



World Health  
Organization



# GLOBAL LAUNCH OF THE MPDSR: MATERIALS TO SUPPORT IMPLEMENTATION

SEPTEMBER 2<sup>nd</sup> 2021



Quality, Equity, Dignity

A Network for Improving Quality of Care  
for Maternal, Newborn and Child Health



# LAUNCH OF MPDSR MATERIALS TO SUPPORT IMPLEMENTATION



## PART 1

The essential need for robust MPDSR systems: Dr Anshu Banerjee, WHO Geneva

Reflection: Ms Susan Clapham, FCDO UK

MPDSR Materials to support implementation: What's new?: Dr Allisyn Moran, WHO Geneva

Côte d'Ivoire's experience in strengthening MPDSR: Dr Eric-Didier N'DRI, WHO Ivory Coast

Questions & Answers: Facilitated by Dr Tedbabe Degeffie Hailegebriel, UNICEF NY

## PART 2

Country panel: Using the MPDSR Materials to support implementation

+ Questions and Answers : Facilitated by Dr Willibald Zeck, UNFPA NY

**CLOSING** : Dr Tedbabe Degeffie Hailegebriel, UNICEF NY

# LAUNCH OF MPDSR MATERIALS TO SUPPORT IMPLEMENTATION



## INTERPRETATION

There is interpretation for English, French & Spanish. Please click on the globe on your Zoom screen to access this.

Il y a une interprétation pour l'Anglais, le Français et l'Espagnol. Veuillez cliquer sur le globe sur votre écran Zoom pour y accéder.

Hay interpretación para inglés, francés y español. Haga clic en el globo terráqueo en su pantalla de Zoom para acceder a esto.

# Part 1:

## LAUNCH OF THE MPDSR: MATERIALS TO SUPPORT IMPLEMENTATION

THE ESSENTIAL NEED FOR A  
ROBUST MPDSR SYSTEM

September 2<sup>nd</sup> 2021

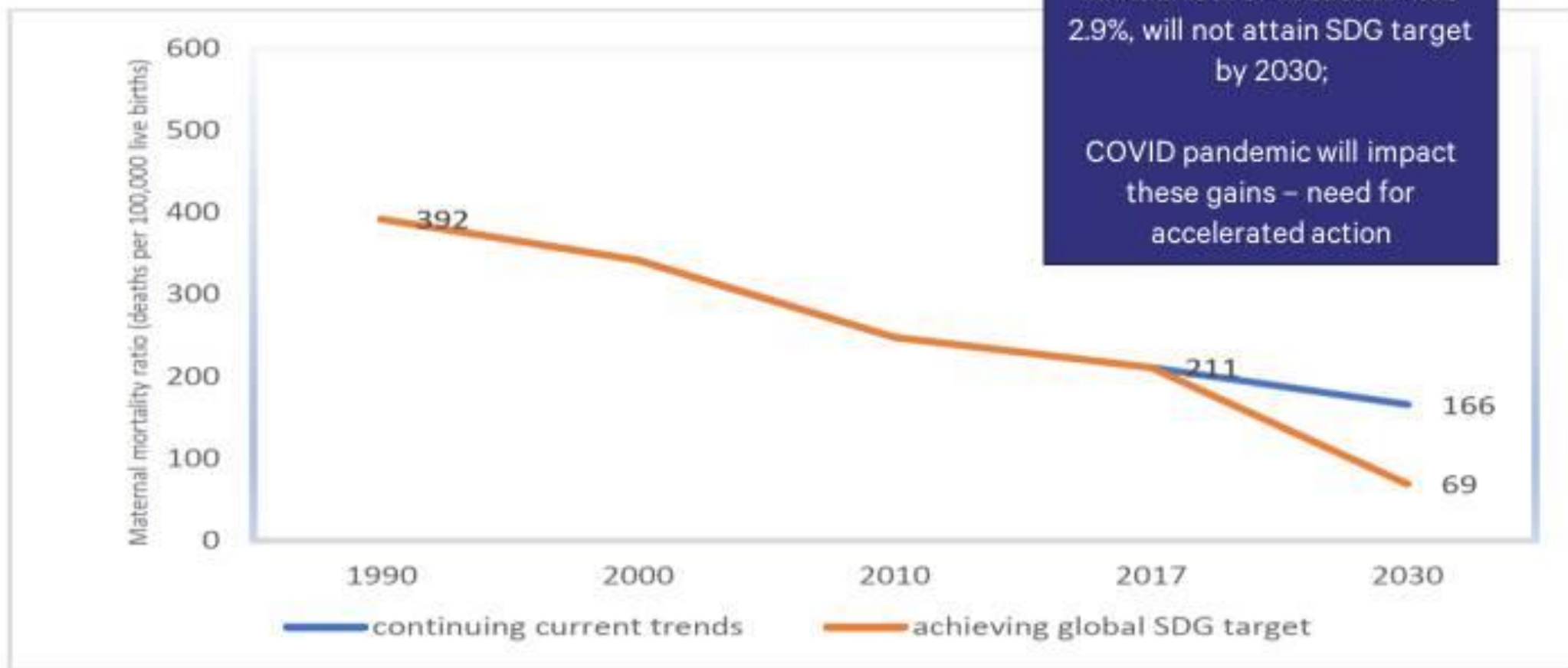


**Dr Anshu Banerjee,**  
Director of the Department of Maternal, Newborn,  
Child and Adolescent Health and Aging (MCA),  
WHO Geneva



# Maternal Mortality and projections to 2030

295,000 maternal deaths in 2017



Source : WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Maternal mortality: Level and trends 2000-2017. WHO, Geneva, Switzerland 2019.

# Quality of Care (QoC) halves maternal and newborn deaths & stillbirths

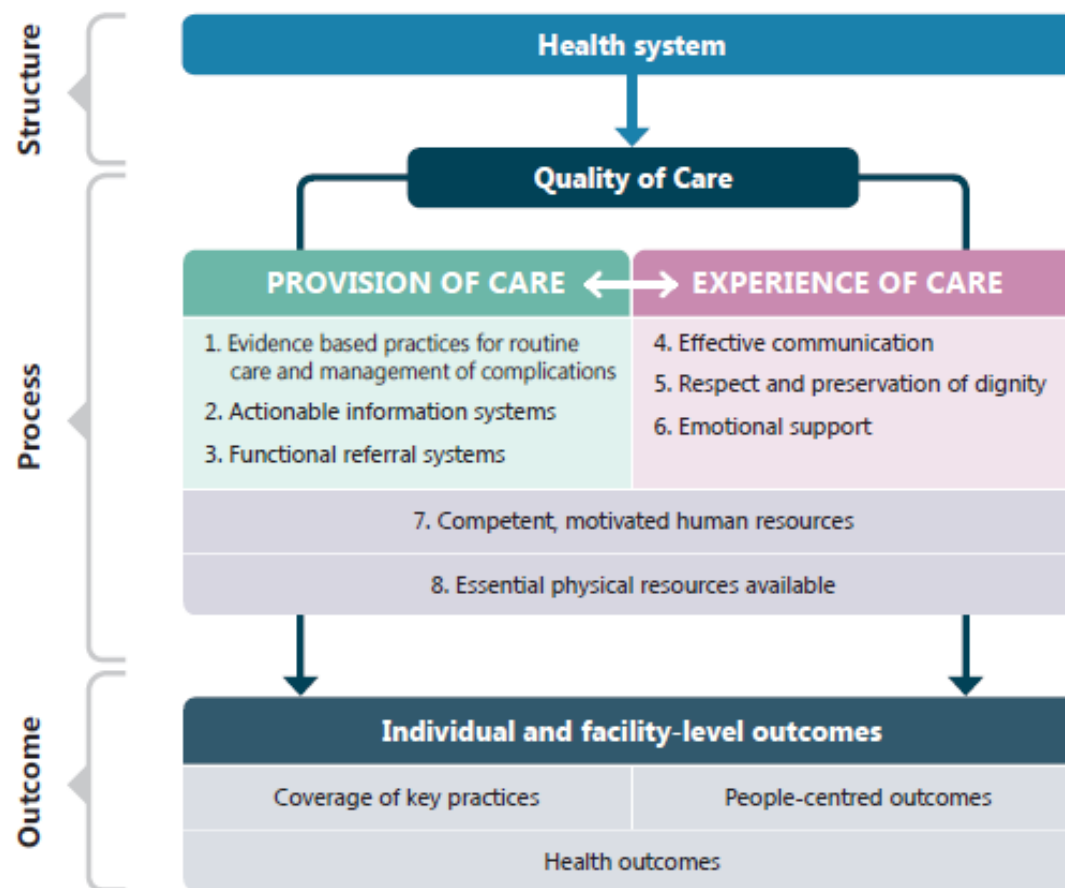
**58%**

It is estimated that about half of the maternal deaths and 58% of the newborn deaths could be averted with quality health care <sup>2</sup>

**Source:**

1. Kruk ME, Gage A, Arsenault C, Jordan K, Leslie H, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*, 2018;6(11):e1196-e1252. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3).

Fig. 1. WHO framework for the quality of maternal and newborn health care



# THE REASONS WHY a robust MPDSR system is important:

MPDSR involves qualitative, in-depth investigations of the causes and circumstances surrounding maternal and perinatal deaths. This process is an integral part of **quality of care improvement** efforts to reduce maternal deaths, as well as preventable stillbirths and neonatal deaths.

## MPDSR

Can improve the quality of maternal and perinatal care, which is an essential to achieve Universal Health Coverage.



## Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR)

is a continuous action-cycle of identification, notification review, and analysis of maternal and perinatal deaths followed by response to prevent future deaths.

A complex intervention including maternal death audit and review, as well as development of local leadership and training, led to a **35% reduction** in inpatient maternal mortality in district hospitals of low-income countries <sup>1</sup>

Source

2. Merlin L Willcox et al. Death audits and reviews for reducing maternal, perinatal and child mortality. Cochrane Library, March 2020.



# THE REASONS WHY a robust MPDSR system is important:

- **Strengthen routine data systems on maternal and perinatal deaths**
  - Identifying, notifying deaths – health facility and community levels
  - Linking with existing surveillance systems, HMIS, CRVS
  - Providing in-depth information on cause of death
- **Strengthen interprofessional teams**
  - MPDSR is the responsibility of all health care staff
  - Work in a blame-free environment
- WHO identified **MPDSR as an essential RMNCAH intervention to mitigate the indirect effects of COVID-19** on maternal and perinatal outcomes <sup>3</sup>

Source:

3. COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331561>, accessed 28 May 2021).



The practice of **MPDSR** facilitates targeted implementation of evidence-based interventions to address the underlying causes of maternal and perinatal death. MPDSR is an important strategy to achieve the Sustainable Development Goals.

# LAUNCH OF THE MPDSR: MATERIALS TO SUPPORT IMPLEMENTATION

INTRODUCTORY REMARKS

September 2<sup>nd</sup> 2021



**Ms Susan Clapham,**  
Health International Development Adviser,  
Department of Foreign, Commonwealth &  
Development Office (FCDO) of the United Kingdom of  
Great Britain and Northern Ireland



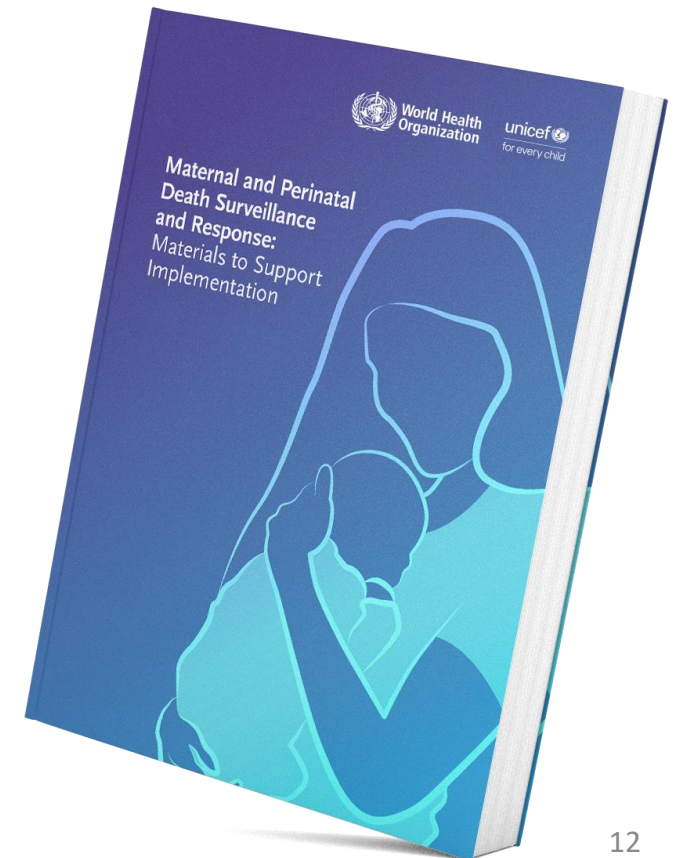
# LAUNCH OF THE MPDSR: MATERIALS TO SUPPORT IMPLEMENTATION

WHAT IS NEW?

September 2<sup>nd</sup> 2021

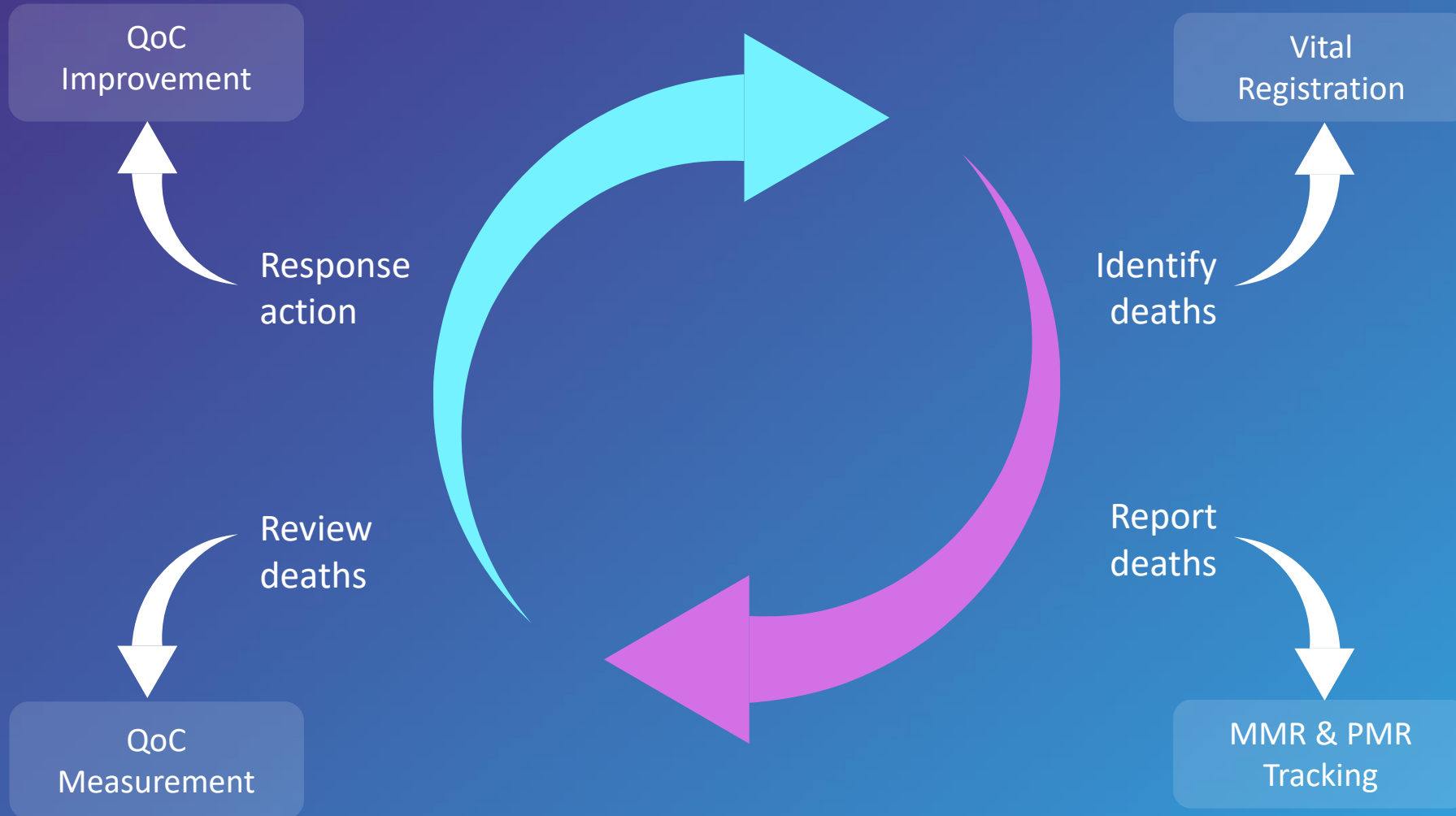


**Dr Allisyn Moran,**  
Unit Head of Maternal Health  
Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent  
health and Aging (MCA), WHO Geneva

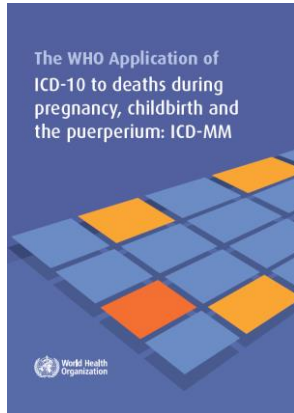
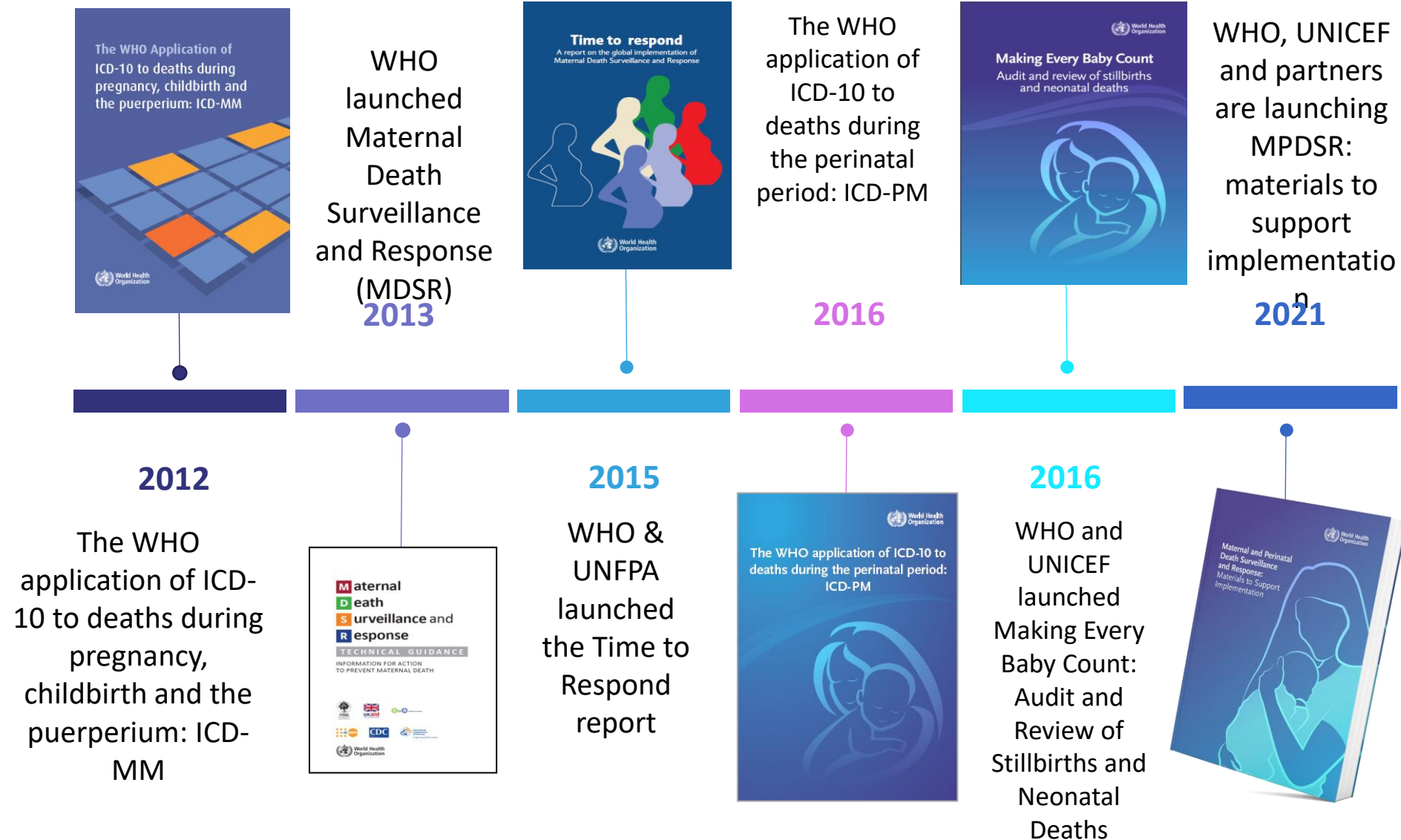


# THE MPDSR CYCLE

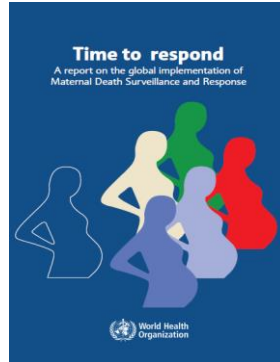
Surveillance & Response



# History timeline of resources

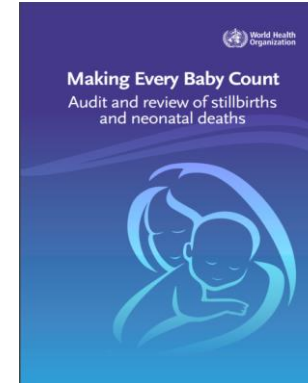


WHO launched Maternal Death Surveillance and Response (MDSR) 2013



The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM

2016

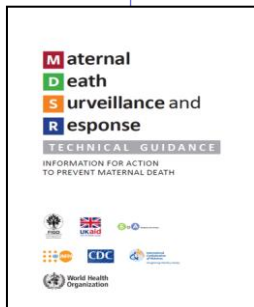


WHO, UNICEF and partners are launching MPDSR: materials to support implementation

2021

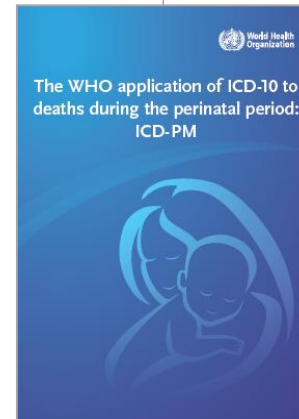
2012

The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM



2015

WHO & UNFPA launched the Time to Respond report

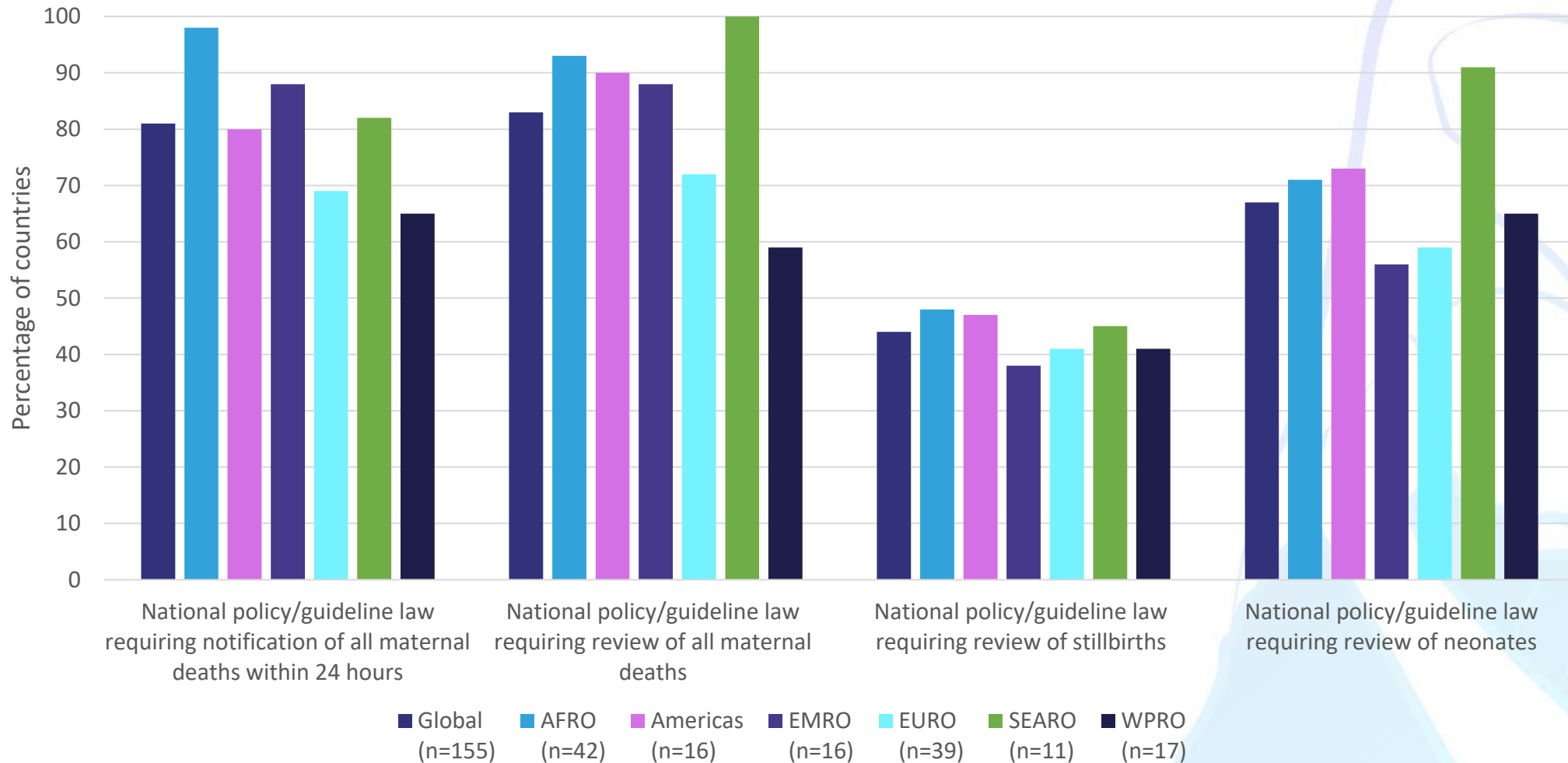


2016

WHO and UNICEF launched Making Every Baby Count: Audit and Review of Stillbirths and Neonatal Deaths



# National MPDSR policies and guidelines, 2018/2019



# Gaps and Challenges to MPDSR implementation

- Limitations around quality of reviews and appropriate coding causes of death <sup>4</sup>
- Varied documentation and implementation of recommendations
- Poor linkages between MPDSR audits and quality improvement processes at facility level
- Lack of linkages between health information and civil registration and vital statistics
- Issues on program implementation and data analyses
- **Other challenges:** human and financial resources at central and peripheral level, government support and leadership, staff training at all levels as well as a permissive legal framework
- Factors enabling implementation of MPDSR included **clear support from leadership**, commitment from staff, and regular occurrence of meetings. Barriers included lack of health worker capacity, limited staff time, and limited staff motivation <sup>5</sup>

**Source:**

4. MCSP country reports in Rwanda, Tanzania, Nigeria, and Zimbabwe

5. Kinney M., Thapa K., et al, "It might be a statistic to me, but every death matters.": An assessment of facility-level maternal and perinatal death surveillance and response systems in four sub-Saharan African countries, Plos One, December 2020



# MPDSR: Materials to Support Implementation

## Rationale

- Global MPDSR Technical Working Group prioritized the need for materials to strengthen quality of MPDSR implementation and capacity building/training materials

## Purpose

- Provide step-by-step instructions for conducting maternal and perinatal death surveillance and response (MPDSR) in clinical and policy settings, as described in the two World Health Organization (WHO) guides [\*Maternal death surveillance and response: technical guidance information for action to prevent maternal death\*](#) and [\*Making Every Baby Count: Audit and review of stillbirths and neonatal deaths\*](#).

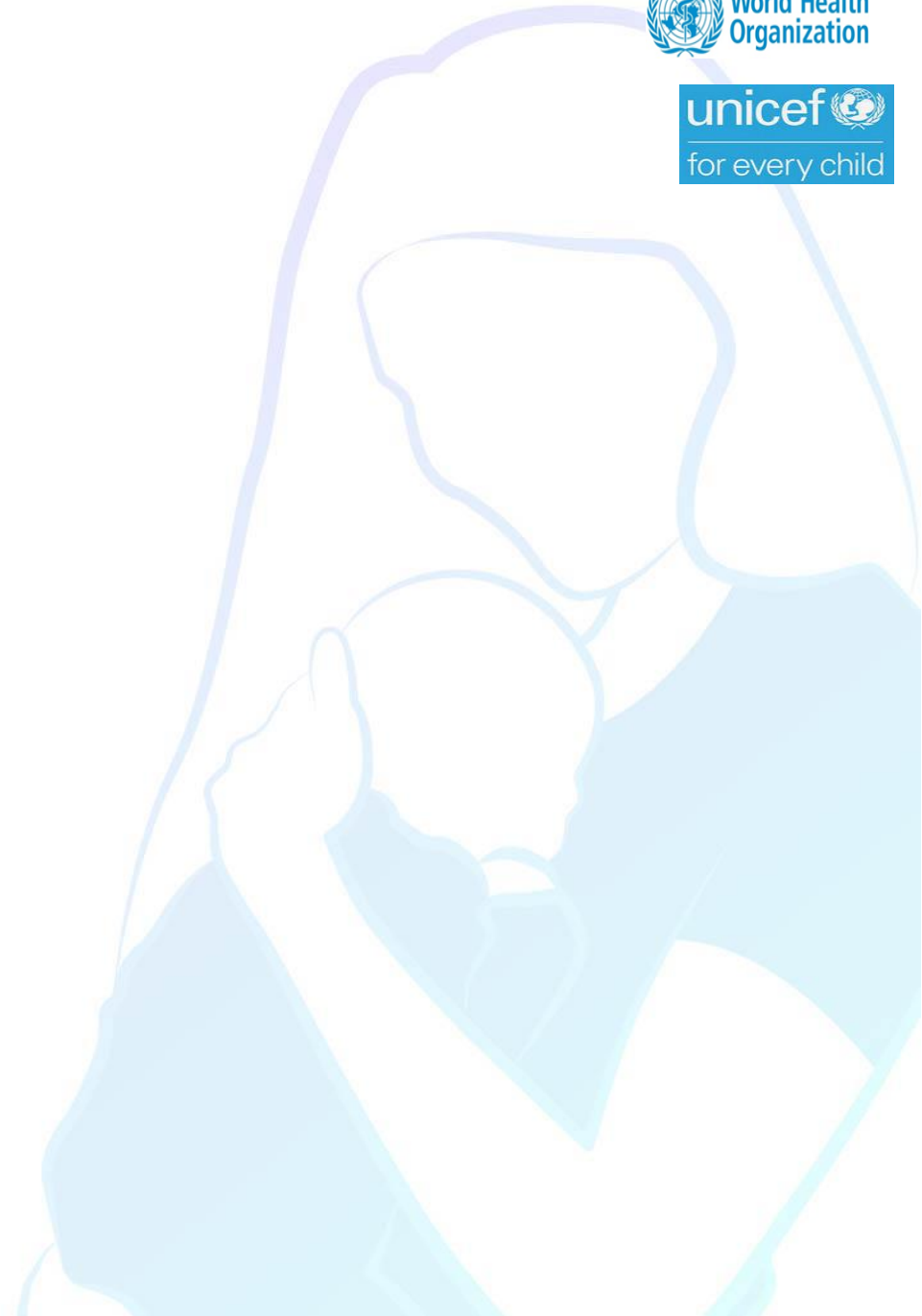
Completed in collaboration with MPDSR TWG partners

# Goals of the Document

1. To establish a framework to assess the burden of maternal deaths, stillbirths and neonatal deaths, including trends in numbers and causes of death.
2. To generate information about modifiable factors contributing to preventable death, and to use the information to guide action in order to prevent similar deaths in the future.
3. To promote confidentiality and a “blame free” culture
4. To provide accountability for results and compel decision-makers to give the problem of maternal deaths, stillbirths and neonatal deaths due attention and response.
5. To provide examples of forms and guidance that can be adapted to the local context.
6. To compile and link to tools, resources and the evidence base for MPDSR.

# Who is this for?

- This operational guide has a broad audience
- Clinicians, all participants in clinical care, maternal and perinatal death review processes.
- Public health officials and public health leadership.
- Other stakeholders including planners and managers, in-service trainers, epidemiologists, demographers, policy makers, professionals working with vital registration systems, and others.



# Format of Guidance

---

- Total of 10 modules
- Each module provides step by step recommendations
- Each module includes resources and tools
- Capacity building materials
  - MDSR (developed by MCSP with links in the document)
  - Perinatal audit (developed by UNICEF with links in the document)
  - Virtual Public Health Campus on Surveillance and Response in the case of maternal and perinatal death (MPDSR)
  - MPDSR Training of Trainers package (MCGL and partners)

# Modules

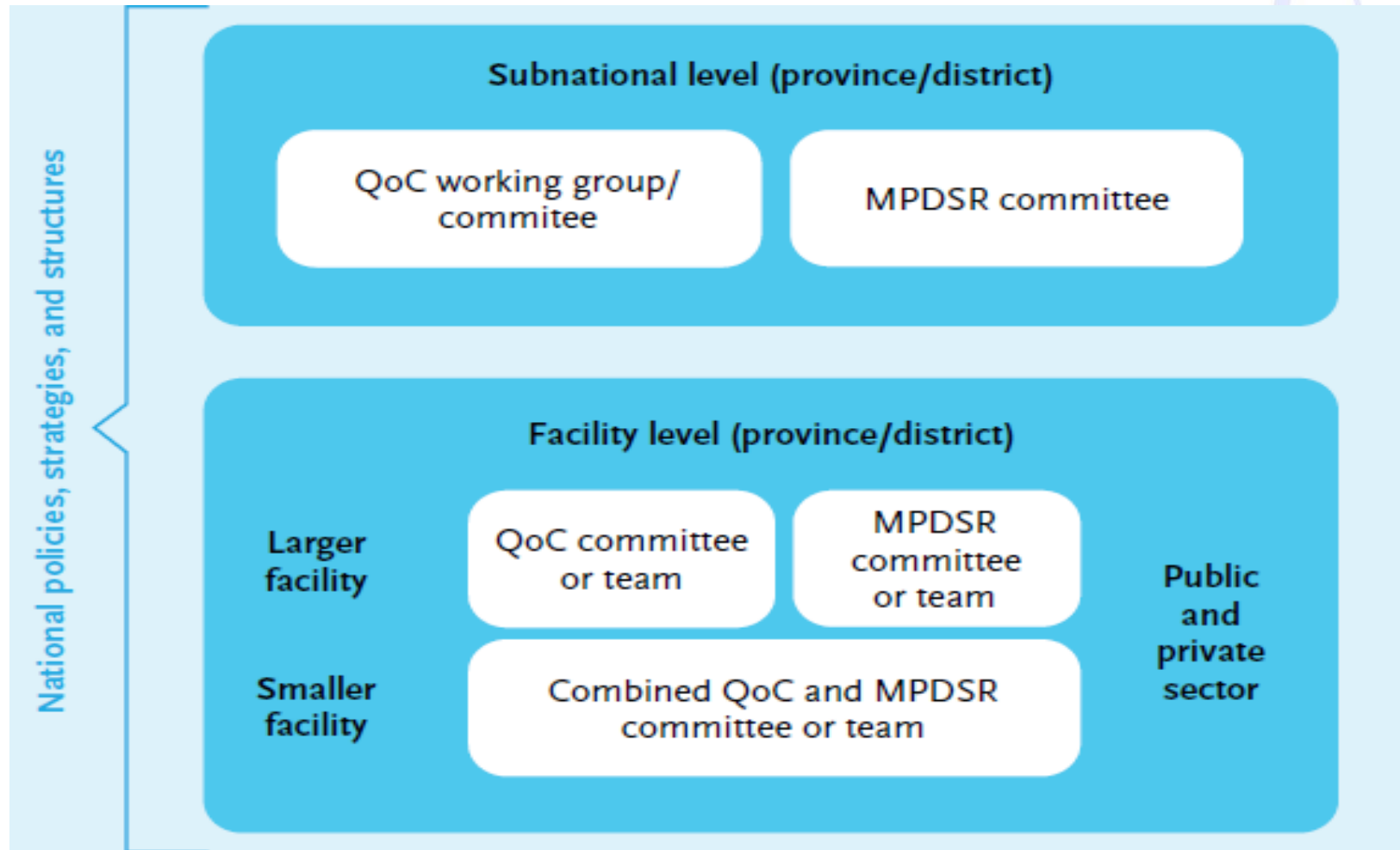
MODULE NUMBER	MODULE TITLE	TRAINING MATERIALS (Maternal)	TRAINING MATERIALS (Perinatal)	CASE STUDIES	SAMPLE FORMS	OTHER TOOLS AND RESOURCES
1.	Definitions	✓	✓			✓
2.	Get started at the facility level	✓	✓		✓	✓
3.	Identifying cases	✓	✓		✓	✓
4.	Collecting information	✓	✓	✓	✓	✓
5.	Conducting joint maternal and perinatal death reviews			✓	✓	✓
6.	Analysing and presenting information	✓	✓	✓	✓	✓
7.	Recommending actions & implementing change	✓	✓	✓	✓	✓
8.	Monitoring, evaluating & refining	✓	✓	✓	✓	✓
9.	MPDSR in humanitarian and fragile settings					✓
10.	Overcoming the blame culture of MPDSR					✓

# What's New?

Easy to follow modular approach including instructions, templates, and links to resources

- Recommendations for how to conduct joint maternal and perinatal death reviews and develop response
- Guidance on how to select cases for perinatal death reviews
- Developing SMART recommendations
- Monitoring MPDSR implementation
- Linkages between MPDSR and Quality of Care initiatives
- MPDSR in humanitarian settings
- Overcoming the blame culture of MPDSR
- Capacity building/training materials

# Possible alignment of Quality of Care and MPDSR across levels of the health system





**Thank you**





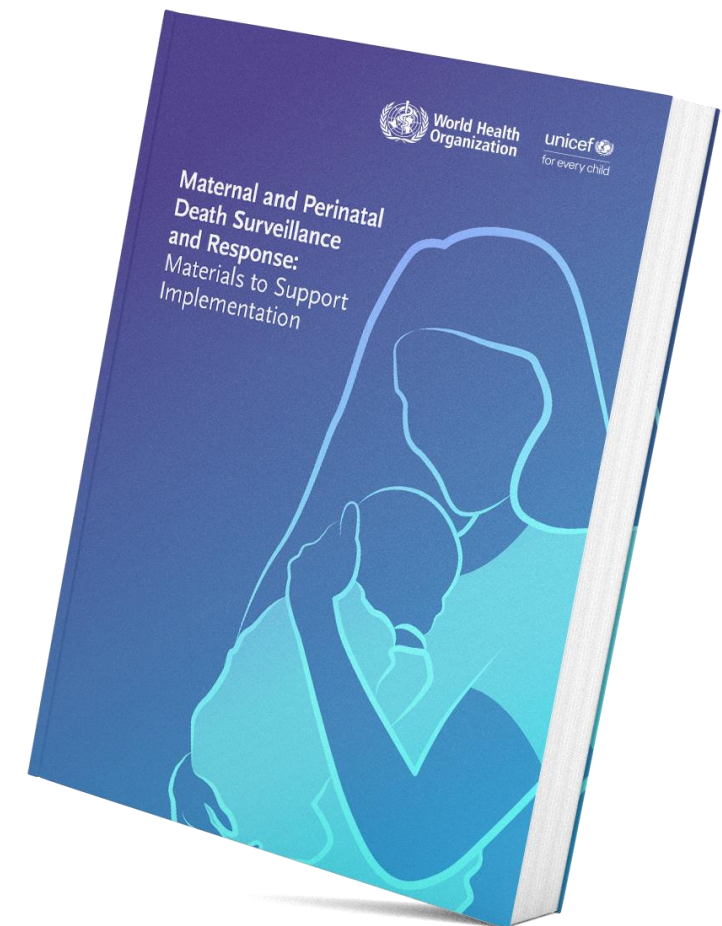
# LAUNCH OF THE MPDSR: MATERIALS TO SUPPORT IMPLEMENTATION

CÔTE D'IVOIRE'S EXPERIENCE  
IN STRENGTHENING MPDSR?

September 2<sup>nd</sup> 2021



**Dr Eric-Didier N'DRI,**  
WHO Ivory Coast CO



# Renforcement de la Surveillance des Décès Maternels et Périnataux et Riposte (SDMPR) en Côte d'Ivoire

*Progrès et Défis dans la mise en oeuvre  
Test pilote du guide opérationnel*



Organisation  
mondiale de la Santé  
Côte d'Ivoire

# Presentation Plan

Analyse de la Situation

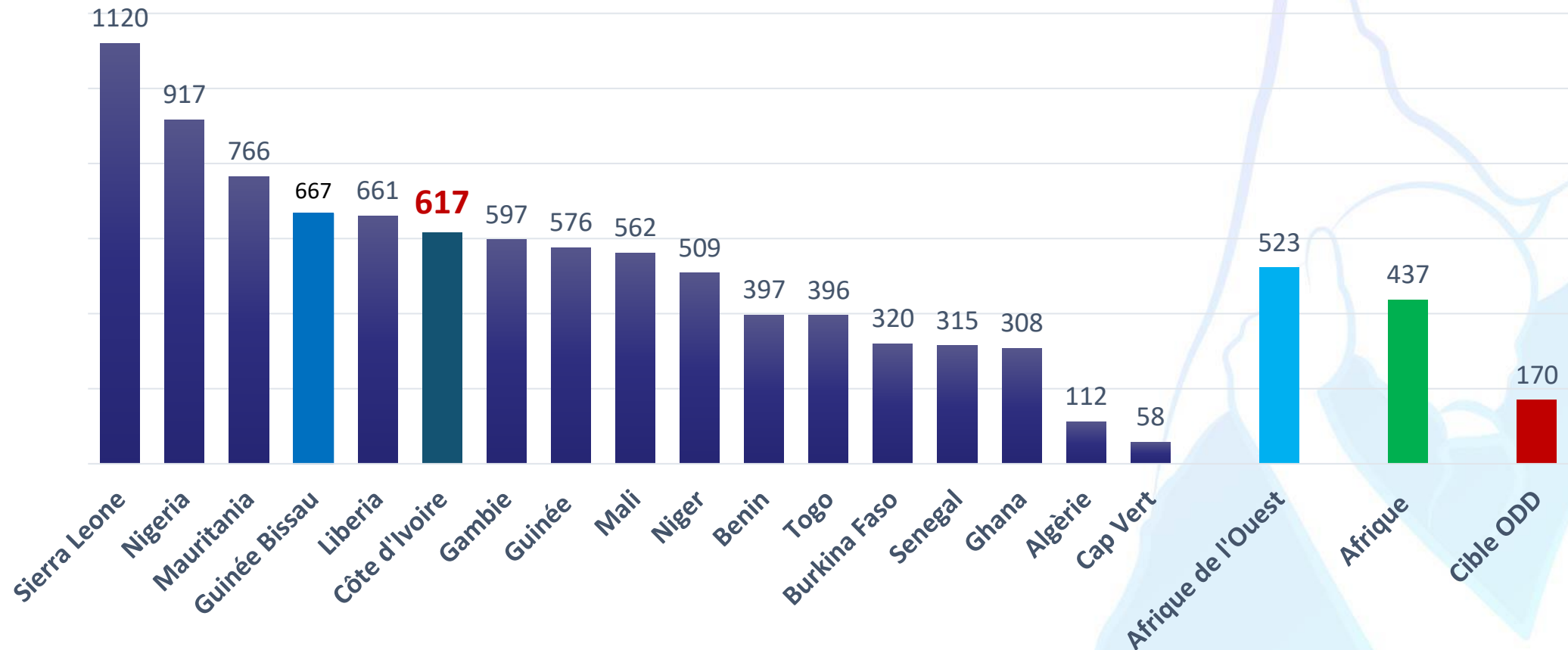
Test pilote du guide opérationnel de l'OMS

Défis

Perspectives



# Ratio de MM dans la sous région ouest africaine comparé à la cible des ODD (2030)





# Historique

## 2005 : Introduction de l'audit des décès maternels en CI

Audit des décès  
maternels au niveau  
des CHU d'Abidjan  
et à certains  
hôpitaux régionaux

## 2013 – 2014: Introduction de la SDMPR

- Rencontre nationale de plaidoyer
- Intégration des DM dans le dispositif existant SIMR
- Intégration dans le paquet minimum d'activités des structures de santé
- Démarrage effectif de la notification au plan national en août 201

## 2015 : concrétisation de l'engagement politique

- Arrêté ministériel 450 /MSLS/CAB du 05 août 2015 portant « obligation de notification des cas de décès maternels, institutionnalisation des revues et création du comité national SDMR »
- Mise en place instances de coordination : Comité National de Surveillance des décès maternels et riposte (CN-SDMR) / (CD-SDMR) / Groupe Technique d'Expert sur la mortalité maternelle (GTEMM).
- Organisation du Système d'identification et de notification

## 2015 – 2019 : Mise en oeuvre

- Renforcement des capacités des acteurs / 20 régions sanitaires, 86 districts sanitaires et hôpitaux de référence, 5 CHU, hôpital militaire d'Abidjan et hôpital de la police Nationale y compris la dotation en smartphones
- Enseignement de la SDMPR introduit dans le curricula de formation des médecins en spécialisation de GO (2017-2018)
- Plan de renforcement de la SDMR 2018 – 2019
- Arrêté ministériel pour la prise en compte des décès néo-natals et infantiles
- Arrêté n° 0082MSHP/CAB du 08 mai 2019 portant création, attribution, organisation et fonctionnement du Comité de lutte contre la mortalité maternelle néonatale et infantile (CLMMNI)

## 2020 – 2021 : Analyse de la situation nationale de la mise en oeuvre de la SDMPR

- Rapports nationaux SDMR 2014-2016 et 2017-2020
- Evaluation nationale 2020-2021

# Analyse de la situation 2020-2021

But:

Fournir une meilleure compréhension du niveau de la mise en œuvre de la SDMPR en Côte d'Ivoire.

Question de recherche:

« Quel est l'état de la mise en œuvre de la SDMPR à différents niveaux, y compris les obstacles et les facteurs facilitants pour une mise en œuvre pérenne ? »



# Méthodologie

- Sélection par choix raisonné de 10 structures sanitaires (CHR et HR) et 69 participants
- Revue documentaire – enquêtes quantitative et qualitative
- Analyse des données : - Consolidation des différentes sources de collecte; - Classification des structures de santé selon le niveau de mise en œuvre de la SDMPR utilisant « KMC monitoring tool model” -Transcription, saisie et analyse des entretiens enregistrés à l’aide du logiciel Nvivo 12
- Autorisations des Comités d’Ethique de l’OMS (*CRE 0003135*) et National de la CI (*N/Réf : 036-21/MSHP/CNESVS-km*)

# Résumé des progrès dans les 10 structures sélectionnées

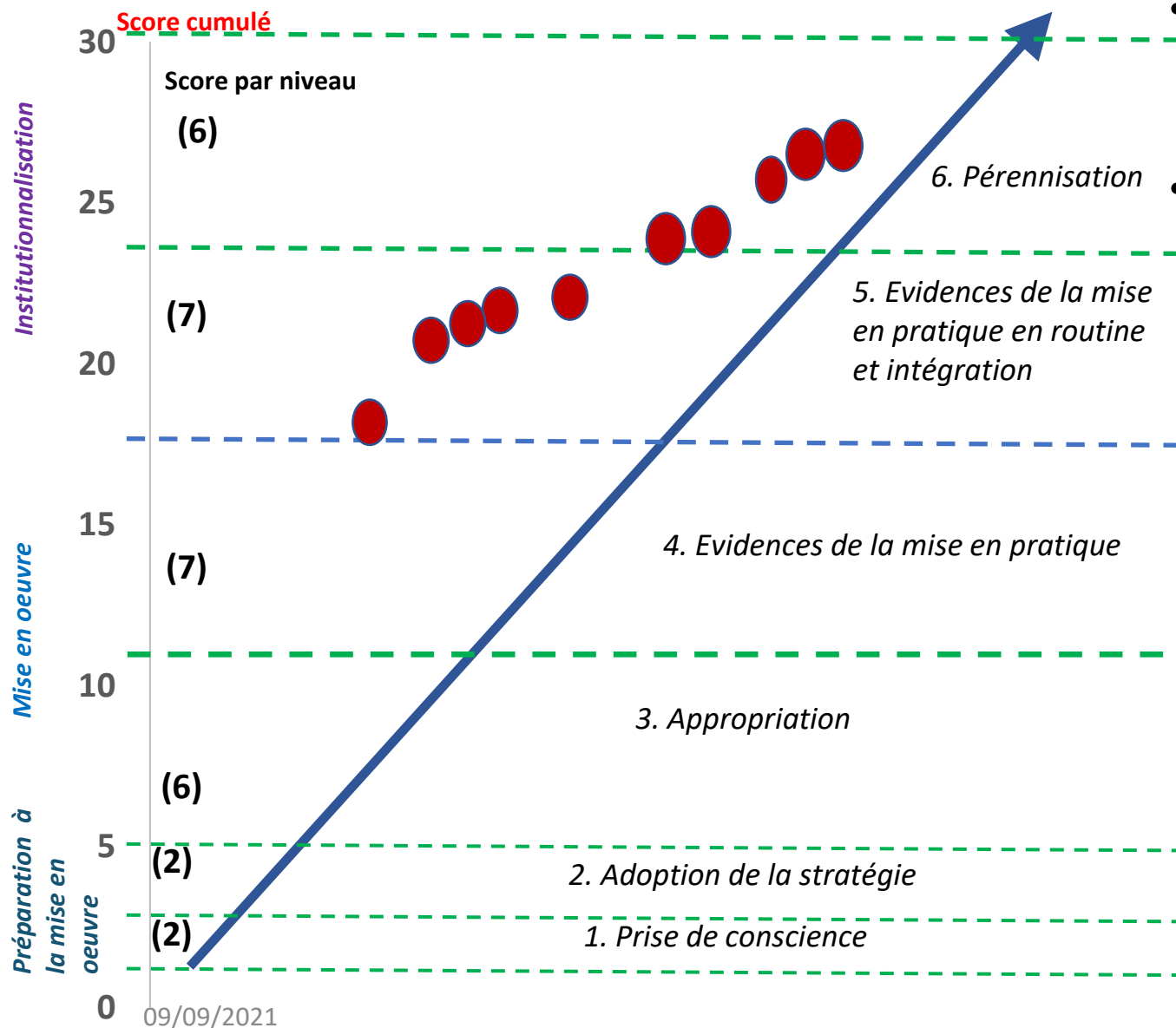
(KMC monitoring tool model)

Phase	Étape	Description	Score des étapes	Classification des hôpitaux	Score des hôpitaux / 30	
PRÉPARATION AN LA MISE EN ŒUVRE	Prise de conscience	Prise de conscience	0-2			
		Engagement des responsables locaux				
PRÉPARATION AN LA MISE EN ŒUVRE	Adoption de la stratégie	Mise en place des comités de revue	3-4			
		Décision intentionnelle de démarrer la mise en œuvre				
MISE EN ŒUVRE	Appropriation	Processus / Programme de la tenue des réunions de revue	5-10			
		Disponibilité des outils MPDSR				
	Evidences de la mise en pratique	Stratégie d'orientation/formation du nouveau personnel	11-17			
	Tendances des données affichées et partagées					
	Disponibilité des rapports de réunions de revue y compris les recommandations					
INSTITUTIONNALISATION	Evidences de la mise en pratique en routine et intégration	Engagement multidisciplinaire	18-24	HG	<b>17,25</b>	
		Disponibilité des documents de politique et tout autre document		CHR	<b>24,94</b>	
		Evidences de changements basés sur la mise en œuvre des recommandations MPDSR		CHR	<b>24,13</b>	
				HG	<b>22,77</b>	
				CHU	<b>21,58</b>	
				CHR	<b>21,31</b>	
	Pérennisation	Développement du personnel	1 à 2 années de pratique continue	25-30	HG	<b>21,15</b>
					CHR	<b>26,29</b>
					HG	<b>26,29</b>
				CHR	<b>25,75</b>	



# Résumé des progrès dans les 10 structures sélectionnées

(KMC monitoring tool model)



- Les scores des hôpitaux variant de **17.25/30** à **26.29/30** avec un score moyen est de **23.15 / 30**

- Toutes les structures de santé visitées sont à la **pratique de la stratégie en routine** et en **phase d'institutionnalisation** avec toutefois d'importants efforts encore nécessaires en termes de :

- Identification des cas au niveau Communautaire
- Régularité des réunions de revue des cas de décès maternels
- Qualité des informations collectées et qualité de la revue des cas
- Harmonisation dans la classification des causes de décès / CIM
- Analyse et utilisation des données
- Mise en œuvre, partage et suivi des recommandations

## Difficultés pour la mise en oeuvre effective des recommandations issues des revues de cas

Obstacles à la mise en œuvre des recommandations issues de la revue	Nombre de structures (n=10)
Soutien/ leadership des autorités sanitaires nationales	2 (20%)
Soutien/ leadership de l'établissement	3 (30%)
Soutien/ leadership du district	1 (10%)
Manque de communication à travers les niveaux de soins	3 (30%)
Système de référence inadéquat	4 (40%)
<b><i>Disponibilité des produits essentiels</i></b>	<b>8 (80%)</b>
Disponibilité de personnel qualifié	4 (40%)
<b><i>Disponibilité de ressources/finances</i></b>	<b>6 (60%)</b>
Manque d'engagement communautaire	1 (10%)
Pratiques locales néfastes	2 (20%)
Autres	4 (40%)

# Quelques changements suite à la mise en oeuvre des recommandations

Recommandations formulées lors de la revue	Changements opérés dans l'offre des soins
Assurer l'évacuation des patientes dans les délais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mise à disposition des <b>fiches de référence et contre référence</b> avec amélioration des références</li><li>• Réalisation des <b>staffs communs</b> de la structure de référence avec les structures périphériques</li><li>• <b>Diffusion des directives</b> sur les signes de dangers liés à la grossesse ou à l'accouchement dans tous les centres de santé avec un effet la réduction du nombre de décès dans le district</li><li>• Acquisition d'une <b>ambulance communale</b> dans un des établissements visités</li><li>• Mise en place d'une <b>flotte de communication</b> entre les ESPC et les structures de référence pour une meilleure gestion des évacués</li></ul>
Assurer la réalisation des groupes sanguin au niveau des maternités	<ul style="list-style-type: none"><li>• La <b>mise en place des réactifs</b> pour la réalisation des groupes sanguin dans 2 maternités du district</li></ul>
Réduire le délai de prise en charge des patientes en urgence	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organisation pour <b>une implication de tout le personnel en cas d'urgence</b> pour la prise en charge</li><li>• <b>Affectation d'un médecin en réanimation</b></li></ul>
Réduire les hémorragies du post-partum chez les mères	<ul style="list-style-type: none"><li>• Renforcement de la <b>surveillance de l'accouchement</b> par les prestataires</li></ul>

# Obstacles et facteurs facilitants en matière de leadership et gouvernance

## Catalyseurs

- Prise d'arrêtés, notes circulaires au niveau central et régional et départemental pour mise en œuvre SDMPR
- Leadership de certaines autorités sanitaires locales dans la résolution de certains problèmes liés aux prestataires
- Existence d'appui technique dans processus SDMPR (INHP, DIIS, DR, DD, partenaires au développement, ...)

## Obstacles

- Non fonctionnalité des instances de coordination tel que stipulé dans les arrêtés SDMPR
- Diffusion insuffisante des documents nationaux sur la SDMPR aux points de prestations
- Non prise en compte du volet périnatal
- Faible appropriation par les responsables du système de santé et les autorités locales des recommandations à mettre en œuvre
- Absence de redevabilité vis-à-vis des actions à mettre en œuvre

# Obstacles et facteurs favorisants en matière de mise en œuvre

## Catalyseurs

- Existence des comités techniques de revue (disponibilité du personnel de santé pour les revues) au niveau des établissements de santé
- Engagement du personnel dans la démarche qualité pour améliorer l'offre de service (formation, coaching, changement de comportement)
- Renforcement des liens entre communauté et structure de santé
- Partage des informations lors des réunions bilan ou par visio-conférence au niveau du district

## Obstacles

- Inégale répartition du personnel de santé au niveau des établissements sanitaires
- Faible application des directives, protocoles et normes par les prestataires
- Retard des prestataires à instruire les cas des décès pour la revue
- Insuffisance des ressources financières (documentation des cas, restitution des résultats, exécution de certaines recommandations)
- Insuffisances dans la supervision de la mise en œuvre de la SDMPR

# Obstacles et facteurs favorisants au niveau communautaire

## Catalyseurs

- Rôle clé des ASC dans l'identification des cas de décès dans la communauté
- Existence d'un engagement communautaire à travers des initiatives mise en œuvre dans certaines zones (école des maris)
- Organisation sensibilisation à travers les radios de proximité sur les thématiques de la santé de la mère et de l'enfant

## Obstacles

- Absence de motivation des ASC
- Faible diffusion des recommandations des revues dans la communauté
- Insuffisance de sensibilisation de la communauté pour l'adoption des recommandations et des bonnes pratiques

# Test pilote du guide et des outils opérationnels développés par l'OMS

- Recueillir les perceptions des participants sur le guide opérationnel et les outils:
  1. Comment est-ce que les documents d'orientation opérationnelle de la SDMPR sont perçus en terme d'acceptabilité, de facilité d'utilisation et d'exhaustivité ?
  2. Comment est-ce que les supports de formation du guide opérationnel peuvent être utilisés pour améliorer la mise en œuvre de la SDMPR ?
  3. Quelles améliorations peut-on apporter aux documents d'orientation opérationnelle pour améliorer la mise en œuvre ?

## *Réunion de revue pilote*

*1 – Participants* : 22 personnes qui participent régulièrement aux séances de revue des décès dans les établissements de santé (équipe multidisciplinaire) provenant de 3 types d'établissements avec des mécanismes réguliers de revue des décès maternels (CHU de Bouaké, CHR de Guiglo et HG de Port-Bouët)

*2- Facilitation* : animateurs de la réunion de revue pilote: 2 consultants, 2 facilitateurs de la SOGOCI et de la SIP , appui technique de l'équipe de l'OMS (03) et les coordonnateurs du programme de la Santé de la mère et de l'enfant (2) et une auditrice libre.

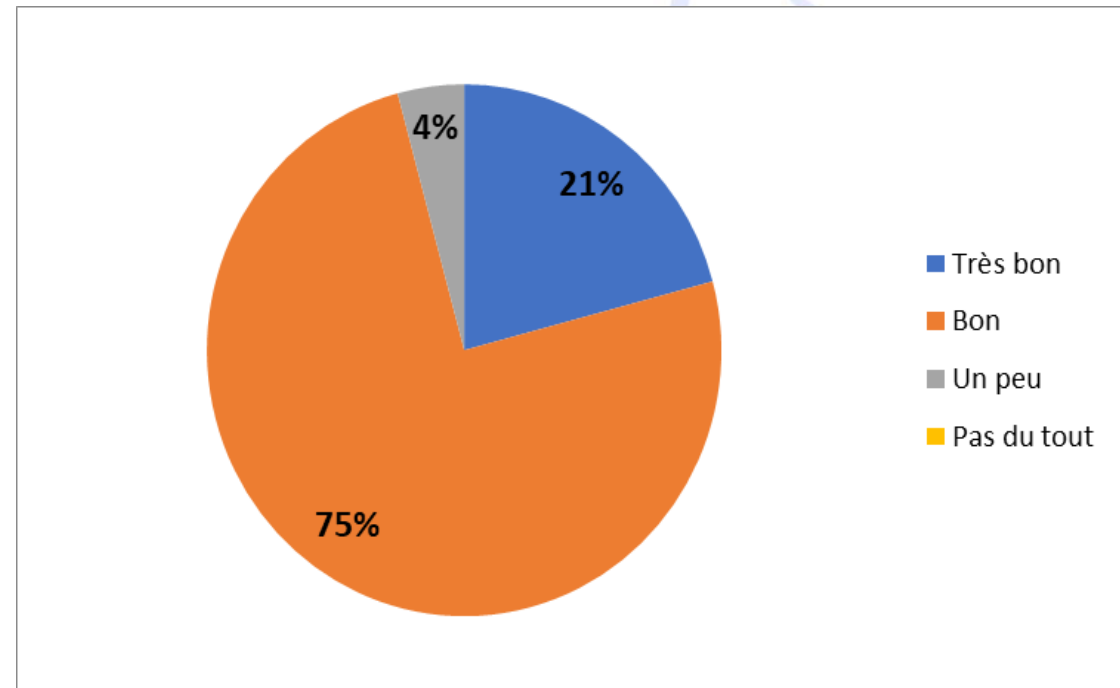
*3 -Réunion de revue pilote proprement en deux étapes:*

- 1ère étape (2 jours) : Orientation des participants sur le guide opérationnel et les outils y compris des exercices sur des cas fictifs de décès maternels et périnataux.
- 2ème étape (1 jour): Evaluation des documents et recueil des perceptions des participants sur le guide opérationnel et les outils à travers une session de feedback structurée et la collecte d'informations additionnelles sur les formulaires de feedback renseignés après chaque session.

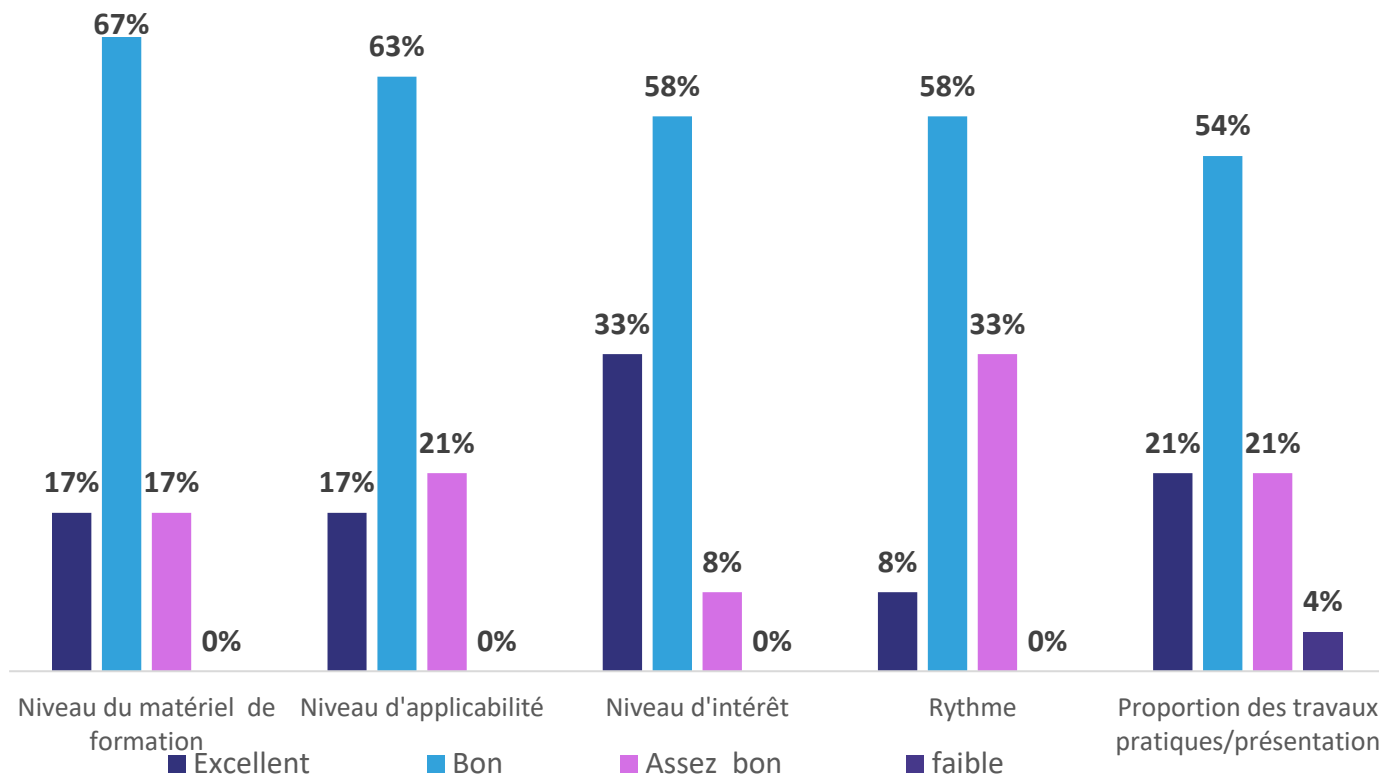


## Résultats: Perception des participants par rapport à l'orientation utilisant les paquets de formation SDMR (développé par MCSP) et SDPR (développé par l'UNICEF) sur la base des directives de l'OMS y compris le guide opérationnel et les outils

*Dans l'ensemble, la session d'orientation a répondu aux attentes des participants : « Bon » et « Très bon » pour 96% des participants*

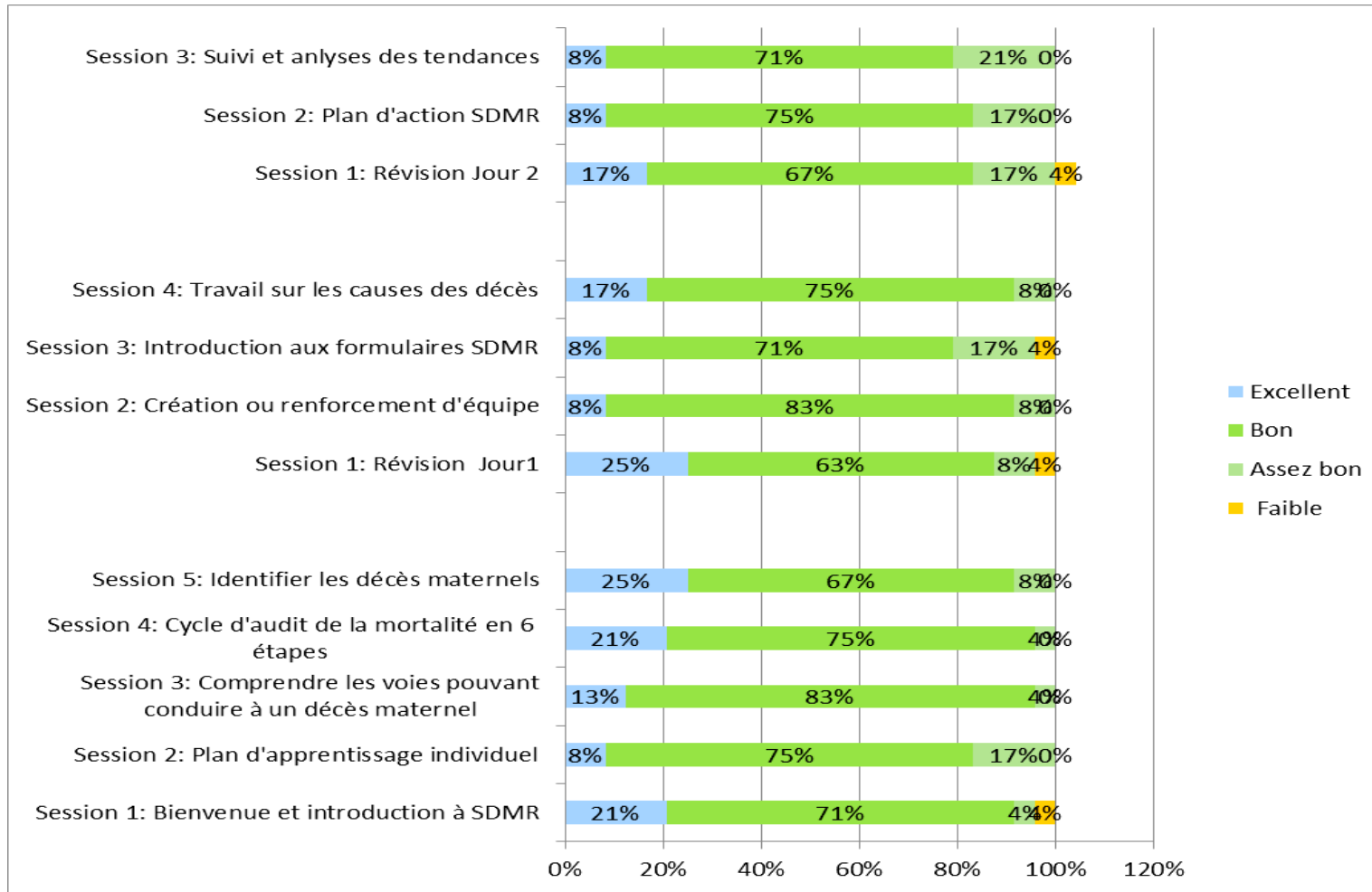


# Résultats : Perception des participants par rapport à la formation SDMR



*La durée de la formation et la proportion des travaux pratiques par rapport aux présentations ont été jugées insuffisantes par près du 1/3 des participants*

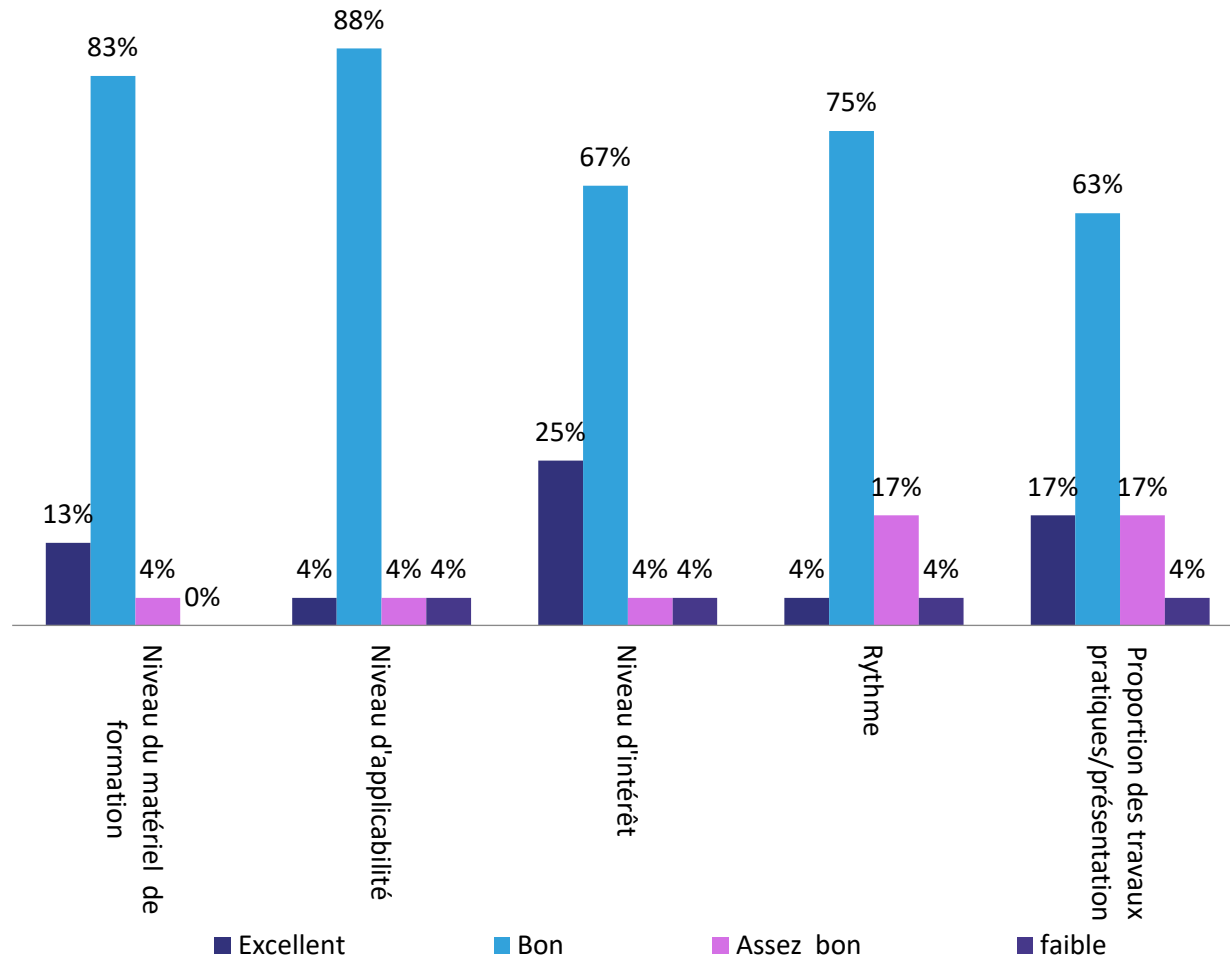
# Résultats : Perception des participants des différentes sessions SDMR du matériel de formation et du guide opérationnel et des outils



*Selon les participants, nécessité de plus de temps et plus de pratique pour les sessions suivantes :*

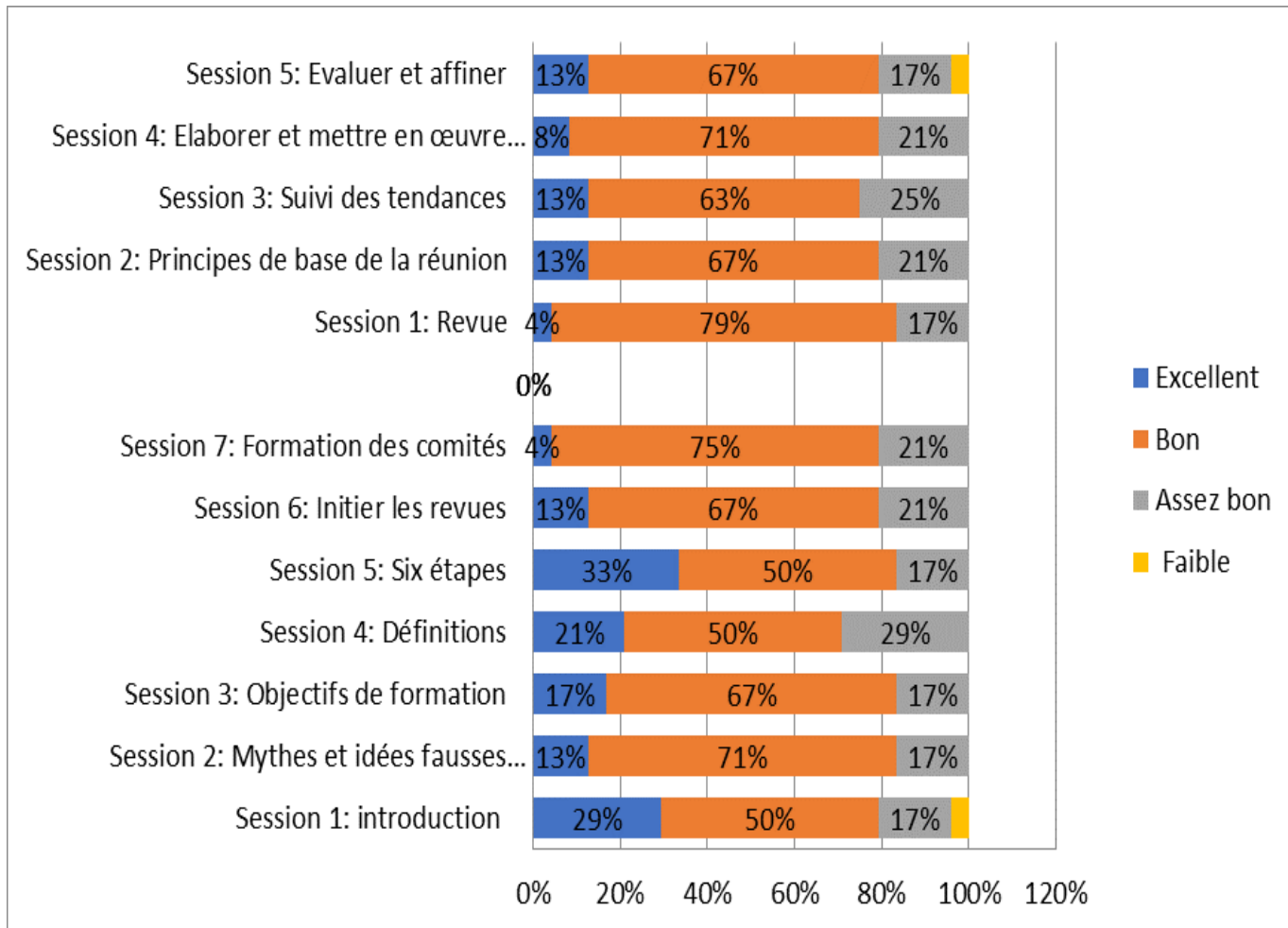
- *Suivi et analyse des tendances,*
- *Elaboration des plans d'actions SDMPR,*
- *Remplissage des outils SDMPR*

# Résultats : Perception des participants par rapport à la formation en SDPR



*La durée de la formation et la proportion des travaux pratiques par rapport aux présentations ont été également jugées insuffisantes par 20% des participants*

## Résultats: Perception des participants des différentes sessions SDPR du matériel de formation et du guide opérationnel et des outils

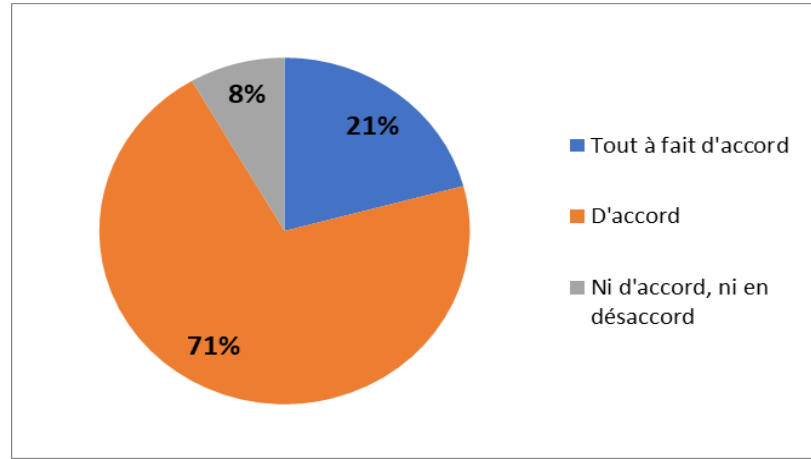


*Selon les participants, nécessité de plus de temps et plus de pratique pour les sessions suivantes :*

- *Définitions de cas*
- *Formation et fonctionnement des comités de revue des décès périnataux*
- *Suivi et analyse des tendances*

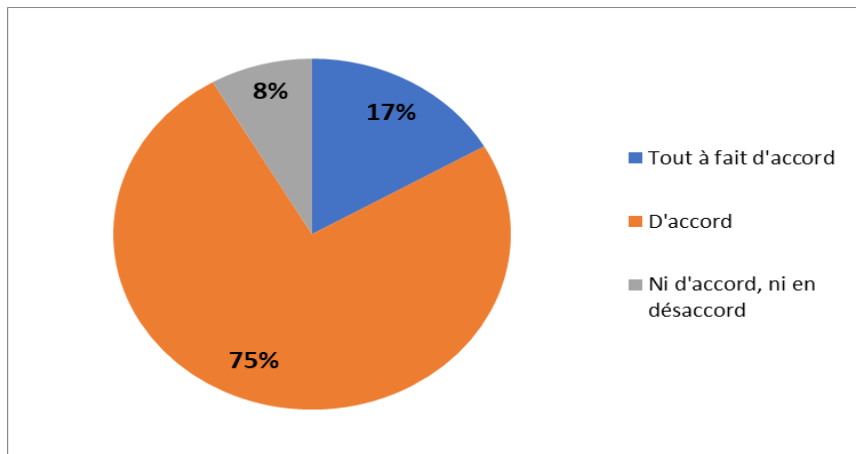
# Résultats: Perception de la formation et du guide opérationnel

## Niveau d'application des connaissances de la formation sur SDMPR



La majorité des participants ont réussi à appliquer efficacement ce qu'ils ont appris au cours des sessions de formation lors de la revue pilote.

## Utilisation du guide opérationnel



Plus de 90% des participants ont affirmé être d'accord et tout à fait d'accord que le guide opérationnel les a aidé à appliquer ce qu'ils avaient appris au cours de la formation.

# Défis et Perspectives pour le renforcement de la SDMPR en Côte d'Ivoire

# Les Défis

- Fonctionnalité des instances de **coordination** mises en place (Comité National SDMPR)
- Développement d'un **plan de mise en œuvre** avec des objectifs et cibles bien définis y compris un plan de suivi évaluation
- Mobilisation de **ressources financières adéquates** (documentation des cas, restitution des résultats, exécution de certaines recommandations)
- Identification et notification des cas de décès au niveau **communautaire**
- **Harmonisation de la classification des causes** de décès maternels et périnataux selon la CIM-MM/MP
- Renforcement des capacités **d'analyse et d'utilisation des données SDMPR**
- Mise en oeuvre des actions de **riposte** à tous les niveaux



# Les perspectives

- **Validation, dissemination et suivi de la mise en oeuvre des recommandations de l'analyse de la situation**
  - Renforcement du plaidoyer à tous les niveaux
  - Plan de mise en oeuvre des recommandations
  - Redynamisation des instances de coordination
    - Suvi Evaluation +++
- **Renforcement des capacités des acteurs** / Focus sur l'analyse des données SDMPR et la classification des causes de décès maternels et périnatals
  - Lancement / Diffusion du guide opérationnel et des outils au niveau national
  - Orientation du pool de formateurs nationaux sur le guide opérationnel et le paquet de formation
  - Ateliers régionaux d'orientation des acteurs
  - Supervision de la mise en oeuvre



# LAUNCH OF THE MPDSR: MATERIALS TO SUPPORT IMPLEMENTATION

Questions & Answers

September 2<sup>nd</sup> 2021



Moderator

**Dr Tedbabe Degefie Hailegebriel,**

Senior Advisor Maternal and Newborn Health, UNICEF



# Part 2:

## LAUNCH OF THE MPDSR: MATERIALS TO SUPPORT IMPLEMENTATION

September 2 2021



### Introduction

#### Dr Anshu Banerjee

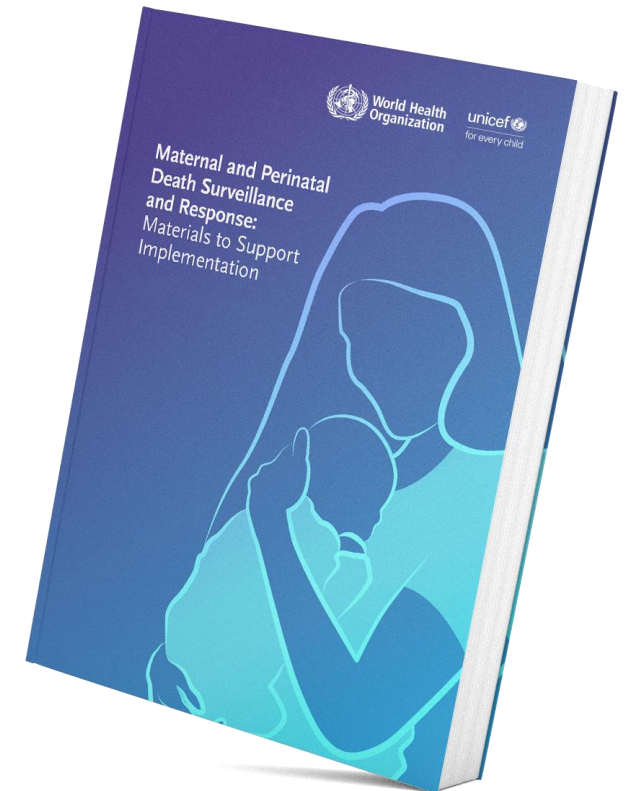
Director of the Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing, WHO Geneva



### Facilitator

#### Dr Willibald Zeck

Global Maternal and Newborn Thematic Fund Coordinator, United Nations Population Fund, UNFPA



# Country panel – Using the MPDSR materials to support implementation



**Dr Kapila Jayaratne,**  
National Programme Manager - Maternal & Child Morbidity & Mortality, Family Health Bureau - Ministry of Health Sri Lanka



**Dr Moussa Dadjoari,**  
Program Manager of Safe Motherhood at the Family Health Department, Ministry of Health Burkina Faso



**Dr Bremen de Mucio,**  
Regional Maternal Health Advisor, Pan American Health Organization (PAHO)



**Prof. Stephen Munjanja,**  
Professor & Researcher of Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Zimbabwe



**Prof. Ank de Jonge,**  
Representative of International Confederation of Midwives (ICM)



**Dr. Kusum Thapa,** Senior Advisor, Jhpiego/ MCGL (MOMENTUM Country and Global Leadership)

# LAUNCH OF THE MPDSR: MATERIALS TO SUPPORT IMPLEMENTATION

Questions & Answers

September 2<sup>nd</sup> 2021



Facilitator

**Dr Willibald Zeck**

Global Maternal and Newborn Thematic Fund Coordinator,  
United Nations Population Fund, UNFPA



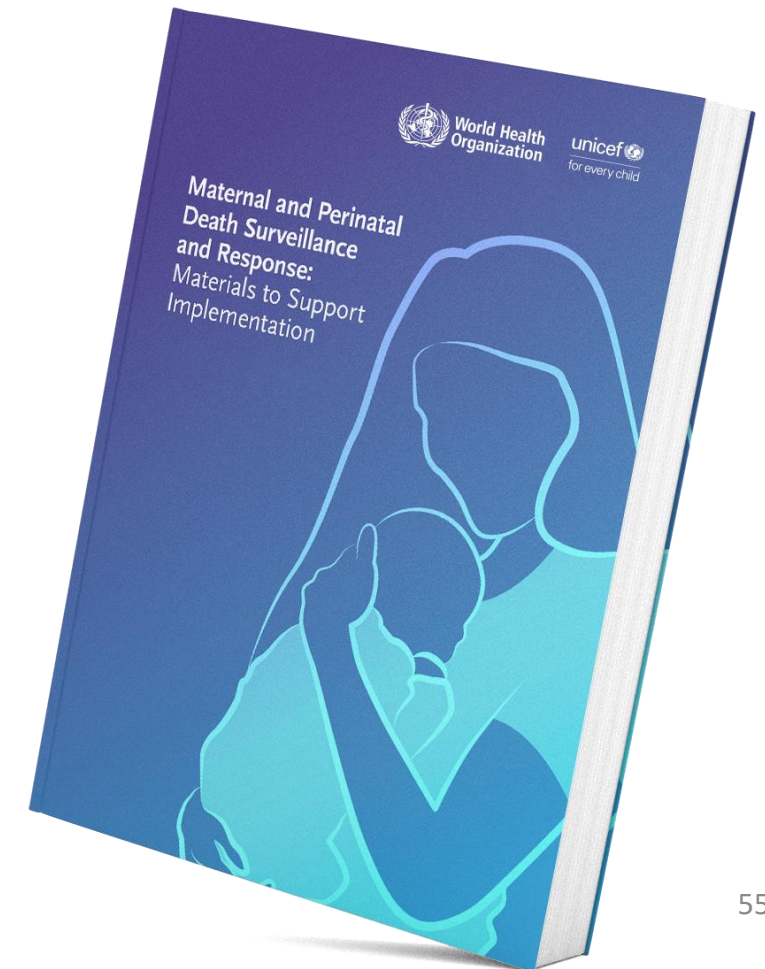
# LAUNCH OF THE MPDSR: MATERIALS TO SUPPORT IMPLEMENTATION

Closing remarks

September 2<sup>nd</sup> 2021



**Dr Tedbabe Degefie Hailegebriel,**  
Senior advisor Maternal and Newborn health, UNICEF



# Call to action for robust MPDSR in all countries

- Support efforts for timely identification and notification of all maternal and perinatal deaths, including linkages with routine health information systems and CRVS
- Strengthen capacity to improve documentation of causes of maternal and newborn death & stillbirth to avoid similar preventable deaths for women and their children.
- Improve quality of timely death reviews and development of SMART recommendations that can be implemented within existing health systems
- Strengthen monitoring of MPDSR including implementation of recommendations and make adjustments as needed
- Improve perinatal death reviews and integrate with maternal death reviews as feasible
- Ensure linkages with quality of care initiatives and committees or teams as feasible
- Promote blame-free culture to support healthcare professionals



# Next steps

- We are working with our regions, countries, the MPDSR TWG, partners and donors to a dissemination plan and implementation support plan at country level
- You will be soon able to access the materials on the [WHO website](#) and the presentations shared with you today.
- If you are interested to implement this in your country and context, please reach out to:

Ms Francesca Palestra,  
Technical Officer, MCA WHO Geneva  
Email: [palestraf@who.int](mailto:palestraf@who.int)



World Health  
Organization



**Recording & slides are available at:**

<https://www.qualityofcarenetwork.org/webinars/series-7-webinar-7-maternal-and-perinatal-death-surveillance-and-response-materials>

**Visit website:**

<https://www.qualityofcarenetwork.org/about>

# Thank you



Quality, Equity, Dignity

A Network for Improving Quality of Care  
for Maternal, Newborn and Child Health

