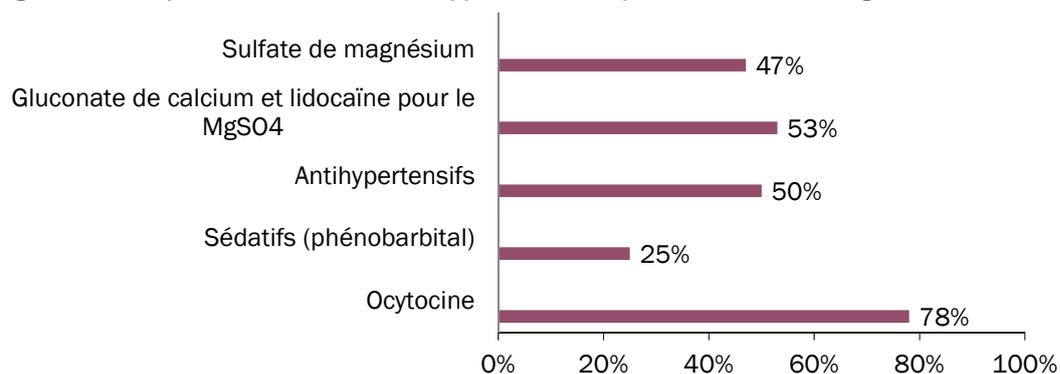
<sup>5</sup> Pourcentage moyen pour ampicilline injectable, ocytocine or ergométrine injectable

<sup>6</sup> Pourcentage moyen pour sac et masque (taille nourrisson), tube et maque (taille nourrisson), poire d'aspiration, appareil d'aspiration à utiliser avec cathéter, table de réanimation pour nouveau-né

<sup>7</sup> Pourcentage moyen pour table d'opération, lampe, nécessaire d'anesthésie, zone de lavage adjacente ou dans la salle d'opération, plateau, tambour, ou paquet avec instruments stérilisés prêts à l'utilisation, kétamine, présence d'un agent de santé capable d'exécuter une césarienne 24 heures sur 24 (emploi du temps observé), présence ou garde d'un anesthésiste 24 heures sur 24 (emploi du temps observé)

En ce qui concerne les médicaments spécifiques, l'ocytocine était disponible dans les trois quarts des centres (78%). Le sulfate de magnésium était disponible dans moins de la moitié de ces centres (47%), et les articles nécessaires à l'administration du sulfate de magnésium, du gluconate de calcium et de la lidocaïne étaient disponibles dans la moitié des centres (53% et 51%, respectivement) (Figure 2.5). Les antihypertensifs étaient disponibles dans la moitié des centres (50%). Cependant, les sédatifs (phénobarbital) étaient disponibles dans un quart des centres seulement. Conformément aux directives, les sédatifs ne devraient pas être utilisés.

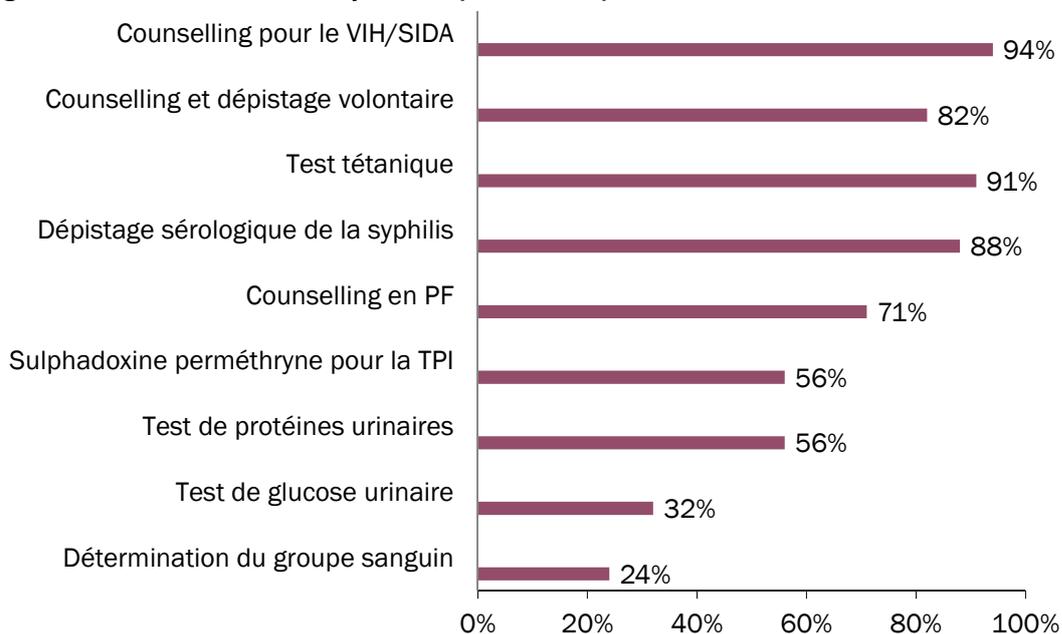
Figure 2. 5. Disponibilité des Articles Supplémentaires pour les Fonctions Signal



Remarques : N = 36.

L'étude a évalué la disponibilité des tests et des services relatifs aux SPN systématiquement proposés. Ainsi, le counseling en VIH/SIDA était systématiquement proposé dans 94% des centres, alors que le counseling et le dépistage volontaire étaient disponibles dans 82% des centres (Figure 2.6). Le vaccin antitétanique était également disponible le jour de la visite dans 91% des centres. Le dépistage sanguin de la syphilis était disponible dans 88% des centres et le counseling sur la planification familiale dans 71% des centres. Cependant, la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) pour le traitement préventif intermittent (TPI) était systématiquement proposée dans seulement un peu plus de la moitié (56%) des centres, comme l'était le test urinaire de protéines. Il a été rapporté que les tests urinaires de glucose ont été systématiquement proposés dans 32% des centres alors que la détermination du groupe sanguin était proposée dans 24% des centres.

Figure 2. 6. Eléments des SPN Systématiquement Proposés



Remarques : N = 34

Les articles de base essentiels pour les SPN étaient disponibles dans 82% des centres (score moyen en pourcentage pour 5 articles, non illustré). Presque tous les centres avaient un stéthoscope fœtal (97%), et des vaccins antitétaniques (94%). Un tensiomètre en état de marche était disponible dans 82% des centres, et des comprimés de fer/acide folique étaient disponibles dans 77% des centres alors que la SP pour le TPI était disponible dans 62% des centres. Comme nous l'avons déjà fait remarquer auparavant, les directives manquaient souvent au niveau des formations sanitaires. Les directives ou protocoles pour les SPN et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) étaient disponibles dans 38% des centres seulement, alors

que les directives pour la prise en charge de la PE/E étaient rarement disponibles (15%). Les bandelettes de test urinaire ou la possibilité de faire des tests d'urine bouillie manquaient également dans certains centres (29%).

Les articles nécessaires à un counseling de qualité en SPN étaient disponibles dans 54% des centres (score moyen en pourcentage des deux articles). Les directives ou les protocoles pour les SPN manquaient généralement (38%); cependant, les aide visuelles pour la sensibilisation des clientes sur les sujets relatifs à la grossesse et les SPN étaient plus disponibles (71%).

Les articles nécessaires à la PI étaient plus ou moins largement disponibles (82%, score moyen en pourcentage sur cinq articles). Tous les centres avaient des récipients à objets tranchants ou perforants et 94% avaient du savon pour le lavage des mains. L'eau pour le lavage des mains était disponible dans 79% des centres et des gants de latex propres étaient disponibles dans 71% des centres. Des solutions de décontamination pré-mélangées étaient disponibles dans 65% des centres.

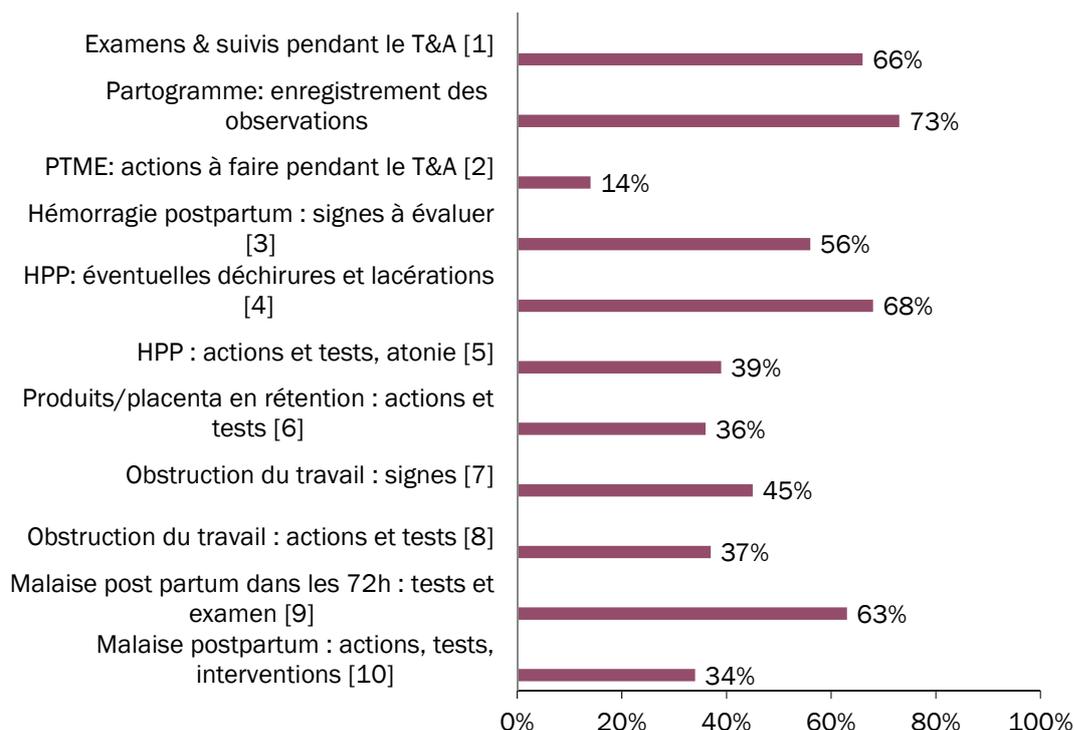
Les articles nécessaires à l'examen médical étaient disponibles dans deux tiers des centres (67% sur trois articles). Alors que la presque totalité des centres avaient une table ou un lit pour les accouchements (94%), deux tiers de ces centres avaient des salles privées pour préserver l'intimité et la confidentialité (65%) et 41% avait un projecteur pour les examens gynécologiques.

## **4.3 CONNAISSANCES ET COMPETENCES DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE**

### **Connaissance de la Santé de la Mère et du Nouveau-Né**

Les prestataires ont obtenu des scores variant de 34% à 68% dans dix domaines à points multiples de la SMN. Les prestataires ont obtenu des notes plus élevées pour les examens et les suivis nécessaires pendant le T&A (66%), comme par exemple la localisation de déchirures et de lacérations (68%), et les premiers tests et évaluations des femmes qui présentent des signes de malaise post-partum dans les 72 heures (63%) (voir Figure 3.1). La plupart des prestataires (73%) ont répondu correctement à la question sur le document où il faut consigner toutes les activités et les observations (« partogramme »). Les prestataires ont obtenu des scores plus bas pour les signes servant à évaluer les HPP (56%). Peu de prestataires connaissaient les actions et les tests à faire en cas d'atonie de l'utérus (39%). Les scores obtenus étaient également faibles pour les signes d'obstruction du travail (45%), les actions et tests à faire devant un cas d'obstruction du travail (37%), et les actions, les tests et les interventions à faire sur une femme qui présente un malaise post-partum dans les 72 heures (34%), même si les prestataires ont obtenu des scores plus élevés sur les premiers tests et évaluations pour une femme présentant un malaise post-partum, comme il a été noté ci-dessus. Le score le plus bas était pour les connaissances en prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) (14%). Dans l'ensemble, le score moyen pour les connaissances dans les dix domaines de la SMN, à l'exception de la PTME, était de 52%.

**Figure 3. 1. Score Moyen pour la Connaissance des Prestataires de soins de santé**



Remarque : N = 138

<sup>1</sup> Pourcentage moyen pour les étapes suivantes : suivi du rythme cardiaque du fœtus, évaluation du degré de moulage, évaluation de la dilatation du col, évaluation de la descente de la tête, suivi des contractions utérines, suivi de la tension artérielle de la mère, suivi du pouls de la mère, suivi de la température de la mère, vérification des urines, recherche de méconium dans le liquide amniotique

<sup>2</sup> Pourcentage moyen pour les étapes suivantes : counseling sur la PTME, prophylaxie antirétrovirale en début du travail, essuyer le nez, la bouche et les yeux du nouveau-né avec une gaze, éviter la succion, pas d'épisiotomie systématique, réduire au minimum les accouchements aux instruments ; nettoyage du vagin par hibitane ; réduire au minimum l'examen vaginal ; réduire au minimum la rupture artificielle des membranes ; éviter de traire le cordon ombilical/clamper immédiatement le cordon ; utilisation appropriée du partogramme ; GATPA ; prophylaxie antirétrovirale pour le nouveau-né

<sup>3</sup> Pourcentage moyen pour l'utérus non contracté/atonie de l'utérus ; pouls rapide ou faible ; volume de saignement externe ; rétention de produits de la conception/placenta ; blessures des voies génitales ; pâleur ; vérifier si la vessie est pleine

<sup>4</sup> Pourcentage moyen pour partie antérieure de l'urètre, du vagin, du col, du périnée

<sup>5</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : rassurer la femme, masser l'utérus, vider la vessie, administrer des utérotoniques en IM ou IV, effectuer une compression bimanuelle de l'utérus, effectuer une compression abdominale de l'aorte, démarrer les liquides en IV, prélever du sang pour groupage et compatibilité croisée, préparer pour bloc opératoire si le sang ne s'arrête pas, référer au médecin ou à l'hôpital, relever le pied du lit.

<sup>6</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : rassurer la femme, vider la vessie, répéter l'administration d'utérotoniques, retirer manuellement le placenta/produits de la conception, donner des liquides en IV, vérifier les signes vitaux pour choc, vérifier la contraction de l'utérus, masser l'utérus après retrait, donner des antibiotiques, prélever du sang pour groupage et compatibilité croisée, préparer pour bloc opératoire si le sang ne s'arrête pas, référer au médecin ou à l'hôpital

<sup>7</sup> Pourcentage moyen pour aucun signe de descente ou de présentation d'une partie du corps, aucun changement de la dilation du col, anneau de Bandl, modelage sévère, première étape > 12 heures, deuxième étape > 2 heures

<sup>8</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : rassurer la femme, commencer les liquides en IV, drainage continu de la vessie par sonde, préparer pour césarienne, appeler le médecin ou référer, donner des antibiotiques parentéraux, prélever du sang pour groupage et compatibilité croisée, surveiller les signes vitaux

<sup>9</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : évaluer le saignement vaginal, vérifier le pouls (rapide/faible), rechercher une fièvre élevée, vérifier s'il y a une faible tension artérielle, vérifier s'il y a des douleurs ou une sensibilité abdominale, vérifier pour des écoulements vaginaux malodorants, vérifier la présence d'anémie/effectuer un test rapide de diagnostic du paludisme

<sup>10</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : commencer les liquides en IV, administrer des antibiotiques parentéraux, administrer des analgésiques/antipyrétiques, faire des prélèvements endométriques, faire une échographie, commencer le traitement antipaludique si le test est positif, effectuer une aspiration manuelle, référer au médecin ou à l'hôpital.

Une question portait sur quelques pratiques non recommandées et sur la nécessité ou non d'utiliser systématiquement chacune d'elles pendant le travail (non illustré). Parmi les personnes interviewées, 99% ont donné la bonne réponse ("faux") pour l'épisiotomie, 95% pour la rupture

artificielle des membranes, 90% pour les lavements, et 76% pour le rasage du pubis, mais seulement 47% pour l'aspiration du nez et de la bouche du nouveau-né, ce qui signifie que la moitié des prestataires croient encore que l'aspiration du nez et de la bouche du nouveau-né est une pratique systématique.

### Cas Fictif de Pré-Éclampsie/Éclampsie

Des données sur un cas fictif d'une femme qui présente une PE/E a été lue à haute voix. Les personnes interrogées ont reçu un exemplaire imprimé de l'étude de cas pour qu'elles puissent suivre la lecture. Le score moyen pour la première section, les éléments d'examen médical, était de 66%. Presque toutes les personnes interrogées ont reconnu le diagnostic correct de pré-éclampsie sévère (96%). Pris ensemble, le score moyen pour l'examen et le diagnostic était de 70%. Pourtant, seul un tiers des personnes interrogées ont mentionné les étapes de stabilisation de la mère avec du sulfate de magnésium et d'antihypertensifs (33%). Les personnes interrogées ont obtenu un score moyen de 47% pour les premières étapes de la prise en charge d'une femme atteinte de pré-éclampsie sévère et un score moyen de 50% pour la prise en charge correcte des convulsions. De même, la moitié des personnes interrogées savaient quels étaient les équipements et les fournitures essentielles qui doivent être disponibles au centre de référence (56%). Seul un tiers des personnes interrogées (30%) connaissaient les actions à entreprendre une heure après. Pour l'ensemble des personnes interrogées, le score à l'étude de cas a été de 51%.

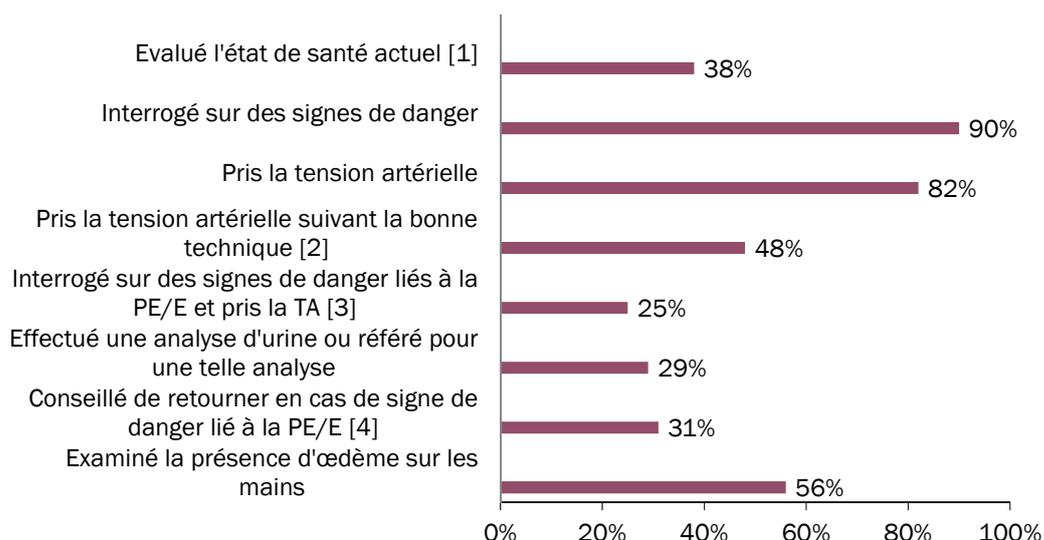
### Simulation de Réanimation d'un Nouveau-Né

Les prestataires ont eu à réaliser une simulation à trois parties de la réanimation d'un nouveau-né sur un modèle anatomique fourni par l'intervieweur. Plus de la moitié des prestataires (57%) ont montré correctement comment accomplir toutes les étapes : sécher le nouveau-né, le placer sur une surface chaude, maintenir la tête dans une position d'extension légère, aspirer dans la bouche ou dans le nez avec un ballon ou un cathéter. Pour la ventilation, un tiers (34%) des prestataires ont montré correctement tous les éléments (placer un masque de taille correcte recouvrant le menton, la bouche ou le nez; comprimer le ballon entre deux doigts ou deux mains de façon appropriée, et ventiler à un rythme de 40 respirations/minute). Deux tiers (66%) des prestataires ont fait la démonstration des rajustements (vérification de la position du cou, vérification du joint, répétition de l'aspiration, et/ou compression plus forte). Le score global obtenu pour la réanimation de nouveau-né était de 52%.

## 4.4 OBSERVATIONS DES SOINS PRENATAUX

Presque toutes les clientes ont été interrogées sur la présence d'un signe de danger (90%). Cependant pour l'évaluation de l'état de santé sur les 11 éléments lors des SPN, le score moyen était seulement de 38% (Figure 4.1). Dans la moitié des cas ou plus, les prestataires ont demandé à la cliente si elle avait eu des saignements vaginaux, s'il y avait un problème qui la préoccupait, si elle avait eu des écoulements malodorants, si elle avait senti le bébé bouger (50% à 77%). Ils posaient moins fréquemment la question de savoir si elle avait eu une toux persistante au cours des deux dernières semaines ou plus, si elle connaissait son statut sérologique (VIH), si elle avait eu des convulsions ou avait perdu conscience, si elle avait de grosses difficultés à respirer, si ses mains ou son visage étaient enflés, si elle avait des maux de tête, voyait flou, ou avait de la fièvre (4 à 40%). Si les prestataires ont pris la tension artérielle de 82% des clientes, ils ne l'ont fait correctement que dans 48% des cas. Concernant l'évaluation de la pré-éclampsie, les prestataires ont interrogé la cliente sur les signes de danger ou ont pris sa tension artérielle correctement dans seulement un quart (25%) des observations. De même, seulement 29% des femmes ont fait l'objet d'une analyse urinaire ou d'une référence pour cette analyse. Les prestataires ont conseillé à la femme de retourner au dispensaire en cas de signe de danger (mal de tête, vue floue ou mains ou visage enflés) dans 31% des CPN observées. Dans plus de la moitié des observations (56%), les prestataires ont examiné les mains des femmes à la recherche d'œdème.

**Figure 4. 1. Etat de Sante Actuel et Evaluation de la PE/E**



Remarque : N = 323

<sup>1</sup> Pourcentage moyen pour saignement vaginal, fièvre, maux de tête ou vue floue, enflure du visage ou des mains, difficultés respiratoires sévères, convulsions ou perte de conscience, écoulements malodorants, question pour savoir si la cliente a senti le bébé bouger ou non, toux persistante depuis deux semaines ou plus, question pour savoir si la cliente connaît son statut sérologique (VIH) et s'il y a d'autres problèmes qui l'inquiètent

<sup>2</sup> Prise de la tension artérielle en position assise ou sur le côté gauche, prise de la tension au niveau du cœur

<sup>3</sup> Les deux éléments de recherche de PE/E : question sur les signes de danger et prise de la tension artérielle selon la bonne technique

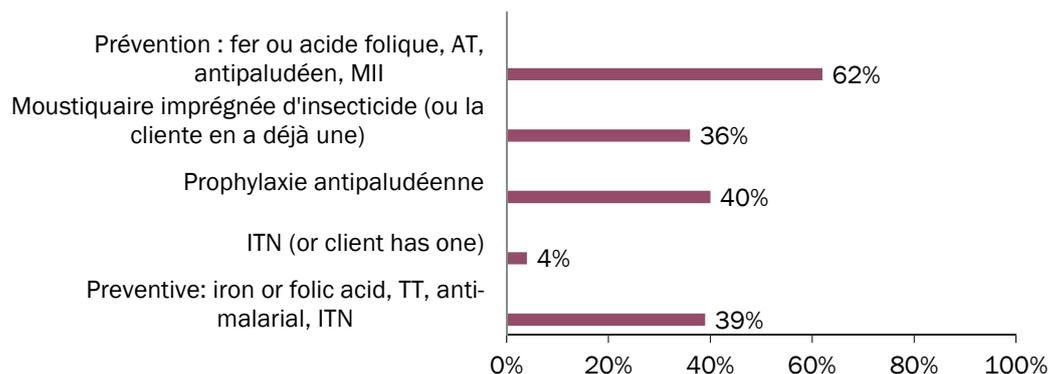
<sup>4</sup> Conseille de revenir en cas de maux de tête ou de vue floue, conseille de revenir en cas d'enflure des mains ou du visage

Dans les premières CPN observées, les prestataires ont administré le vaccin antitétanique à près de trois quart (70%) des femmes et ont donné des comprimés de fer ou d'acide folique à la moitié d'entre elles (53% et 54% respectivement). Le score moyen pour ces deux points était de 62%, tel qu'indiqué à la Figure 4.2.

Le score moyen exprimé en pourcentage des prestataires ayant interrogé les clientes multigestes sur leur historique de grossesse au cours de la première CPN était de 36%. Les prestataires ont systématiquement interrogé les clientes sur les cas d'enfant mort-né, d'avortement et de césarienne par le passé (71 à 80%). S'ils se sont enquis de décès néonataux dans la moitié des observations (57%), ils ont rarement interrogé les clientes sur leurs antécédents en matière d'anémie, de convulsions en cours de grossesse, d'assistance à l'accouchement, d'hypertension liée à la grossesse, de travail prolongé, de grossesses multiples ou de saignements abondants après l'accouchement (1 à 26%). Lors de quasiment toutes les premières CPN, le prestataire a demandé l'âge de la cliente, la date de ses dernières règles et le nombre de grossesses antérieures (94 à 99%) (non illustré).

Les prestataires ont administré un traitement prophylactique antipaludique (SP) dans 40% des cas observés mais n'ont donné de moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) que rarement, c'est-à-dire seulement 4% des cas. En moyenne, ils ont administré le traitement préventif (comprimés de fer ou d'acide folique à la première consultation, vaccin antitétanique, prophylaxie antipaludique ou MII) dans 39% des consultations SPN observées.

**Figure 4. 2. Première Consultation Prénatale et Traitements Préventifs**

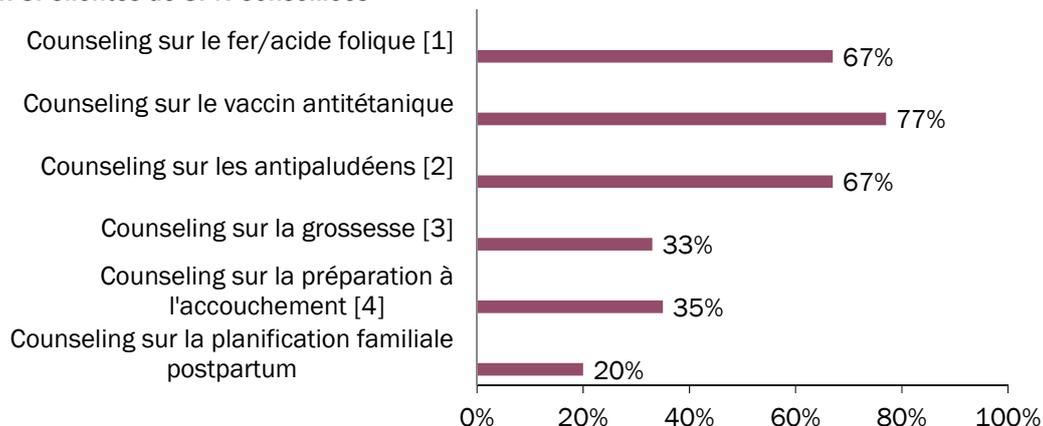


Remarques : N = 108 pour toutes les clientes venant pour leur première consultation, et N = 60 pour les multipares venant pour leur première consultation. N = 322 pour les AT, antipaludéen, et MII.

<sup>1</sup> Pourcentage moyen pour antécédent des de mort-né, de saignement abondant pendant ou après accouchement, de césarienne, d'avortement, de grossesse multiplie, de travail prolongé, d'hypertension liée à la grossesse, de convulsions liées à la grossesse, d'accouchement assisté (forceps, ventouse), d'anémie, de décès néonataux

Dans plus de deux tiers des cas (67 à 77%), les prestataires ont donné des conseils relatifs aux comprimés de fer/acide folique, aux antipaludéens et au vaccin antitétanique (Figure 4.3). Cependant, le score obtenu est bien plus bas pour le counseling sur la grossesse et sur la préparation à l'accouchement (33 à 35%). Le score obtenu pour le counseling sur la planification familiale post-partum était également bas (20%).

**Figure 4. 3. Clientes de SPN Conseillées**



Remarque : N = 322

<sup>1</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : expliquer le but du traitement, expliquer comment le prendre, expliquer les effets secondaires

<sup>2</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : expliquer le but du traitement, expliquer comment le prendre, expliquer les effets secondaires

<sup>3</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : informer la cliente sur l'évolution de la grossesse, dire à la cliente de revenir en cas de saignement vaginal, dire à la cliente de revenir en cas d'enflure du visage ou des mains, dire à la cliente de revenir en cas de maux de tête sévères ou de vue floue, dire à la cliente de revenir en cas de toux persistante, dire à la cliente de revenir en cas de douleurs abdominales sévères

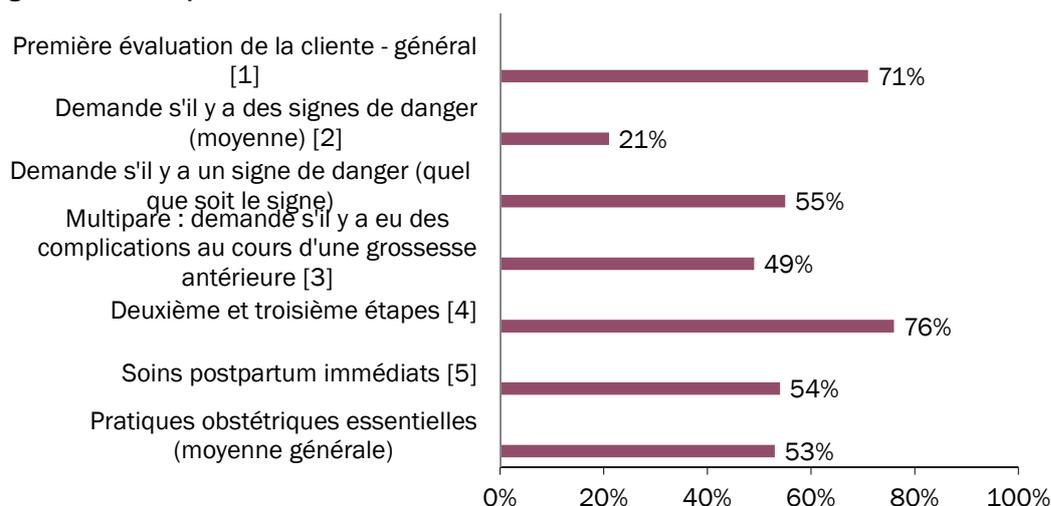
<sup>4</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : demander à la cliente où elle va accoucher, conseiller à la cliente de se préparer pour l'accouchement (mettre de l'argent de côté, prendre les dispositions pour le transport d'urgence), conseiller à la cliente d'avoir recours à des agents de santé qualifiés pour l'accouchement, discuter avec la cliente des nécessaires d'urgence à avoir à la maison (par exemple, lame stérile).

## 4.5 OBSERVATIONS DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

En ce qui concerne l'observation T&A, les prestataires ont réalisé plutôt régulièrement le premier examen des clientes avec un résultat de 71% pour l'ensemble des observations du T&A. Ce score est similaire à celui obtenu pour la composante des deuxièmes et troisièmes étapes des pratiques de travail (76%) (Figure 5.1). Les prestataires ont demandé à environ la moitié des clientes si elles ont présenté un signe de danger pendant leur grossesse en cours (55%). Cependant, le score moyen pour l'ensemble des sept signes de danger était de 21%. Les prestataires ont demandé à 55% des clientes multipares si elles ont présenté des signes de danger pendant leur grossesse précédente. La moitié de l'ensemble des femmes ont également reçu des pratiques de soin post-partum (54%). Le score global obtenu pour les pratiques essentielles en observation du T&A est de 53%.

Parmi les points d'évaluation initiale des clientes, les bons scores concernaient les points suivants : poser des questions à leurs clientes sur leur âge, leur grossesse et leur parité, réaliser des examens abdominaux avec un mètre ruban, vérifier la présentation fœtale, prendre le rythme cardiaque du fœtus, et réaliser des examens vaginaux (89 à 93% chacun). La température et le pouls ont été pris chez la moitié des femmes (46 à 48%), alors que les résultats d'analyse d'urines n'ont été notés ou discutés que dans 10% des cas examinés. Les questions relatives à chaque type de signe de danger ont obtenu des résultats allant de 10% à 34%. Pendant la deuxième et la troisième étapes, les prestataires ont plutôt souvent (62 à 86% chacun) supporté doucement la tête du bébé, vérifié si le placenta et les membranes sont complets, et vérifié s'il y a des lacérations.

Figure 5. 1. Pratiques Essentielles Pendant le T&A



Remarques : N = 272 pour toutes les composantes sauf : N = 168 pour les multipares et N = 336 pour les soins post-partum.

<sup>1</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : vérifier le carnet de la cliente ou lui demander son âge, la durée de la grossesse et la parité ; prendre la température ; prendre le pouls ; demander noter la quantité d'urine émise ; mesurer la hauteur de l'utérus avec mètre ruban, effectuer un examen général (recherche d'anémie, d'œdème) ; effectuer une palpation abdominale: vérifier la présentation du fœtus par la palpation du fœtus ; effectuer une palpation abdominale : vérifier le rythme cardiaque du fœtus à l'aide d'un stéthoscope ou par échographie ; faire un examen vaginal (dilatation du col, descente du fœtus, position, membranes, méconium)

<sup>2</sup> Pourcentage moyen pour fièvre, écoulements malodorants, maux de tête ou vue floue, enflures du visage ou des mains, convulsions ou pertes de conscience, souffle court, saignement vaginal

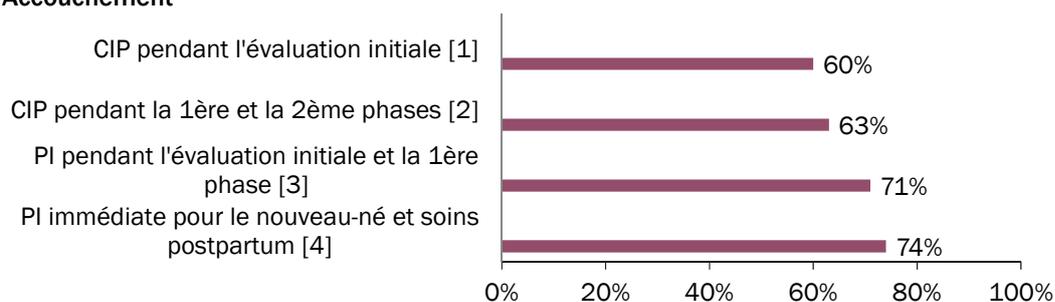
<sup>3</sup> Pourcentage moyen pour tension artérielle élevée, des saignements abondants pendant ou après l'accouchement/hémorragie, antécédent césarienne, antécédent de mort-né, avortement, antécédent d'accouchement assisté

<sup>4</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : prendre les signes vitaux de la mère toutes les 15 minutes après la naissance, palper l'utérus 15 minutes après la délivrance du placenta

En ce qui concerne la communication interpersonnelle, des résultats élevés ont été obtenus sur les éléments suivants : les prestataires saluaient respectueusement leurs clientes, les encourageaient à se faire assister par un personne accompagnant pendant tout le travail et l'accouchement, informaient les femmes enceintes des résultats, administraient les traitements

aimablement, et enveloppaient les femmes (65 à 88% chacun). Des scores assez élevés ont été obtenus pour l'explication des procédures aux femmes, pour le soutien apporté à la personne, l'incitation à faire de la marche et à se promener ou à adopter des positions différentes pendant la première étape du travail (35 à 49% chacun) (Figure 5.2). Il a été plutôt rare que le prestataire demande à la femme ou à la personne accompagnant si elle a des questions à poser (28%). Il a été noté que le score moyen pour la prévention des infections en général a obtenu était élevé (74%) sur les neuf éléments. Deux éléments ont obtenus des scores faibles. Dans plus de la moitié des cas observés (60%), le prestataire a placé des linges protecteurs propres pour couvrir le visage, les mains et le corps afin de préparer la femme à l'accouchement, et dans un quart des cas observés (26%), le prestataire a enlevé le tablier et fait le nettoyage avec une solution chlorée à 0,5%.

**Figure 5. 2. Communication Interpersonnelle et Prévention des Infections Pendant le Travail et l'Accouchement**



Remarques : N = 275 pour la CIP pendant l'évaluation initiale, N = 262 pour la 1ère et la 2ème étape du travail, N = 263 pour la PI pendant la première étape du travail, et N = 339 pour la PI chez le nouveau-né et les soins post-partum.

<sup>1</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : saluer respectueusement la femme, encourager la femme à avoir une personne de confiance avec elle durant le travail et la naissance, demander à la femme (et sa personne de confiance) si elles ont des questions, expliquer les procédures à la femme (personne de confiance) avant de la réaliser, informer la femme enceinte des constats.

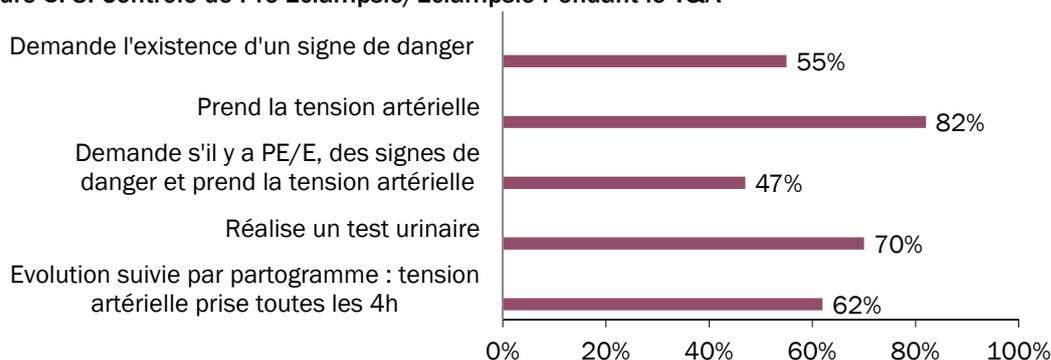
<sup>2</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : au moins une fois, expliquer à la femme enceinte et à sa personne de confiance ce qui va se passer pendant le travail ; au moins une fois, encourager la femme à boire et à manger pendant le travail ; au moins une fois, encourager/aider la femme à faire de la marche et à adopter différentes positions durant le travail ; soutenir la femme de manière aimable durant le travail, la recouvrir.

<sup>3</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : se laver les mains avant tout examen, porter des gants ayant subi une désinfection de haut niveau ou stériles pour l'examen vaginal ; porter des vêtements de protection en préparation de l'accouchement avec protection du visage, des mains et du corps de tout contact avec des fluides corporels

<sup>4</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : jeter les instruments tranchants dans un récipient résistant à la ponction immédiatement après usage, décontaminer tous les instruments à réutiliser dans une solution chlorée à 0,5%, jeter tous les déchets contaminer dans un récipient étanche, enlever les tabliers et essuyer avec une solution chlorée à 0,5%, se laver soigneusement les mains au savon et les sécher

En ce qui concerne le contrôle de la PE/E, la tension artérielle a presque toujours été prise (88%) (Figure 5.3). Les signes de danger ont été discutés dans plus de la moitié des examens (55%). Le score obtenu pour ces deux éléments est de 47%. Le test de protéinurie a été rarement réalisé (7%). La tension artérielle des patientes a été enregistrée au moins toutes les quatre heures pour près des deux tiers des quelques patients dont les données relatives au T&A ont été transcrites sur un partogramme (N = 89 ou 28% des cas de T&A observés).

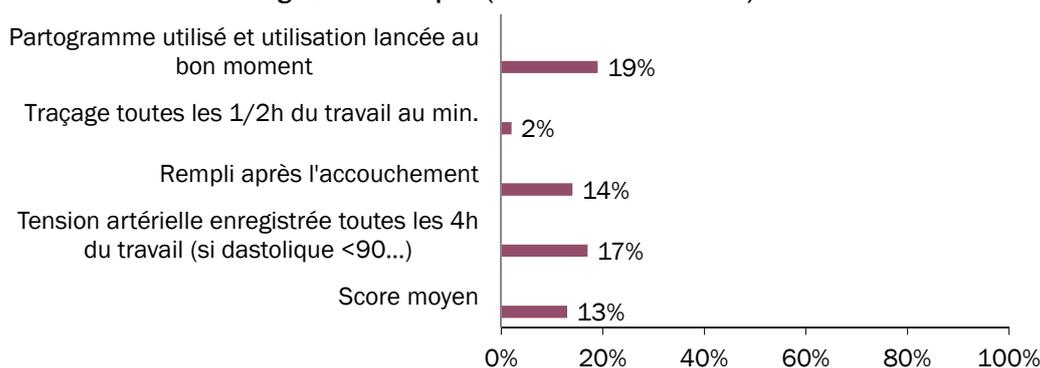
**Figure 5. 3. Contrôle de Pré-Eclampsie/Eclampsie Pendant le T&A**



Remarques : N = 273 pour tout, sauf N = 89 pour l'élément partogramme.

Un partogramme a été utilisé dans le quart des T&A observés (28% de 342 naissances). Comme le montre la Figure 5.4, l'utilisation du partogramme a été débutée au bon moment seulement dans 19% des naissances observées. Dans 14% des observations, le partogramme a servi à consigner des informations post-accouchement, notamment l'heure de naissance et le type d'accouchement. Dans les cas des naissances où un partogramme a été utilisé (voir Tableau 3), les prestataires ont lancé son utilisation au moment dans la majorité des cas (de deux tiers à trois quarts des cas) en fonction du type de partogramme utilisé. Ils ont enregistré la tension artérielle toutes les quatre heures dans les deux tiers des cas (63%). Cependant, le taux de remplissage était faible pour d'autres éléments du partogramme et était aussi faible que 5,5% pour la prise du pouls de la mère toutes les 30 minutes. Dans les observations où la ligne d'action a été atteinte, une mesure de suivi a été engagée dans tous les cas. Cependant, aucun spécialiste n'a été consulté dans la totalité de ces cas.

**Figure 5. 4. Utilisation du Partogramme Complet (Toutes les Naissances)**



Reque : N = 347

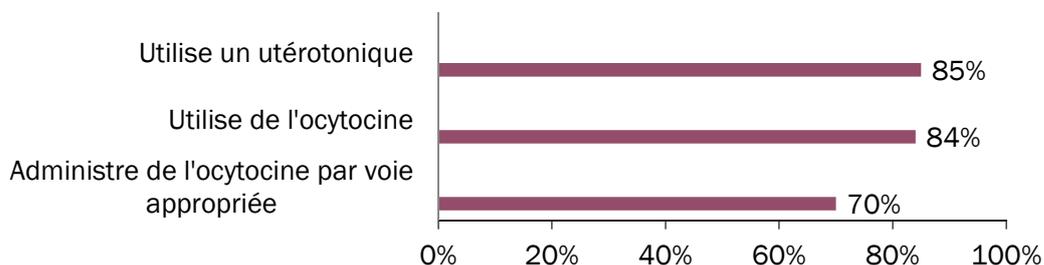
**Tableau 3. Caractéristiques de l'Utilisation du Partogramme**

LANCEMENT L'UTILISATION DU PARTOGRAMME AU BON MOMENT PAR TYPE DE PARTOGRAMME	POURCENTAGE
Partogramme de 3cm (ancien de l'OMS)	67,3
Partogramme de 4cm (nouveau de l'OMS)	79,6
Autre partogramme	77,0
<b>Consignation des éléments suivants sur le partogramme au moins toutes les 30 minutes durant le travail</b>	
Fréquence/durée des contractions	47,6
Battement cardiaque du fœtus	34,0
Pouls de la mère	5,5
<b>Consignation de la tension artérielle toutes les quatre heures durant le travail</b>	63,0
<b>Consignation des éléments suivants sur le partogramme après l'accouchement :</b>	
Heure de naissance	72,0
Méthode d'accouchement	58,5
<b>Mesures appropriées prises aux seuils d'action (parmi les partogrammes où ces seuils ont été atteints) (N = 28)</b>	
Consulter un spécialiste	0,0
Référer à une formation sanitaire pour soins spécialisés	2,2
Préparer pour un accouchement assisté	40,8
Préparer pour une césarienne	30,1
Autres	21,3

Remarques : Les données portent sur 89 observations de T&A pour lesquelles un partogramme a été utilisé. La somme des pourcentages dépasse les 100% parce qu'il s'agit de valeurs pondérées.

En ce qui concerne la GATPA, les prestataires ont administré un utérotonique (ocytocine) au cours de la troisième étape du travail dans la majorité des cas (85%). La Figure 5.5 donne la fréquence de chaque élément de la GATPA.

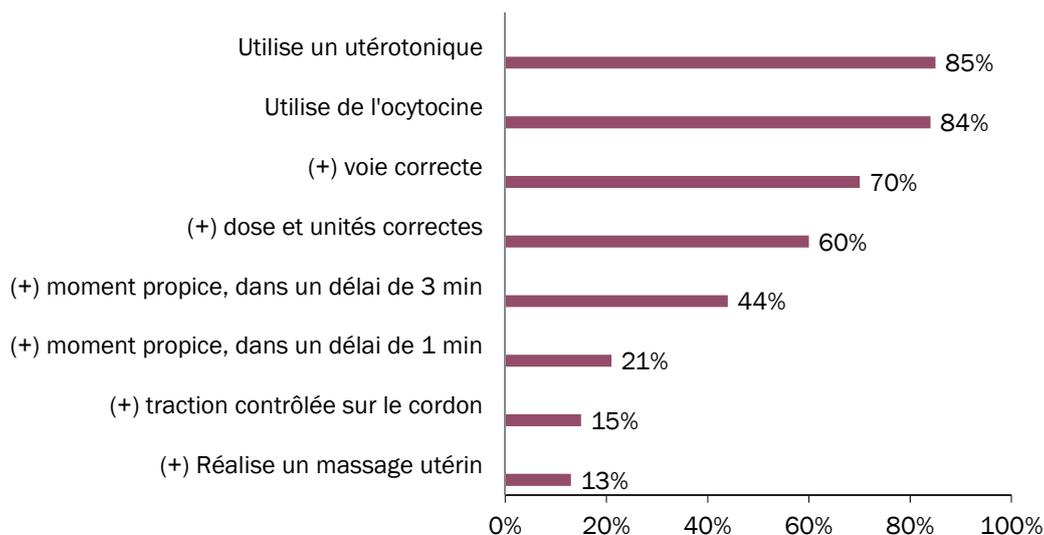
**Figure 5. 5. Réalisation de Chacune des Etapes de la GATPA Pendant les Accouchements Observés**



Remarques : N = 288

La conformité à tous les éléments de la GATPA est montrée dans la Figure 5.6. Dans 60% des cas observés, l'ocytocine a été administrée correctement, que ce soit en termes de dose ou de voie d'administration. Ce chiffre tombe à 21% s'il est pris en considération que l'ocytocine doit être administrée pendant la première minute. Si la traction contrôlée du cordon et le massage utérin sont ajoutés aux critères, seuls 13% des cas observés étaient en conformité avec tous les éléments et étapes de la GATPA.

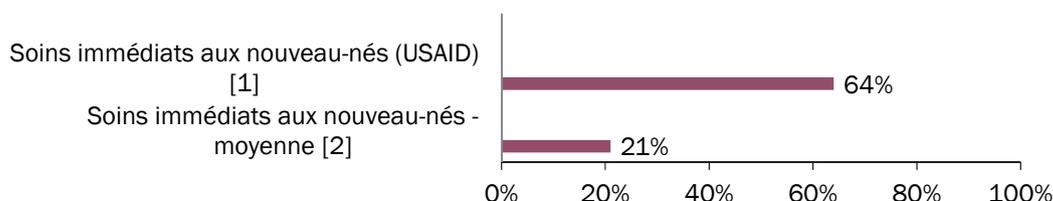
**Figure 5. 6. Observation de la Conformité à Toutes les Etapes Correctes de la GATPA Pendant l'Accouchement**



Remarques : N = 288

Les soins immédiats aux nouveau-nés comportent six éléments, et le score moyen en pourcentage était de 63% (Figure 5.6). Parmi les éléments accomplis fréquemment se trouvent : essayer immédiatement le nouveau-né avec une serviette sèche, mettre de côté la serviette mouillée et recouvrir le bébé d'une serviette sèche, couper le cordon avec une lame propre, retarder le clampage du cordon (71 à 95% chacun). Les prestataires ont plus rarement aidé les mères à allaiter dans la première heure, le résultat est de 37% soit un tiers des cas, et le bébé a été placé peau contre peau avec sa mère dans seulement un quart des cas, soit 27%. Les SEN comprennent quatre de ces éléments (séchage, couverture avec une serviette sèche, section du cordon avec une lame propre et assistance pour l'allaitement dans la première heure). Ces quatre éléments ont été réalisés ensemble chez seulement un cinquième des cas observés (21%).

**Figure 5. 7. Soins du Nouveau-Né**



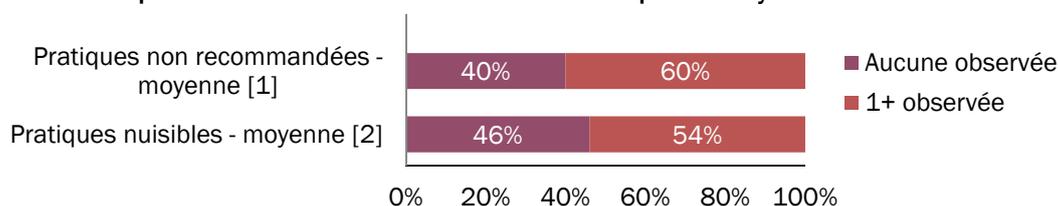
Remarques : N = 336

<sup>1</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : placer le nouveau-né peau à peau sur l'abdomen de la mère ; sécher immédiatement le nouveau-né avec une serviette ; enlever la serviette mouillée et couvrir avec une serviette sèche ; couper le cordon avec une lame ; aider la mère à démarrer l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance ; nouer/clamper le cordon à l'arrêt des pulsations ou 2 à 3 minutes après la naissance sinon, (mais pas immédiatement après la naissance).

<sup>2</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes ; sécher immédiatement le nouveau-né avec une serviette; enlever la serviette mouillée et couvrir avec une serviette sèche ; couper le cordon avec une lame ; aider la mère à démarrer l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance

Au moins, une pratique nuisible ou non recommandée a été accomplie. Dans la majorité des cas observés (54 à 60% chacune) (Figure 5.8). Parmi ces pratiques nuisibles, l'étirement du périnée était courant (70%). Dans 30% des cas observés, le nouveau-né a également été tenu en l'air la tête en bas. Les autres pratiques nuisibles ont été plus rares (utiliser des lavements, raser le pubis, appliquer une pression sur l'utérus, laver l'utérus, ou gifler le nouveau-né) (1 à 17% chacune). Parmi les pratiques non recommandées, l'exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement a été observée dans la moitié des cas (49%). L'utilisation d'épisiotomie, l'aspiration du nez et de la bouche du nouveau-né à sa naissance, la restriction de l'ingestion d'aliments et de liquides pendant le travail, et autres pratiques, ont été plus rarement observées (4% à 22% chacune).

**Figure 5. 8. Pratiques Nuisibles et Non Recommandées : Fréquence Moyenne dans les Observations**



Remarques : N = 339

<sup>1</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement, recours à l'épisiotomie, aspiration de la bouche et du nez du nouveau-né, restriction des aliments et des liquides pendant le travail

<sup>2</sup> Pourcentage moyen pour les mesures suivantes : recours au lavement, rasage du pubis, pression sur l'utérus, lavage de l'utérus après l'accouchement, gifler le nouveau-né, tenir le nouveau-né la tête vers le bas, traire la poitrine du nouveau-né, étirer manuellement le périnée

## 4.6 OBSERVATIONS DES CAS DE COMPLICATIONS

Les observateurs ont fait le suivi et enregistré les données sur 10 cas de PE/E, 15 cas de HPP et 49 cas de réanimation de nouveau-nés.

### Récapitulatif de la Prise en Charge des Cas de Suspicion de Pré-éclampsie/Eclampsie Observés à Madagascar (N = 10)

#### Nombre de Cas et de Formations Sanitaires

L'observateur a suspecté la présence de PE/E chez des clientes et a suivi ces cas en utilisant le module d'observation de la PE/E, ce qui a donné pour résultat neuf cas de pré-éclampsie et un cas d'éclampsie. Ces cas de PE/E se sont produits dans sept centres évalués; trois cas se sont produits dans des centres hospitaliers universitaires. Dans l'un des cas, le nouveau-né est mort, cependant la cause de décès n'était pas connue. Le récapitulatif ci-dessous montre la disponibilité des médicaments dans ces centres, la prestation systématique des soins de PE/E

pertinents pendant les SPN dans ces centres, la prise en charge des 10 cas observés et les hypothèses dans l'analyse.

### Disponibilité des Médicaments

D'après les observations, le sulfate de magnésium était disponible dans les stocks de la pharmacie de trois des sept centres où les cas de PE/E ont été suivis. Il était également disponible dans les stocks des services maternité de quatre de ces sept centres. Le sulfate de magnésium était disponible à la fois dans la pharmacie et les stocks de la maternité dans deux centres seulement. Le sulfate de magnésium n'était disponible dans aucune des stocks de deux des sept centres, y compris un hôpital public régional où deux cas suspectés de PE/E se sont produits. Le diazépam était disponible dans trois des sept centres où les cas de PE/E ont été observés; deux de ces centres avaient également du sulfate de magnésium (disponibles dans la pharmacie ou dans le service maternité, ou dans les deux). L'un des quatre centres sans Diazépam était également l'hôpital régional qui n'avait pas de sulfate de magnésium. Le phénobarbital était disponible dans deux des sept centres seulement, alors que la phénytoïne n'était disponible dans aucun de ces centres.

Le gluconate de calcium était disponible dans trois des sept centres; deux de ces centres avaient du sulfate de magnésium dans au moins un de ses stocks. La lidocaïne était disponible dans deux des sept centres; un de ces centres avait également du sulfate de magnésium dans les stocks de son service maternité ainsi que dans celles de sa pharmacie. Les médicaments contre l'hypertension étaient disponibles dans deux des sept centres où des cas de PE/E ont été observés, mais dans l'un de ces centres, l'unique antihypertensif disponible était le méthyldopa. L'ensemble des quatre antihypertensifs examinés était disponible dans un centre seulement ; ce centre était le même que celui qui avait du sulfate de magnésium disponible aussi bien dans sa pharmacie que dans son service maternité.

### Prestation Systématique des soins Pertinents Pendant la SPN

Les informations sur l'équipement et les pratiques systématiques pendant la SPN étaient disponibles dans six centres, qui représentent les neuf cas de suspicion de PE/E. Dans quatre de ces centres, il a été observé que la prise de la tension artérielle était systématique pendant la SPN. Pourtant, le test d'urines n'était systématique que dans un centre, un hôpital privé (même si un autre centre déclarait faire cette analyse dans ses rapports, l'observation sur les lieux n'a pas permis de le prouver). Un tensiomètre en état de marche a été vu dans quatre de ces centres. Un seul centre avait l'équipement pour les tests d'urine dans sa salle d'examen – ce centre est le même que celui où il a été observé que les tests d'urine sont systématiques pendant la CPN. Ce centre était également le seul où il y avait des directives et des protocoles pour la prise en charge de la PE/E.

### Prise en Charge de Cas

Les prestataires n'ont administré du sulfate de magnésium à aucun des cas de PE/E, y compris dans les centres qui en avaient en réserve. Par contre, le diazépam a été administré à cinq de ces cas alors que les antihypertensifs ont été administrés dans au moins deux cas. Dans au moins 1 un cas, les antihypertensifs n'ont pas été administrés à des clientes qui auraient dû en recevoir, même si ces médicaments étaient disponibles dans le centre. Le sulfate de magnésium n'a pas été administré à une patiente atteinte de convulsions, même s'il était disponible dans le centre hospitalier. Cette patiente n'a non plus été tournée sur le côté pour éviter l'inhalation et pour assurer une bonne circulation entre le fœtus et le placenta. Dans un cas de PE, la patiente a été transférée dans un autre centre, même si le centre d'origine (un hôpital public de district) aurait dû être en mesure de prendre en charge la PE et de procéder à un

Dans l'ensemble, le sulfate de magnésium n'a pas été administré dans les cas de PE/E, contrairement aux procédures standards, et même s'il était disponible. Les médicaments contre l'hypertension n'ont pas été administrés de manière cohérente quand leur administration était pertinente et quand ils étaient disponibles. Ces résultats sont en accord avec les résultats sur les cas fictifs d'interview par les prestataires, dans lesquels les scores obtenus pour la prise en charge de la PE étaient bas.

accouchement au forceps ou à la ventouse, au besoin. D'après les observations, l'utilisation des partogrammes a été lancée dans deux de ces cas seulement. Dans aucun cas, le partogramme n'a été rempli correctement en y incluant le tracé de la tension artérielle.

Dans l'ensemble, le sulfate de magnésium n'a pas été administré dans les cas de PE/E, contrairement aux procédures standards, et même s'il était disponible. Les médicaments contre l'hypertension n'ont pas été administrés de manière cohérente quand leur administration était pertinente et quand ils étaient disponibles. Ces résultats sont en accord avec les résultats sur les cas fictifs d'interview par les prestataires, dans lesquels les scores obtenus pour la prise en charge de la PE étaient bas, tournée sur le côté pour éviter l'inhalation et pour assurer une bonne circulation entre le fœtus et le placenta. Dans un cas de PE, la patiente a été transférée dans un autre centre, même si le centre d'origine (un hôpital public de district) aurait dû être en mesure de prendre en charge la PE et de procéder à un accouchement au forceps ou à la ventouse, au besoin. D'après les observations, l'utilisation des partogrammes a été lancée dans deux de ces cas seulement. Dans aucun cas, le partogramme n'a été rempli correctement en y incluant le tracé de la tension artérielle.

Dans l'ensemble, le sulfate de magnésium n'a pas été administré conformément aux directives mondiales même si ce médicament était disponible et/ou aurait été recommandé, comme le suggèrent les cas observés d'administration de diazépam et d'antihypertensifs. De plus, les antihypertensifs n'ont pas été administrés de manière systématiques quand ils étaient recommandés pour la situation et disponibles. Ce résultat est en accord avec les résultats obtenus dans interviews de prestataires interviewent sur des scénarios de cas, même si la plupart des prestataires sont capables de définir et de diagnostiquer les cas de PE/E, seuls un tiers d'eux sont en mesure de décrire correctement la prise en charge appropriée.

**Tableau 4. Récapitulatif de la Prise en Charge des Cas de Suspicion de PE/E**

OBSERVATION	NOMBRE DE CAS (TOTAL N = 10)
Patiente prise de convulsions ou inconsciente	1
Sulfate de magnésium administré	0
Diazépam administré	5
Antihypertensif administré	2
Décès de la mère	0
Décès du nouveau-né	1

### Hypothèses et Avertissement

Cette analyse se base sur 10 cas observés. Pour la plupart de ces cas, 70 éléments, ou davantage, de la grille d'observation manquaient. Quand une réponse n'est pas notée (c'est-à-dire qu'elle est laissée vide), l'élément était supposé avoir été accompli ou administré. Cette analyse considère également que les médicaments ne sont pas disponibles s'ils ont été notés comme n'ayant été vus nulle part sur le site, même si les prestataires confirment leur disponibilité. Il existe quatre variables possibles faisant référence à l'administration de diazépam; dès que l'une de ces variables était positive, il était supposé que le diazépam a été administré. Dans un cas, le diazépam a été déclaré comme ayant été administré, pourtant d'après les observations, ce médicament n'existait pas dans les stocks.

### Récapitulatif de la Prise en Charge des Cas de Suspicion d'Hémorragie Post-Partum Observés à Madagascar (N = 15)

#### Nombre de Cas et de Centres

L'observateur a suspecté la présence d'HPP chez 15 femmes et a fait le suivi de ces cas en utilisant le module d'observation de l'HPP. Ces cas de HPP se sont produits dans neuf des 36 centres évalués. Cinq de ces cas se sont produits dans le centre hospitalier universitaire. Le

nouveau-né est mort dans trois de ces cas de HPP et dans un cas il est mort-né. Le récapitulatif ci-dessous examine la disponibilité des médicaments appropriés, les équipements et les autres facteurs de capacité de prise en charge dans ces centres; la prestation et la complétude de la GATPA dans ces cas; la prise en charge des 15 cas observés; et les hypothèses utilisées dans l'analyse. Il est important de noter qu'apparemment l'accouchement s'est déroulé à domicile ou en route vers le centre dans cinq de ces cas, et deux de ces cas étaient des avortements spontanés à mi gestation. Ce ne sont pas toutes les interventions standards de T&A qui auraient été possibles ou appropriées dans ces sept cas.

## Hypothèses et Avertissement

Cette analyse s'est basée sur 15 cas observés. Pour la plupart des cas, un grand nombre des éléments de la grille d'observation de la prise en charge de l'HPP n'ont pas été répondus. De ce fait, l'évaluation d'un grand nombre d'aspects de la QdS a été difficile. Il n'a pas été possible de s'assurer que les interventions n'ont pas été accomplies dans les cas où des données manquaient. De plus, certaines interventions n'auraient pas dû ou pu être accomplies dans les cas d'avortement ou d'accouchement en dehors des centres de santé. A cause de ces lacunes, et étant donné que les cas d'HPP incluent un grand nombre de situations cliniques, les déclarations de nombre de cas ci-dessous, dans lesquels des interventions correctes ont été accomplies, ne devront pas être interprétées comme étant des pourcentages.

## Disponibilité des Médicaments

Tous les centres, à l'exception d'un seul, disposaient d'ocytocine et d'ergométrine dans les stocks de leur pharmacie. L'ocytocine était disponible dans les stocks du service maternité de sept de ces neuf centres, et l'ergométrine était disponible dans les stocks du service maternité de trois de ces neuf centres. En revanche, le misoprostol était disponible dans seulement deux des stocks des pharmacies de ces 9 centres ainsi que dans deux des stocks des services maternité de ces neuf centres.

## Disponibilité de Directives, d'Équipements et de Facteurs de Capacité

Les directives relatives au T&A ont été vues dans seulement deux des neuf centres où les HPP se sont produites. Les directives relatives aux soins obstétricaux d'urgence ont été observées dans quatre centres. Les services maternité de cinq de ces neuf centres manquaient de moyens pour administrer des IV ou d'une des fournitures évaluées, ou davantage (exemples: seringues, sutures). Cinq des neuf centres étaient en mesure de faire des transfusions sanguines, disposaient d'une banque de sang et avaient réalisé une transfusion dans les trois derniers mois. Deux autres centres pouvaient faire des transfusions sanguines mais ne disposaient pas de banque de sang.

## Prise en Charge des Cas

### **Partogramme**

Sur les huit femmes ayant eu leur travail et ayant accouché dans le centre, il a été observé que dans un cas seulement, le prestataire a entamé l'utilisation d'un partogramme, et les seules informations disponibles étaient l'issue de l'accouchement et de la grossesse.

### **GATPA et interventions post-partum supplémentaires**

Malgré la grande disponibilité d'ocytocine, l'utérotonique n'a été administré qu'après l'accouchement dans tout juste quatre des huit cas dans lesquels des femmes étaient en travail et ont accouché dans le centre (excluant les cas d'avortement spontané). L'ocytocine a été utilisée dans quatre de ces cas. L'ocytocine a été administrée dans les trois premières minutes de l'accouchement dans trois des cas, et dans la première minute de l'accouchement dans le dernier cas. L'ocytocine a été administrée par injection intramusculaire dans trois cas, et par IV dans un cas. Dans trois cas, les prestataires ont exercé une traction contrôlée sur le cordon. Dans trois cas également, la cliente a reçu un massage utérin. La totalité des trois éléments de la GATPA ont été accomplis dans deux cas seulement. L'examen de la complétude

du placenta et des membranes a été réalisé dans trois cas ; la vérification d'existence de lacérations du vagin et du périnée a été réalisée dans quatre cas.

Pour les deux cas d'avortement foetal spontané à mi terme de gestation, le prestataire a administré de l'ocytocine à la cliente dans l'un de ces deux cas, après l'apparition de la partie antérieure de l'épaule. L'examen de l'expulsion complète du placenta et des membranes a également été réalisé sur l'un de ces deux cas.

### **Prise en charge de l'HPP**

Dans neuf des 15 cas de HPP, la femme a été informée de ce qui se passait, et les prestataires l'ont rassurée, ainsi que ceux qui l'accompagnaient. Dans cinq autres cas, seule une de ces actions seulement a été faite. Dans un seul cas, il n'y a eu aucune communication d'information entre le prestataire, la femme et ceux qui l'accompagnaient.

Dans 15 cas d'HPP, seulement quatre ont reçu de l'utérotonique en traitement; l'ocytocine a également été utilisée dans tous ces cas. L'extraction manuelle du placenta semble avoir été tentée dans quatre cas; dans au moins quatre de ces cas, cette extraction n'a pas été réalisée conformément aux directives et/ou au moins une étape importante a été omise (exemple: PI). Dans deux cas, la femme n'a pas accouché dans le centre, elle a été référée au centre et semblait avoir besoin d'une extraction manuelle du placenta, mais apparemment, cette dernière n'a pas été tentée/réalisée.

Il aurait fallu pratiquer l'extraction manuelle du placenta dans cinq des 15 cas mais dans aucun de ces cas, cela n'a été fait selon les directives.

Il est difficile de commenter avec assurance les aspects supplémentaires de la qualité de la prise en charge des cas d'HPP à cause des données incomplètes (exemple: suture des lacérations, compression bimanuelle). Néanmoins, il semble que le prestataire se préparait à effectuer une transfusion sanguine dans un seul cas, même si finalement aucune transfusion n'a été faite (malgré la capacité du centre à le faire). Dans quatre cas, il a été rapporté que la femme a été préparée pour être opérée dans le même centre. Parmi ces cas, une femme a été référée à un autre agent de santé du même centre, au lieu d'être opérée. La raison de cette décision n'est pas claire. D'après les données disponibles, trois femmes ont été opérées dans le même centre, pourtant une seule a également été enregistrée comme ayant été préparée pour être opérée dans le même centre. Les informations ne sont pas claires et sont insuffisantes: peut-être d'autres femmes ont été opérées après avoir été préparées.

### **Récapitulatif**

Dans l'ensemble, il semble que les prestataires aient besoin de davantage de soutien et de supervision pour qu'ils puissent assurer la prestation complète des interventions de GATPA. Par exemple, la moitié seulement des femmes ayant accouché dans le centre ont reçu un utérotonique en traitement. Même si l'ocytocine était disponible dans les stocks du service maternité dans les quatre cas, elle n'a pas été administrée (trois de ces cas se sont produits dans un même centre). De plus, les prestataires n'ont pas fait de massage utérin et n'ont pas exercé de traction contrôlée dans la plupart des cas, même si ces interventions ne nécessitent pas d'équipement et de fournitures particuliers.

Tableau 5. Récapitulatif de la Prise en Charge des Cas de Suspicion d'HPP

OBSERVATION	NOMBRE DE CAS (TOTAL N = 15)
<b>Interventions de GATPA accomplies*</b>	
Administration d'un utérotonique	4
Traction contrôlée sur le cordon	3
Massage utérin	3
Toutes les interventions de GATPA	2
<b>Type de traitement fourni</b>	
Administration d'un utérotonique	4
Massage de l'utérus	5
Réparation des lacérations	2
Extraction manuelle du placenta	5
Compression bimanuelle	--
Transfusion sanguine	0
<b>Issues</b>	
Opérations chirurgicales	3
Décès maternels	0
Décès périnataux	4**

\* Sur huit cas où la femme était en travail et a accouché au centre (exceptés les avortements spontanés)

\*\* Un des cas était un mort-né alors que les trois autres étaient des décès néonataux.

– Il n'est pas possible d'établir un rapport pour la compression bimanuelle à cause des données incomplètes.

## 5. CONCLUSIONS

### 5.1 SYNTHÈSE DES RESULTATS

L'Évaluation de la QdS de MCHIP à Madagascar a porté sur les soins dispensés dans 36 formations sanitaires en matière de prévention et de prise en charge des complications courantes de l'accouchement. Tous les hôpitaux ou centres de santé enregistrant plus de deux accouchements par jour ont été inclus dans l'évaluation. Les formations sanitaires étaient pour la plupart des établissements publics (81%), dont près des trois quart étaient des hôpitaux de différents niveaux (District, Régional et Universitaire) et un quart des Centres de Santé de Base niveau 2. La particularité de cette évaluation a été que les prestataires ont été effectivement observés lors des accouchements (N = 347) et des CPN (N = 323). Les données issues des observations ont été complétées au moyen d'états des lieux à quatre niveaux différents (général, CPN, maternité, pharmacie) et d'interviews auprès de 139 prestataires, notamment pour l'évaluation de leurs connaissances. La majorité des prestataires observés et interviewés étaient des sages-femmes. L'analyse des nombreux formulaires collectés a permis d'obtenir une description générale et ponctuelle des soins maternels dans toutes les formations sanitaires à forte fréquentation à Madagascar. Les résultats de l'Évaluation de la QdS indiquent, qu'en dépit d'un nombre élevé de zones affichant une bonne performance, des lacunes subsistent à tous les stades des soins de la femme enceinte et des nouveau-nés, ce qui représente des opportunités d'action pour les acteurs dans le domaine des soins maternels.

Les principaux constats sont présentés et discutés ci-après, les résultats ayant été synthétisés à partir des nombreux formulaires de données collectés en matière de SPN, de PI, de T&1 sans complication, de PE/E, d'obstruction du travail/de travail prolongé, d'HPP et de réanimation du nouveau-né. Les constats relatifs à l'ensemble des thèmes sont également

présentés et discutés ici. Les recommandations portent sur les politiques, le niveau des formations d'être prêtes à fournir les services et les composantes de service spécifiques.

## Soins Périnataux

### Etat des Lieux et Niveau des Formations d'Etre Prêtes à Fournir de Services en Matière des SPN

Presque toutes les formations sanitaires disposaient de l'équipement de base, tels qu'un stéthoscope de Pinard (97%) et la plupart disposaient d'un tensiomètre en état de marche (82%). Toutefois, les constats étaient variables en ce qui concerne les stocks de médicaments : par exemple, si le vaccin antitétanique était disponible dans plus de 94% des formations, la SP pour le TPIg ne l'était que dans 62% de ces formations. Les directives et les protocoles de SPN ont rarement (38% respectivement) été vus dans les formations sanitaires. Les supports de counseling sur les SPN étaient disponibles dans la moitié des formations. En ce qui concerne les composantes systématiques des services de SPN, les résultats sont très variables: si 88% des formations offrent systématiquement le dépistage de la syphilis par analyse sanguine et 70% la planification familiale, seules 56% offrent systématiquement la SP pour le TPIg. Moins d'un quart des formations (24%) offrent la détermination du groupe sanguin.

### Observations des SPN

Lors des SPN, les prestataires ont interrogé presque toutes les clientes sur la présence d'un signe de danger au minimum (90%). Toutefois, certains signes ont été abordés moins fréquemment, notamment le statut par rapport au VIH (moins de la moitié des femmes, à savoir 40%) et la toux persistante (seulement 3% des femmes). Si la prise de la tension artérielle est devenue systématique (82%), les prestataires ne l'ont effectuée correctement que dans 48% des cas observés. Si près de trois quart des femmes ont reçu leurs injections de vaccin antitétanique lors d'une consultation précoce de SPN, seule la moitié d'entre elles ont reçu du fer ou de l'acide folique et 40% ont bénéficié de SP. Il était fréquent que les prestataires interrogent les femmes sur l'issue de leurs grossesses précédentes (par exemple, fausse couche), en revanche, ils ne leur posaient que rarement des questions sur les complications éventuelles lors des grossesses et accouchements précédents. Moins d'un quart des prestataires ont demandé aux patientes si elles avaient eu des saignements abondants pendant ou après une grossesse ou un accouchement précédent(e) et moins d'un cinquième ont posé des questions sur une hypertension causée par la grossesse. Et s'il était fréquent que les prestataires dispensent un counseling sur les interventions de prévention médicales (par exemple, SP, le fer/acide folique et les vaccins antitétaniques) (67–77%), il était plus rare qu'ils dispensent un counseling sur la préparation à l'accouchement (35%) ou sur la planification familiale post-partum (20%).

## Prévention des infections

### Etat des Lieux et Niveau des Formations d'Etre Prêtes à Fournir de Services en ce qui Concerne la PI

Les fournitures nécessaires à la PI étaient disponibles dans 83% des formations sanitaires, les articles dont la disponibilité était élevée étant : les récipients pour instruments tranchants, le savon et l'eau pour le lavage des mains et la solution de décontamination. Toutefois, la disponibilité de gants propres et stériles n'a été observée que dans deux tiers des formations. Si la disponibilité du matériel de stérilisation était relativement bonne (83%), la moitié des formations n'avaient ni directives ni protocoles de stérilisation écrits.

### PI – Observations du T&A

Si les prestataires ont mis des vêtements de protection en préparation à l'accouchement dans 60% des cas observés, le traitement des vêtements à l'aide de solution chlorée à 0,5% après utilisation n'a été observé que dans un quart des cas.

## Travail et Accouchement sans Complication

### Etat des Lieux et Niveau des Formations d’Être Prêtes à Fournir de Services en ce qui Concerne le T&A

La permanence (24h/24) est assurée dans plus de deux tiers des formations sanitaires étudiées. Si toutes les formations avaient l’électricité et presque toutes disposaient de toilettes utilisables, seule la moitié était équipée de matériel de communication ou de moyen de transport d’urgence et seulement 25% étaient dotées d’une source d’eau sûre à proximité. Si toutes les formations sanitaires étaient équipées de tables d’accouchement, elles étaient moins nombreuses à avoir des lampes pour examen gynécologique (63%). Un tiers des formations n’ont pas pu garantir l’intimité et la confidentialité des patientes (que ce soit dans les salles partagées ou privées). Deux tiers des formations sanitaires avaient des partogrammes vierges en stock. Les directives ou instructions relatives à un accouchement sans complication n’ont été retrouvées que dans 28% des formations et une proportion similaire a été enregistrée pour celles portant sur les SOU. Si deux tiers des formations disposaient des fournitures essentielles pour un accouchement sans et avec complication, seules environ la moitié d’entre elles disposaient des fournitures essentielles pour les soins du nouveau-né. Moins de la moitié des formations ont évalué les décès maternels ou les décès évités de justesse et seulement un tiers d’entre elles ont évalué les décès néonataux ou les décès évités de justesse.

### Connaissances des Prestataires

Le niveau de connaissances des prestataires en matière d’observation et de suivi du T&A (score moyen de 66%) était modérément élevé et près de trois quart d’entre eux ont correctement identifié le partogramme comment étant le bon support pour consigner les observations. Toutefois, les prestataires étaient peu nombreux à avoir correctement identifié la conduite à tenir pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l’enfant pendant le T&A (score moyen de 14%). Pratiquement tous les prestataires ont indiqué à raison qu’il ne faut pas systématiquement pratiquer l’épisiotomie et la rupture artificielle des membranes ; toutefois, près de la moitié estimaient que l’aspiration naso-buccale du nouveau-né devrait être effectuée systématiquement.

### Observations

Si les partogrammes étaient disponibles dans la plupart des formations, les prestataires ne les ont utilisés que dans environ un quart (28%) des cas de T&A observés. Pratiquement aucun prestataire (2%) n’a complété la courbe toutes les trois heures au minimum pendant le travail. Si les prestataires ont systématiquement suivi certaines des premières étapes d’évaluation de la cliente (par exemple, s’enquérir de l’âge et de la parité, vérifier le rythme cardiaque du fœtus et effectuer le toucher vaginal), ils ont beaucoup plus rarement appliqué certaines pratiques. Les prestataires n’ont pris le pouls ou la température de la patiente que dans la moitié des cas observés et ne se sont enquis de la quantité d’urine éliminée que dans 10%. Les patientes ont été rarement interrogées sur les signes de danger (10 à 34% sur sept signes différents).

Lors des observations, il était peu courant que les prestataires assistent la mère dans le démarrage de l’allaitement maternel dans l’heure qui suit la naissance (37%). Ce chiffre est beaucoup plus faible que celui relevé par l’Enquête Démographique et de Santé où 72% des femmes ont déclaré avoir démarré l’allaitement maternel dans l’heure qui suit la naissance. Selon l’étude QdS, la performance des prestataires est encore plus faible (35-40%) quand il s’agit d’expliquer les procédures aux femmes en travail, de les encourager à marcher ou à changer de position pendant le travail. Les prestataires demandaient rarement aux femmes en travail ou aux personnes qui les accompagnaient si elles/ils avaient des questions (28%). En revanche, les prestataires ont souvent salué et traité les patientes avec amabilité (65–88%).

## Observations – Pratiques Nuisibles ou Contre Indiquées

Au moins une pratique nuisible et contre indiquée a été relevée dans la majorité des observations de T&A. Les plus courantes étaient : l'étirement du périnée (68%) et le fait de tenir le nourrisson tête en bas (30%). Parmi les pratiques contre-indiquées observées on relève l'exploration manuelle de l'utérus (50%) et plus rarement l'épisiotomie, l'aspiration naso-buccale du nourrisson et la restriction des boissons pendant le travail.

## Pré-éclampsie/Eclampsie

### Etat des Lieux et Niveau des Formations d'Etre Prêtes à Fournir de Services en ce qui Concerne la PE/E

Des anticonvulsifs injectables étaient disponibles dans près de trois-quarts des formations (sulfate de magnésium dans 47% d'entre elles). Juste un peu plus de la moitié des formations disposaient des autres médicaments nécessaires à l'administration du sulfate de magnésium (lidocaïne et gluconate de calcium). Les antihypertensifs étaient disponibles dans 50% des formations et les sédatifs (phénobarbital) dans 25%. L'évaluation des SPN a indiqué que plus de la moitié des formations (56%) proposaient l'analyse des protéines dans l'urine. Toutefois, moins d'un tiers des formations disposaient de bandelettes urinaires réactives en stock et avaient la capacité d'effectuer des analyses sur de l'urine bouillie. Quelques formations (15%) disposaient des directives sur la prise en charge de la PE/E.

## Connaissances des Prestataires

Presque tous les prestataires (96%) ont correctement établi le diagnostic du cas fictif qui leur a été présenté, à savoir qu'il s'agissait d'une pré-éclampsie sévère. Toutefois, seulement le tiers a correctement identifié la conduite à tenir pour stabiliser une patiente et seulement la moitié connaissait la conduite à tenir en cas de convulsions. Pour toutes les questions relatives à la PE/E confondues, le score moyen général était de 51%.

## Observations des SPN en Relation avec la PE/E

Si les prestataires ont pris la tension artérielle des femmes enceintes dans 82% des cas observés, ils sont moins nombreux à avoir utilisé la bonne technique (48%). Seules 29% des femmes ont fait l'objet d'une analyse d'urine ou ont été référées à cette fin. Moins d'un tiers des femmes ont reçu la consigne de retourner au centre en cas de signes de danger de la PE/E (par exemple, maux de tête ou vue floue, gonflement des mains ou des pieds).

## Observations du T&A en Relation avec la PE/E

Si la prise de la tension artérielle est systématique (88% des cas), les prestataires n'ont évalué ou discuté des signes de danger que dans la moitié des cas observés. Soixante pourcent (60%) des partogrammes dressés indiquaient que la tension artérielle de la patiente était enregistrée au minimum toutes les quatre heures. Il était rare que des analyses d'urine visant à détecter la protéinurie soient effectuées (7%).

## Observations de Cas de Suspicion de PE/E

Dix cas de suspicion de PE/E ont été observés. Sur les sept formations où ces cas de PE/E se sont présentés, cinq avaient du sulfate de magnésium à la maternité ou sur l'inventaire de la pharmacie. Le diazépam était disponible dans cinq formations. Les antihypertensifs étaient disponibles dans deux des sept formations où des cas de PE/E ont été observés. Parmi les formations où des cas de PE/E ont été observés, l'hôpital régional n'avait ni sulfate de magnésium ni diazépam. Le sulfate de magnésium n'a été administré dans aucun des cas de suspicion de PE/E, y compris dans les formations qui l'avaient en stock. Le diazépam a été administré dans cinq cas. Si des antihypertensifs ont été administrés dans au moins deux cas, ils ne l'ont pas été dans au moins un cas où leur disponibilité avait été observée. En cas de convulsions chez la patiente, le sulfate de magnésium n'a pas été administré quand bien même il était disponible. Les autres meilleures pratiques non plus n'ont été appliquées. En gros, la prise en charge à l'aide de sulfate de magnésium ne semble pas être une procédure standard quand bien même il est disponible et les antihypertensifs ne sont pas administrés de

façon systématique quand il convient de le faire et quand ils sont disponibles. Les résultats observés sur les cas de suspicion de PE/E sont en cohérence avec ceux issus des interviews des prestataires, à savoir que, si la plupart des prestataires sont capables de définir et de diagnostiquer la PE/E, seuls un tiers sont capables de décrire la prise en charge appropriée.

## **Obstruction du Travail/Travail Prolongé**

### **Etat des Lieux et Niveau des Formations d’Etre Prêtes à Fournir de Services en ce qui Concerne l’Obstruction du Travail/le Travail Prolongé**

Si la césarienne a été pratiquée dans 64% des formations, la transfusion sanguine n’a été offerte que dans environ la moitié d’entre elles (53%). Si la disponibilité 24 heures sur 24 des prestataires (y compris l’anesthésiste) nécessaires à la conduite d’une césarienne a été observée dans 70% des formations offrant cette opération, seulement 64% avaient de l’halothane et juste un peu plus de la moitié du kétamine (57%).

### **Connaissances des Prestataires**

Les connaissances des prestataires sur les signes d’obstruction du travail (score moyen 45%) ainsi que la conduite à tenir et les analyses à faire en relation avec l’obstruction du travail (score moyen 37%) semblent relativement faibles.

### **Observation du T&A en Relation avec l’obstruction du Travail/le Travail Prolongé**

Tel que noté ci-dessus, les partogrammes n’ont guère été utilisés ; quand bien même ils l’étaient, le moment où ils commencent à être utilisés était rarement correct (19%) et très peu ont été complétés suivant la fréquence et le degré de détails requis (2%).

## **Hémorragie du Post-Partum**

### **Etat des Lieux et Niveau des Formations d’Etre Prêtes à Fournir de Services en ce qui Concerne l’HPP et la GATPA**

Si les utérotoniques injectables étaient disponibles dans les trois quarts des formations, la disponibilité des seringues et des aiguilles (61%) était plus faible. La moitié des formations disposaient des articles nécessaires à l’extraction du placenta en cas de rétention.

### **Connaissances des Prestataires**

Les prestataires avaient des connaissances relativement faibles des signes permettant d’évaluer l’occurrence d’une HPP (score moyen 56%) et ils étaient peu nombreux à connaître les gestes permettant d’évaluer l’atonie utérine. De même, seulement 36% des prestataires connaissaient les étapes de prise en charge d’une rétention placentaire.

### **Observations T&A – GATPA**

L’administration d’utérotonique (ocytocine) lors de la 3<sup>ème</sup> phase de l’accouchement a été observée dans 85% des cas ; toutefois, ce n’est que dans 21% des cas que l’administration a été effectuée dans la minute qui suit l’accouchement et suivant la dose et la voie appropriées. La conformité à l’ensemble des procédures de la GATPA, notamment la dose et la voie appropriées, l’administration de l’ocytocine dans la minute qui suit l’accouchement, la traction contrôlée du cordon ombilical et le massage utérin n’a été observée quand dans 13% des cas.

### **Observation de Cas d’HPP**

Les prestataires ont besoin davantage d’appui et de supervision pour assurer la réalisation de l’ensemble complet d’interventions de GATPA. Par exemple, un utérotonique n’a été administré pendant le GATPA que dans quatre des huit cas d’HPP chez les femmes qui ont accouché dans une formation sanitaire alors que l’ocytocine était disponible dans les stocks de la maternité dans les quatre cas où elle n’a pas été administrée. De plus, le massage utérin et la traction contrôlée du cordon n’ont pas été pratiqués dans la plupart des cas alors qu’ils n’exigent pas d’équipement ou de fourniture particuliers. L’extraction manuelle du placenta semble avoir été tentée dans cinq cas bien que de manière non conforme aux directives. L’administration

d'uterotonique n'a été faite que pour le traitement des 4 sur 15 cas suspects de HPP. Dans les deux cas, des femmes qui ont accouché hors de la formation sanitaire et ont été référées semble avoir eu besoin d'extraction manuelle du placenta sans que cela ait été tenté ou effectué.

## Réanimation du Nouveau-Né

### Etat des Lieux et Niveau de Préparation des Formations

Presque toutes (86%) les formations ont effectué la réanimation de nouveau-nés au cours des trois derniers mois. La plupart des formations avaient une poire aspiratrice pour la réanimation, deux tiers avaient un appareil aspirateur à utiliser avec un cathéter et un tube et un masque. Toutefois, seule la moitié disposait d'une poche et d'un masque adaptés à la taille du nouveau-né (taille 00,01).

### Simulation de la Réanimation du Nouveau-né

Si plus de la moitié (57%) des prestataires disposaient de l'ensemble des articles nécessaires pour stimuler un nouveau-né, seuls un tiers ont suivi la démarche appropriée pour assurer sa ventilation.

## 5.2 CONSTATS SUR L'ENSEMBLE DES THEMES ET DISCUSSION

Ces constats mettent en lumière les points spécifiques à améliorer pour combler les lacunes identifiées dans le cadre de cette évaluation, notamment en ce qui concerne le niveau de préparation des formations, les connaissances des prestataires et les pratiques de routine liées à la qualité des SPN, du T&A et des SONU. Certaines lacunes ont été identifiées sur l'ensemble des composantes techniques et quel que soit la méthode de collecte de données, à savoir :

### Niveau des Formations d'être Prêtes à Fournir de Services

- Les prestataires et les formations ne disposent pas de protocoles pour la plupart des services de SPN, de T&A et de SONU. Les directives et les aides visuelles ne sont ni affichées ni disponibles en général.
- Quand bien même certains médicaments ou personnel essentiels sont disponibles, le recours à ceux-ci est parfois compromis par l'absence de fournitures et d'équipement complémentaires.
- Si 78% des formations disposaient d'un utérotonique injectable en stock, elles étaient moins nombreuses à avoir le matériel nécessaire à son administration (par exemple, 61% avaient des seringues, 56% des perfuseurs et 42% du matériel de suture).
- La proportion des formations disposant de fournitures pour les soins essentiels du nouveau-né était inférieure (53%) à celle des formations ayant des fournitures essentielles pour l'accouchement (62%) ou pour les complications graves (67%).
- Les évaluations des décès et des décès évités de justesse chez le nouveau-né (33%) sont moins fréquentes que chez les mères (42%).

### Ecarts Entre Niveau des Formations d'Être Prêtes à Fournir de Services et Services Dispensés

Il y a un écart entre la disponibilité des fournitures/médicaments et les services dispensés. Si soixante-dix-sept pourcent (77%) des formations étudiées avaient des comprimés de fer/acide folique, ces comprimés n'ont été administrés que dans la moitié des premières CPN.

- Si 67% des formations avaient des partogrammes vierges, ils n'ont été utilisés que dans 28% des cas observés.

Il existe un écart entre les services que les prestataires déclarent dispenser de façon systématique et les soins observés ou les fournitures inventoriées.

- Si, aux dires des prestataires, le counseling sur la PF a été systématiquement dispensé dans 71% des formations, le counseling sur la PF post-partum n'a été observé que dans 20% des consultations prénatales.
- Cinquante-six pourcent (56%) des formations offriraient les analyses des protéines dans l'urine selon leurs déclarations, toutefois seules 29% des formations ont effectivement des bandelettes urinaires réactives en stock ou la capacité d'effectuer des analyses sur de l'urine bouillie.
- Dans au moins un cas de suspicion de PE/E, la patiente a été référée alors même que la formation d'origine était un hôpital de district qui aurait dû avoir la capacité de prendre en charge la PE et au besoin, appliquer les procédures indiquées telles que l'accouchement assisté par ventouse.

Dans bien des cas, des interventions ne sont pas offertes alors qu'elles n'exigent aucun équipement ou fourniture particulier.

- Dans l'observation de la GATPA dans les cas d'HPP, la traction contrôlée du cordon n'a été réalisée que dans trois cas sur huit de travail et d'accouchement dans la formation sanitaire. De même, le massage utérin n'a été mené que dans trois sur huit cas éligibles.

### Prestation de Services

Sur l'ensemble des composantes de soins, quand bien même certaines procédures et interventions étaient appliquées, **la pratique observée n'était pas optimale.**

- Même pour les 28% de cas de T&A pour lesquels les prestataires ont complété des partogrammes, le remplissage a été commencé au mauvais moment et la fréquence adoptée n'était pas la bonne.
- Si les prestataires ont pris la tension artérielle des patientes dans la plupart des consultations prénatales, ils ne l'ont fait correctement que dans moins de la moitié des cas.
- Si les prestataires ont administré un utérotonique injectable dans la plupart des cas de T&A, ils ne l'ont administré dans la minute qui suit l'accouchement et suivant la dose/voie appropriées que dans moins d'un cas sur cinq et seulement 13% des patientes ont bénéficié de tous les éléments de la GATPA.
- Si les patientes ont bénéficié d'un counseling sur le vaccin antitétanique dans 77% des consultations prénatales observées, seules un tiers d'entre elles ont reçu le counseling sur la préparation à l'accouchement et 20% celui sur la PF post-partum.
- Quand des interventions de prise en charge de l'HPP sont réalisées, cela se fait généralement de manière non conforme aux directives. Par exemple, certains aspects des pratiques appropriées (telles que la PI) sont oubliés lors du retrait manuel du placenta durant les observations.

### Connaissances

- C'est en matière de connaissances et de pratiques liés aux soins néonataux que les prestataires ont le plus de retard par rapport aux autres indicateurs du T&A.
- Si plus de 95% des prestataires connaissaient les pratiques maternelles qui étaient dangereuses ou non-indiquées telles que l'épisiotomie et la rupture artificielle des membranes, moins de la moitié savait que l'aspiration naso-buccale du nouveau-né ne constituait pas une pratique systématique.
- Les connaissances des prestataires étaient particulièrement faibles en ce qui concerne les complications qui constituent les causes majeures de décès maternels à Madagascar, notamment l'HPP et la PE/E.

- Le score moyen en matière de connaissances sur l'évaluation, la conduite à tenir et les interventions à appliquer en cas de saignement post-partum abondant dû à une atonie utérine/un utérus non contracté s'élevait seulement à 39% et le score moyen relatif à l'évaluation, la conduite à tenir et les interventions à appliquer en cas de rétention placentaire/des produits de conception était juste de 36%.
- Si le score moyen pour l'évaluation/le diagnostic de la PE/E s'élevait à 70%, moins d'un tiers des prestataires savaient stabiliser les cas à l'aide de sulfate de magnésium et d'antihypertensifs ; concernant la conduite à tenir face à une femme faisant des convulsions, le score moyen ne s'élevait qu'à 50%.
- Les prestataires avaient plus de facilité ou étaient plus habitués à livrer des informations sur les interventions médicales aux patientes qu'à dispenser le counseling sur les comportements de santé, la recherche de soins et les services extérieurs au contexte médical immédiat. De ce fait, il existe des opportunités manquées de prestation des services essentiels ou de référence vers ces services au niveau des SPN et du T&A.
- Le niveau de connaissance et de pratique en rapport au counseling sur le VIH, à son dépistage et à la PTME était faible en dépit du fait que les services correspondants étaient largement répandus. Si le counseling et le dépistage du VIH étaient offerts dans 82% des formations étudiées, les prestataires n'ont interrogé la femme enceinte sur sa connaissance de son statut par rapport au VIH que dans moins de la moitié des consultations prénatales.
- En outre, le score moyen des prestataires pour les questions relatives à la PTME était de 14%, ce qui représente le pire score pour tous les domaines de connaissances évalués.

### 5.3 LIMITES

Cette étude est de nature transversale et ne donne qu'une vue ponctuelle de la situation. De plus, il se peut que les prestataires observés durant les CPN et les T&A ne soient pas toujours ceux qui ont été interviewés sur les pratiques systématiques et les connaissances cliniques.

Sous l'effet Hawthorne lié au fait d'être observé, il est possible que les prestataires aient dispensé des soins de meilleure qualité qu'ils ne l'auraient fait en temps normal aux clientes des SPN et aux patientes de la maternité. Il se peut donc que les résultats obtenus soient supérieurs à ce qui se passerait en réalité. Toutefois, sachant que les collecteurs de données sont restés trois jours et demi dans chaque formation sanitaire, il est possible que les prestataires aient repris leurs habitudes.

Il faudrait pousser un peu plus l'étude pour bien comprendre dans quelle mesure les données ont été correctement observées et entrées dans les smart phones. Les outils au total avaient plusieurs centaines de questions et exigeaient des observateurs de travailler de manière intensive pendant plusieurs jours dans chaque formation sanitaire. Il se peut que des problèmes de lassitude ou de qualité se soient posés vers la fin des outils ou pour les observations conduites en fin de visite. De plus, dans les observations de T&A, plusieurs interventions peuvent se produire simultanément (par exemple SEN et GATPA). Il se peut donc que les observateurs aient manqué certains aspects des soins dispensés. Cependant, ces craintes devraient être pondérées par le fait que les observateurs ont été formés sur l'utilisation constante et uniforme des outils d'enquête, qu'ils ont eu l'occasion de s'exercer sur l'utilisation des outils durant des simulations de CPN et de T&A et inter-fiabilité et été évaluée par la suite.

A cause du manque de données sur la prise en charge des complications, il a été impossible d'effectuer une analyse qualitative approfondie de certaines complications. De plus, ce ne sont pas tous les points du T&A qui ont pu être observés lors de toutes les observations, ce qui est dû en partie au stade du travail de la femme au moment où elle arrive à la formation sanitaire (par exemple, elles peuvent arriver dans la deuxième étape ou avoir accouché en route). Dans l'ensemble, il n'est pas toujours possible de dire si l'absence de données peut être attribuée à l'un des problèmes mentionnés précédemment (par exemple, interventions simultanées,

retard dans l'arrivée aux formations sanitaires) ou à une erreur ou constitue simplement une absence véritable de réponse (par exemple, l'intervention n'a pas encore été lancée, ce qui fait que les questions sur son administration doivent rester vides).

Dans l'ensemble, les questions de l'évaluation étaient claires, exclusives, sans chevauchement quant à leurs réponses. Elles avaient des réponses binaires (oui/non) dans la mesure du possible. Cependant, dans l'inventaire des formations sanitaires, la plupart des questions d'inventaire comportaient quatre options de réponses : disponible, rapporté mais non visible, non disponible, ne sait pas. Parce que l'option « rapporté mais non observé » n'était accompagné d'aucune informations supplémentaire, elle était devenu équivalent à « non disponible » et a été agrégée à cette option dans le cadre de cette analyse. Les questions n'ont pas permis de déterminer si les ruptures de stock observées étaient un problème temporaire ou récurrent.

## **5.4 COMPARAISON DES CONSTATS À CEUX DE L'ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ À MADAGASCAR (2008-2009)**

### **Soins Périnataux**

Pour donner une image plus claire des services de santé maternelle dont les femmes bénéficient à Madagascar, il est utile de comparer les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009 (EDSM)<sup>15</sup> aux constats de l'Évaluation QdS. L'Évaluation QdS a évalué la qualité des soins reçus par les femmes dans les formations sanitaires, l'EDSM a collecté des informations auprès d'un échantillon de femmes représentatif au niveau national, les approchant au niveau communautaire. La comparaison des deux enquêtes se limite à quelques indicateurs, en particulier en ce qui concerne les soins périnataux (SPN). Ces indicateurs sont identifiés et résumés ci-après.

Selon l'EDSM, une proportion élevée de femmes à Madagascar, à savoir 86,3%, auraient reçu leurs SPN auprès de personnel qualifié : 59,8% de ces femmes ont été soignées par un infirmier, une sage-femme ou un assistant médical ; et 26,5% ont été reçus par un médecin. Dans la comparaison des résultats de l'EDSM en matière de SPN à ceux de l'Évaluation QdS, il est important de noter que l'EDSM vise à déterminer si la femme a bénéficié d'interventions spécifiques lors du dernier accouchement ou lors d'un accouchement survenu dans les cinq années précédant l'enquête. Le moment où ces interventions sont dispensées, ainsi que leur fréquence ne sont dans la plupart des cas pas évalués (à l'exception du vaccin antitétanique).

Concernant la qualité des SPN, l'EDSM relève que 48,7% des femmes ayant reçu des SPN à leur dernier accouchement ont été informées des signes de complication de la grossesse. Toutefois, si l'on considère l'indicateur le plus comparable de l'Évaluation QdS, le pourcentage moyen de femmes ayant bénéficié d'un counseling sur les signes de risque en cours de grossesse serait de 33,1%. En ce qui concerne le counseling sur les complications spécifiques de la grossesse (par exemple, saignements vaginaux) le pourcentage variait entre 6,2% et 36,6%. Parmi les femmes ayant bénéficié de SPN lors de leur dernier accouchement, l'EDSM relève que le prestataire a pris leur tension artérielle dans 80,6% des cas. Ce chiffre est très proche de celui de l'Évaluation QdS qui est de 82% ; toutefois, l'Évaluation QdS indique que le prestataire n'a utilisé la bonne technique que dans 48,4% des cas. D'après l'EDSM, 29,5% des femmes ont fait l'objet d'un prélèvement d'urine dans le cadre des SPN, lors de leur dernier accouchement. L'indicateur le plus comparable de l'Évaluation QdS relève un pourcentage similaire, à savoir que le prestataire a effectué une analyse urinaire (ou a référé la femme pour une telle analyse) sur 28,9% des cas observés lors des SPN.

L'EDSM relève que 59% des femmes ayant eu une grossesse au cours des 5 années précédant l'enquête déclarent avoir pris des comprimés ou du sirop de fer. Si la comparaison ne peut être que très sommaire en raison de la différence d'indicateur, il est intéressant de noter que l'Évaluation QdS relève que 53,7% des femmes se sont vues prescrire ou ont reçu des comprimés de fer ou d'acide folique ou les deux, à leur première consultation prénatale. L'EDSM relève que 47,4% des femmes ont reçu un minimum de deux injections de vaccin antitétanique au cours de

leur dernière grossesse, alors que l'Évaluation QdS indique que 57,8% des femmes observées dans le cadre des SPN ont reçu une injection de vaccin antitétanique.

En ce qui concerne le paludisme, selon l'EDSM, 48,4% des femmes ayant accouché au cours des deux dernières années déclarent avoir pris un médicament antipaludique en cours de la grossesse. Toutefois, seulement 11% ont déclaré avoir reçu du Fansidar lors des SPN et seulement 6,4% ont indiqué avoir reçu deux doses ou plus de Fansidar lors des SPN. En revanche, l'Évaluation QdS relève que 40,1% des femmes observées lors des SPN ont reçu la prophylaxie antipaludique.

### Soins à l'Accouchement et Allaitement Maternel

Par opposition à la forte utilisation des SPN auprès de prestataires de santé qualifiés, l'EDSM relève que seulement 35% des accouchements survenus au cours des cinq années précédant l'enquête au niveau national se sont passés dans des établissements sanitaires. Il est par conséquent difficile de comparer les résultats de l'EDSM et de l'Évaluation QdS en termes de soins relatifs à l'accouchement. Néanmoins, il est intéressant de noter que l'EDSM relève que 1,5% des accouchements au cours des trois dernières années ont été des césariennes. En revanche, dans le cadre de l'Évaluation QdS, 11,5% d'accouchements se sont faits par césarienne, ce qui reflète le fait que l'échantillon de la QdS se limitait aux centres de santé.

L'un des grands points de divergence entre l'EDSM et l'évaluation QdS est l'indicateur sur l'allaitement maternel. L'EDSM relève que la plupart de femmes ont démarré l'allaitement maternel tôt après la naissance, à hauteur de 72,4% dans l'heure qui suit et de 92,2% dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Selon l'Évaluation QdS, seules un peu plus du tiers des mères (37% des observations) n'ont bénéficié d'assistance pour démarrer l'allaitement maternel dans l'heure. Cet écart pourrait soit indiquer que les mères initient l'allaitement maternel de leur propre chef, sans l'assistance d'un prestataire, soit signifier qu'il existe des différences non définies entre l'échantillon de l'Évaluation QdS et celui de l'EDSM. Néanmoins, l'EDSM relève également que les femmes ayant bénéficié de l'assistance d'un prestataire qualifié au cours de l'accouchement ont davantage tendance à démarrer l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance, que celles ayant accouché avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle (76% contre 70%). De même, les femmes ayant accouché dans une formation sanitaire avaient davantage tendance à initier l'allaitement maternel précoce que celles ayant accouché à domicile (77% contre 70%). Il pourrait être utile d'étudier de plus près le faible taux de démarrage de l'allaitement maternel constaté dans l'Évaluation QdS.

## 6. RECOMMANDATIONS

---

Les constats ouvrent la voie à un certain nombre de recommandations en matière de politique et de programme visant à renforcer la qualité des soins maternels et néonataux dans les formations sanitaires à Madagascar. Au niveau national, les principales parties prenantes des différentes institutions et disciplines devraient se réunir pour discuter et élaborer des stratégies permettant de prendre en compte les conclusions de ce rapport.

### 6.1 RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE POLITIQUE NATIONALE

Des documents de politique nationale ont été élaborés pour faciliter des 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 et les documents de normes/standards énumérés en Annexe 2. Même si ces documents sont mis à la disposition des agents de santé, il est nécessaire d'assurer la formation, la supervision et la dotation en équipements, matériels et médicaments pour les formations sanitaires.

A titre de recommandation essentielle, il faudrait **élaborer un plan de mise en œuvre** pour accompagner et opérationnaliser les documents de politiques pour que les formations sanitaires et les agents de santé soient bien préparés à fournir des services de SMN de qualité à chaque femme enceinte et chaque nouveau-né.

L'évaluation a montré que des techniques simples telles que la prise en charge et la surveillance du travail à l'aide du partogramme, la prévention de l'HPP par la GATPA et l'utilisation de sulfate de magnésium pour la prévention et le traitement de la PE/E ne sont pas des pratiques courantes chez les prestataires de soins.

Toujours à titre de recommandation essentielle, il faudrait développer un mécanisme pour une distribution aux prestataires de **mises à jour techniques** et de fiches techniques. Ces mises à jour techniques devraient contenir les preuves les plus récentes pour la prestation systématique d'interventions de SMN essentielles.

Les parties prenantes et les bailleurs ont l'occasion de travailler ensemble pour traiter les lacunes et les manquements relevés par l'étude QDS. Les autres recommandations sont :

- Discuter des responsabilités des institutions à tous les niveaux du système de santé en ce qui concerne les soins maternels et néonataux, y compris le nombre minimum de prestataires dans chaque type de formation sanitaire, le paquet d'activités minimal attendu et le paquet de ressources minimal requis, avec les parties prenantes.
- Revoir la classification des formations selon qu'elles offrent des SONU de base ou des SONU complets, en fonction des ressources effectivement disponibles au niveau de chaque institution ainsi que la mise à jour des classifications des formations sur la base d'un suivi régulier des ressources disponibles et de la qualité des soins.
- Faire le plaidoyer pour que tous les médicaments efficaces pour la prévention et la gestion des complications maternelles et néonatales courantes figurent sur la Liste des Médicaments Essentiels de Madagascar (LME).
- Veiller à ce que toutes les formations sanitaires disposent des directives bien visibles pour une prestation complète, correcte et systématique des interventions essentielles telles que les dépistages lors des SPN, la GATPA, les soins néonataux essentiels et la réanimation du nouveau-né.
- Evaluer tous les documents existants (par exemple, les cursus, les fiches techniques, les directives, les protocoles) sur les SPN, le T&A et les SONU et au besoin, les mettre à jour et les corriger.
- Mettre à jour la formation initiale et continue du personnel pour veiller à ce que les services maternels et néonataux s'alignent sur les meilleures pratiques et les preuves reconnues au niveau mondial.
- Insister sur le respect des directives nationales dans la pratique des SPN, du T&A et des SONU ainsi que pour une PTME appropriée, la détection de la PE/E, la GATPA et l'élimination des pratiques nuisibles et non indiquées pendant le travail et l'accouchement.
- Identifier les approches novatrices permettant d'impliquer les formateurs déjà en place, notamment ceux des universités, dans le but d'assurer que tous les formateurs aient des connaissances et une base de compétences à jour.
- Appuyer des programmes de formation pour permettre de passer du stade d'ateliers ponctuels à des modules de formation en série qui permettent un feedback à deux sens et le suivi/monitorage de l'adoption et de la rétention de nouvelles compétences.
- Intégrer l'observation et les grilles de vérification à la pratique de supervision clinique.
- Intégrer les indicateurs appropriés de l'HPP et de la PE/E dans le SIGS.

## 6.2 RECOMMANDATIONS PORTANT SUR L'ENSEMBLE DES COMPOSANTES ET EN RAPPORT AVEC LE NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES D'ETRE PRETES A FOURNIR DE SERVICES

- Diffuser et expliquer les manuels d'instruction, les protocoles et les aides visuelles pour les procédures et services essentiels de SPN, de PI, de T&A et de SONU dans les formations sanitaires. Vérifier leur disponibilité de manière systématique.
- Veiller à ce que la disponibilité d'installations essentielles telles que l'eau courante et l'électricité soit une norme dans toutes les formations sanitaires.
- Veiller à ce que toutes les formations sanitaires soient dotées des fournitures, de l'équipement et des médicaments de base nécessaires à la prestation des interventions essentielles en matière de SPN, de PI, de T&A et de SONU (par exemple, seringues, bandelettes urinaires, clamps/brides de cordon ombilical).
- Afficher les listes du paquet minimum des ressources matérielles (suivant les documents de normes et de standards nationaux indiqués en Annexe 3) dans toutes les salles de SPN, de T&A et de SONU pour rappeler les normes minimales aux prestataires et aux superviseurs et les soutenir dans le plaidoyer en faveur de la disponibilité de ces ressources minimales dans leurs formations.
- Veiller à un traitement et des soins respectueux des femmes et de leurs familles. Garantir l'intimité et la confidentialité dans les salles de consultation et de travail. Veiller à ce que la formation des prestataires aille de pair avec la disponibilité de l'équipement ou des fournitures nécessaires et inversement que la dotation en nouvel équipement soit accompagnée de formation sur l'utilisation de l'équipement.
- Renforcer les systèmes de supervision afin de promouvoir la conformité à la politique nationale et aux directives cliniques dans la prestation des services de routine et la prise en charge des cas d'urgence.

Dans un rapport de mise en œuvre sur la collecte de données de QdS à Madagascar<sup>16</sup>, il a été proposé que la mise en œuvre des actions recommandées et des recommandations par composante donne la priorité aux formations sanitaires qui dispensent des formations cliniques, qui sont situés dans des zones à des taux de mortalité maternelle et néonatale élevés, ou encore dans des zones enclavées où la référence est difficile.

Le rapport a également relevé des inefficiences dans l'organisation des formations sanitaires et a recommandé des mesures transversales à mettre en œuvre dans les formations sanitaires, notamment :

- Simplifier et faciliter les procédures administratives dans les hôpitaux, notamment en ce qui concerne l'identification et la prise en charge des patientes indigentes ;
- Améliorer la sécurité des soins de nuit des patientes ;
- Améliorer la collaboration entre les agents de santé et les paramédicaux ;
- Mettre en place des processus qui permettent un transfert d'informations et de dossiers sur les cas complets et systématiques entre les gardes ou équipes d'agents de santé ;
- Avoir des dossiers individuels sur les chaque patiente qui sont accessibles à tous les agents de santé chargés des soins ;
- Avoir des systèmes de sécurité et de suivi pour garantir une utilisation judicieuse et le maintien des équipements et des fournitures dans les formations sanitaires pour lesquelles ils ont été acquis.

## 6.3 RECOMMANDATIONS PAR COMPOSANTE : SPN

- Veiller à ce que les prestataires disposent des directives pour les services de SPN, notamment en ce qui concerne le dépistage et la prise en charge des IST, ainsi que pour le counseling sur le VIH, le dépistage du VIH et la PTME.
- Veiller à ce que les prestataires disposent des aides visuelles et autres supports nécessaires pour pouvoir dispenser un counseling complet sur toutes les interventions essentielles dans le cadre des SPN, ainsi que tenir une discussion de la planification des naissances, la PF post-partum et l'allaitement maternel exclusif.
- Veiller à ce que les prestataires disposent de matériel en état de marche (par exemple, tensiomètre, stéthoscope) pour les services de SPN et soient formés sur leur usage correct.
- Renforcer la formation et la supervision en matière de SPN pour veiller à la conformité de la prestation de services avec les directives (par exemple, prise de la tension artérielle en conditions optimales, prise de la température et du pouls et fourniture de SP pour la prévention du paludisme).

### Prévention des Infections

- Améliorer la gestion des déchets en utilisant systématiquement des récipients à instruments tranchants et en dotant toutes les formations d'incinérateurs en état de marche, non-polluants et durables.
- Veiller à ce que les prestataires aient un ensemble de vêtements de protection différent pour chaque cliente et encourager le traitement systématique des vêtements à l'aide de solution chlorée à 0,5% après utilisation.

### Travail et Accouchement

- Fournir une formation et un appui continu pour améliorer la communication interpersonnelle, y compris l'explication des procédures pendant le T&A, l'encouragement des patientes à poser des questions et les thèmes spécifiques tels que la PF post-partum.

### Pré-Éclampsie/Éclampsie

- Fournir des directives et des fiches techniques pour le counseling sur la PE/E pendant les SPN ainsi que pour le diagnostic de la protéinurie.
- Fournir des directives, dispenser une formation continue, faire le plaidoyer et assurer la supervision nécessaire pour veiller à l'identification et à la prise en charge de la PE/E (y compris l'utilisation de sulfate de magnésium et d'antihypertensifs et le diagnostic de la protéinurie). Il faudra peut-être identifier les obstacles qui empêchent l'utilisation du sulfate de magnésium alors même qu'il est disponible ou les obstacles à la prestation de soins d'urgence appropriés au niveau des formations, les problèmes documentés dans les cas de PE/E observés pendant l'évaluation.
- Faciliter la disponibilité de sulfate de magnésium dans un conditionnement approprié (ainsi que la lidocaïne et le carbonate de calcium) au niveau de chaque formation de santé pour qu'il puisse être administré selon la dose recommandée au besoin.
- Ainsi que recommandé dans les conclusions de la mise à jour du statut mondial de la programmation relative à l'HPP et à la PE/E 2011 à Madagascar, veiller à ce que tous les antihypertensifs efficaces figurent sur la LEM pour la PE/E.

### Obstruction du Travail/Travail Prolongé

- Fournir des directives, dispenser une formation continue, faire un plaidoyer et assurer la supervision nécessaire pour veiller à l'usage et au remplissage approprié des partogrammes en tant qu'outil de gestion du travail au moment de l'accouchement (c'est-à-dire, démarrage au moment approprié et fréquence appropriée).

## Hémorragie du Post-Partum

- Fournir des directives, dispenser une formation continue, faire un plaidoyer et assurer la supervision pour veiller à la prestation complète, correcte et opportune de l'ensemble des trois composantes de la GATPA. Ainsi que signalé dans le rapport mondial sur le statut des programmes de HPP et de PE/E 2011, la GATPA est incluse dans la formation initiale et continue mais ne figure pas dans les directives d'accouchement des services.
- Fournir des directives et des recyclages et procurer l'équipement/les médicaments pour le traitement approprié de l'HPP. Ceci comprend la supervision pour que les interventions telles que l'extraction manuelle du placenta se fasse en conformité avec les directives.

## Réanimation du Nouveau-Né

- Fournir des directives, dispenser une formation initiale et une formation sur le tas, faire un plaidoyer et assurer la supervision nécessaire pour veiller aux soins et au suivi systématiques du nouveau-né dans des conditions d'hygiène optimales.

## 6.4 DIFFUSION ET ETAPES SUIVANTES

Une réunion préliminaire des parties prenantes sur les constats de l'observation du T&A s'est tenue en février 2011 et un plan de diffusion final couvrant ce rapport est prévu en janvier 2012. Les apports des parties prenantes est essentielle si l'on veut vraiment prendre en compte les conclusions de ce rapport et élaborer un plan de mise en œuvre concret dans le but d'améliorer la santé maternelle et néonatale à Madagascar et atteindre les OMD 4 et 5.

# 7. Annexes

## ANNEXE 7.1. LISTE DES FORMATIONS SANITAIRES PARTICIPANT A L'ETUDE

Appendix 1: Health Facilities Participating in Quality of Care Study and Expected and Observed Deliveries Per Day in Each Facility

Fac ID	Facility Type and Name	Région	Expected Number Per Day	Observed Number Per Day	Expected Proportion	Observed Proportion	Correction Factor Weight (Exp. Prop./Obs. Prop.)
0207	CHRR AMBOSITRA	AMORONTMANIA	2.4	2.6	0.019	0.027	0.71
0211	CHU FIANARANTSOA	HAUTE_MATSIATRA	5.1	1.7	0.039	0.018	2.22
0305	CSB2 ANKIRIHRY	ATSINANANA	3.4	2.3	0.026	0.024	1.11
0309	CHU TOAMASINA	ATSINANANA	6.7	4.6	0.051	0.047	1.09
0504	CHRR MORONDAVA	MENABE	2.3	2.3	0.018	0.024	0.76
0607	MATERNITE 'AVE MARIA' ANT SIRABE	VAKINANKARATRA	3.1	1.7	0.024	0.018	1.33
0610	HOPITAL LUTERIEEN ANDRANOMADIO	VAKINANKARATRA	2.8	2.6	0.022	0.027	0.81
0611	CHRR ANT SIRABE	VAKINANKARATRA	5.8	4.6	0.044	0.047	0.94
0707	CSB2 AMBOHIBARY	VAKINANKARATRA	2.2	0.9	0.017	0.009	1.94
0801	CHRR TSIROANOMANDIDY	BONGOLAVA	2.0	2.3	0.015	0.024	0.64
0912	CSB2 IMERINTSIATOSIKA	ITASY	2.1	0.9	0.016	0.009	1.85
0915	CHDI ARIVONIMAMO	ITASY	2.3	2.0	0.018	0.021	0.85
1008	CSB2 AMBOHIMANGAKELY	ANALAMANGA	2.6	2.0	0.020	0.021	0.97
1009	CSB2 FIDY ANJANAHARY	ANALAMANGA	3.8	3.1	0.030	0.032	0.91
1010	CSB2 MITIA	ANALAMANGA	5.7	3.7	0.043	0.038	1.13
1011	CLINIQUE NOA	ANALAMANGA	2.2	1.7	0.017	0.018	0.97
1019	PAVILLON SAINTE FLEUR	ANALAMANGA	5.4	2.4	0.041	0.025	1.64
1107	CSB2 TALATAMATY	ANALAMANGA	2.4	2.6	0.018	0.027	0.68
1111	CHD2 ITAOSY	ANALAMANGA	4.1	2.5	0.031	0.026	1.22
1113	CHDI AMBOHIDROA	ANALAMANGA	2.1	2.6	0.016	0.027	0.61
1117	HOPITAL MILITAIRE SOAVINANDRIANA	ANALAMANGA	2.5	2.9	0.019	0.030	0.65
1202	CSB2 ANDOHARANOFOTSY	ANALAMANGA	3.8	2.9	0.029	0.030	0.98
1216	CHU ANTANANARIVO (SFOB)	ANALAMANGA	24.2	18.6	0.188	0.192	0.97
1401	CHRR AMBAT ONDRAZAKA	ALAOITRA MANGORO	3.8	2.6	0.029	0.027	1.09
1412	CHD2 MORAMANGA	ALAOITRA MANGORO	2.1	1.1	0.016	0.012	1.39
1501	CHU MAHAJANGA	BOENY	3.3	2.6	0.026	0.027	0.96
1603	CSB2 TANAMBAO	DIANA	2.3	1.4	0.018	0.015	1.21
1606	CHDI AMBILOBE	DIANA	2.2	1.4	0.017	0.015	1.13
1611	CHD2 NOSY BE	DIANA	2.1	1.7	0.016	0.018	0.90
1802	CHRR ANT SOHIHY	SOFIA	2.2	2.3	0.017	0.024	0.69
1901	CHRR SAMBAVA	SAVA	2.7	2.0	0.021	0.021	1.02
2109	CHRR MONJA JAONA	ANDROY	3.4	1.4	0.026	0.015	1.76
2310	CHRR TULEAR	ATSIMO ANDREFANA	3.2	3.7	0.024	0.038	0.64
2000	CHRR FENERNE EST	ANALAJIROFO	1.6	1.1	0.012	0.012	1.05
3000	CHDI AMPARAFARAVOLA	ALAOITRA MANGORO	0.6	1.0	0.005	0.010	0.44
4000	CHRR TOLAGNARO	ANOSY	1.8	1.1	0.014	0.012	1.16
<b>TOTAL</b>			<b>130.3</b>	<b>96.8</b>	<b>1.000</b>	<b>1.000</b>	

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

## **7.2. ANNEXE 2. LISTE DES NORMES ET STANDARDS POUR LES FORMATIONS SANITAIRES OFFRANT DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE A MADAGASCAR**

- Normes et standards en santé de la reproduction, 2ème édition 2005
- Normes en ressources humaines des centres d'imagerie médicale
- Normes en ressources humaines des laboratoires d'analyses médicales
- Matériels nécessaires pour l'imagerie médicale
- Matériels consommables et réactifs indispensables pour CHD2
- Normes et standards des laboratoires: analyses - matériels- réactifs
- Matériels, réactifs et consommables de laboratoire
- Matériels et consommables nécessaires pour l'imagerie médicale
- Normes sur les surfaces utiles CHU, CHRR, CHD

# REFERENCES

---

- <sup>1</sup> Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. 2010. *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008–2009*. Antananarivo, Madagascar : INSTAT et ICF Macro.
- <sup>2</sup> Khan S, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PA. (2006). WHO Analysis of causes of maternal death : a systematic review. (*analyse par l’OMS des causes de décès maternel : une revue systématique*) *Lancet* 2006 ; 367 : 1066–74.
- <sup>3</sup> Organisation Mondiale de la santé, Département de la Santé de la Reproduction et de la Recherche (2011). *Proportion of births attended by a skilled health worker 2008 updates. (Proportion de naissances avec assistance d’agents de santé qualifiés – mises à jour 2008) [Fiche d’information]* Genève, Suisse : OMS.
- <sup>4</sup> <http://www.pphprevention.org/Surveytools.php>
- <sup>5</sup> Stanton C, Armbruster D, Knight R, et al. Use of Active Management of the third stage of labour in seven developing countries. (*Recours à la gestion active de la troisième période du travail dans sept pays en développement*) *Bulletin de l’OMS* 2009 ;87 :207-15.
- <sup>6</sup> Averting Death and Disability, Columbia University (AMDD). 2010. *Needs Assessment of Emergency Obstetric and Newborn Care. Data Collector’s Manual. (Evaluation des besoins en soins obstétriques et néonataux d’urgence)* AMDD: New York, NY
- <sup>7</sup> National Coordinating Agency for Population and Development (NCAPD) [Kenya], Ministry of Medical Services (MOMS) [Kenya], Ministry of Public Health and Sanitation (MOPHS) [Kenya], Kenya National Bureau of Statistics (KNBS) [Kenya], ICF Macro. 2011. *Kenya Service Provision Assessment Survey 2010. (Enquête sur la prestation de services 2010)* Nairobi, Kenya: National Coordinating Agency for Population and Development, Ministry of Medical Services, Ministry of Public Health and Sanitation, Kenya National Bureau of Statistics, and ICF Macro
- <sup>8</sup> Population Reference Bureau (2011). *The World’s Women and Girls, 2011 Data Sheet. (Les femmes et les filles dans le monde – fiche d’information)* Washington DC : PRB.
- <sup>9</sup> Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. 2010. *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008–2009*. Antananarivo, Madagascar : INSTAT et ICF Macro.
- <sup>10</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2010). *Trends in Maternal Mortality : 1990 to 2008. (Tendances en matière de mortalité maternelle : 1990 à 2008)* Estimations faites par l’OMS, l’UNICEF, le FNUAP et la Banque Mondiale. Genève, Suisse : OMS.
- <sup>11</sup> Vice-Primature chargée de la Santé Publique, UNFPA, UNICEF, Organisation Mondiale de la Santé, AMDD, and MSIS (2010). *Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et neonataux d’urgence a Madagascar, Rapport final, Mars 2010*. UNFPA : Antananarivo, Madagascar.
- <sup>12</sup> Fujioka A, Smith J. 2011. *Prévention and Management of Post-partum Hemorrhage and Pre-Eclampsia/Eclampsia : National Programs in Selected USAID Program-Supported Countries. (Prévention et gestion de l’hémorragie du post-partum et e la pré-éclampsie/éclampsie : programmes nationaux dans quelques pays bénéficiant de programmes appuyés par l’USAID)* USAID/MCHIP. Consulté le 9 août 2009 sur [http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/PPH\\_PEE%20Program%20Status%20Report.pdf](http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/PPH_PEE%20Program%20Status%20Report.pdf).
- <sup>13</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2006). *Pregnancy, Childbirth, Post-partum and Newborn Care : A Guide for Essential Practice, Integrated Management of Pregnancy and Childbirth Toolkit. (Grossesse, naissance, post-partum et soins du nouveau-né : un guide pour la pratique essentielle. Boîte à outils pour la gestion intégrée de la grossesse et de la naissance)* Genève, Suisse : OMS.

<sup>14</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2003). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth : A Guide for Midwives and Doctors. (Gestion des complications de la grossesse et de l'accouchement : un guide pour les sages-femmes et les médecins)* Genève, Suisse : OMS.

<sup>15</sup> Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. 2010. *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008–2009*. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et ICF Macro.

<sup>16</sup> MCHIP, Jhpiego et Tandem. 2010. *Rapport de Mise En Œuvre. Evaluation de la qualité de service pour la prévention, l'identification et la prise en charge des complications courantes maternelles et néonatales.*/Jhpiego/Tandem