

EDITORIAL

Integrated Maternal, Newborn and Child Health (IMNCH) Strategy: How has it advanced in Africa?

Friday Okonofua

Editor, African Journal of Reproductive Health

***For correspondence:** Email: feokonofua@yahoo.co.uk

Although accelerated declines in rates of maternal and child mortality have recently been reported from several regions of the world, Africa is still cited as the continent with the slowest rate of progress¹. Increasingly, apprehension is being expressed in many research and policy arenas regarding the likelihood that several African countries may not achieve the MDG targets in child and maternal health by 2015 unless an accelerated action plan is developed and implemented. While the MDG itself provided targets, goals and aspirations to guide countries, one major limitation has been that it fell short in making specific recommendations on implementation and plans of action for achieving the desired results. The introduction of the Integrated Maternal, New-born and Child Health (IMNCH) strategy² has provided a uniquely understandable approach for targeting interventions and leveraging resources for addressing the inter-related problems of maternal, newborn and child mortality, especially within the context of developing countries. This approach provides a simplified continuum of care framework for integrated service delivery, leveraging and coordinating the use of resources, involving a broad range of stakeholders and engaging families and communities in providing care for women and children. It was hoped that the integrated approach would improve the delivery of maternal, newborn and child health services better than previous approaches based on separate implementation of these programs. In September 2010, the UN MDG summit generated global and high level support for the coordinated improvement of maternal, newborn and child health culminating in pledges of US\$40 billion

over the next five years to address women's and children's health³.

About five years into the implementation of this framework and only two years away from 2015, it is important to reflect on how it has worked or is working for attaining optimal maternal, newborn and child health outcomes in Africa. To date, there is little documentation of the number of countries in Africa that have accepted or are using this framework to address maternal, newborn and child health. While membership of the global Partnership on Maternal, Newborn and Child Health currently hosted by the WHO, could be used as an indication of acceptance by countries of the strategy, it speaks little about official commitments especially because memberships are often facilitated by individuals rather than by official sources within those countries.

Among African countries accepting the IMNCH framework, several issues pertaining to implementation remain unknown. These include: the extent to which policies and action-plans have been domesticated for implementing the framework, the amount of resources allocated by countries on an on-going basis, multi-stakeholders' understanding and involvement (including at family and community levels), and the readiness of implementing countries to scale up and sustain the momentum even after 2015. Beyond these considerations, extensive debate regarding the impact and potential impact of the strategy on various indicators of maternal and child health is beginning to emerge. The most important of the issues currently generating discussion in different global forums is whether or not an integrated approach could diminish the

focus on maternal health⁴, thereby benefiting child health more than maternal health and therefore reducing the pace of reduction in rates of maternal mortality.

This concern is borne out by previous experiences whereby Maternal and Child Health approach that was implemented in the 1970s up to the early and mid-1980s focused more on child health delivery services with the results that maternal health services became almost invincible in local, regional and international implementation plans. It took the groundbreaking paper by Allan Rosen field and Deborah Maine in the Lancet in 1985⁵ titled: "Where is the M in MCH", for the global community to re-focus emphasis on maternal health. The documentation by Professor Kelsey Harrison of the high state of maternal mortality in northern Nigeria at the same time⁶, as well as the emphasis placed on women's overall social and economic empowerment by the International Conference on Population and Development in Cairo, Egypt in 1994 and the 4th World Conference on Women in Beijing, China in 1995 helped the process of consolidation of this paradigm shift. Now that the world is poised to adopt the integrated service delivery approach, the vital question is whether we would be going back to yester-years when maternal health was downplayed in comparison to child health.

There is yet no clear answer to this question at least within the context of sub-Saharan Africa, especially because many countries are yet to completely supplant the separate delivery of these services with integrated services. As an example, Nigeria launched its IMNCH strategy in 2007 with eight strategic objectives and a list of planned activities⁷. However, the approach is yet to completely replace the previous separate delivery of services due to poor funding, inadequate training and sensitization of health workers, as well as escalating poverty with citizens still unable to access evidence-based care while relying on traditional forms of health care. It was therefore not surprising when a recent study that investigated reasons for non-use of primary health care centres in six states of Nigeria⁸ reported the perception by youth and adults alike that these centres are meant for delivery of child health care (immunization, treatment of childhood illnesses,

childhood nutrition, etc.) rather than for adult care. Thus, a complete re-organization of service delivery is needed for this approach to fully take root before its impact on maternal and child health indicators can be fully assessed in many African countries.

Clearly, integrated maternal, newborn and child health strategy is an important approach for accelerating the tempo of service delivery for the reduction in rates of maternal and child mortality in African countries. However, at the present time its true impact and relevance are not well known in the continent. It might not be possible to conduct a quasi-experimental study or even a randomized controlled trial to compare the effects of separate versus integrated implementation of maternal and child health services in the region. However, considerable formative, descriptive, implementation and interventional research is needed to enable countries and the international community understand what is working and what may not work, and to develop an evidence-based framework for deepening its implementation. No doubt, IMNCH strategy might eventually prove to be one of the greatest innovations in maternal, new-born and child health that addresses barriers to service delivery in African countries. But the successes, challenges, results and benefits experienced by countries in using the framework need to be better investigated and documented.

References

1. Hogan MC et al Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress made towards Millennium Development Goal 5. Lancet 2010 May 8; 375 (9726): 1609-23.
2. Kember KJ et al. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. Lancet 2007; 370: 1358-69
3. The United Nations' Global Strategy for Women's and Children's Health. Available at: http://www.un.org/sg/hj/Global_StrategyEN.pdf
4. Horton R, Graham W, Okonofua FE, Temmerman M, Starrs A. Has the ascendance of the RMNCH continuum of care framework helped or hindered the cause of maternal health? Panel discussion at the Global Maternal Health Conference, Arusha. Jan 16, 2013.
5. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality – a neglected tragedy. Where is the M in MCH? Lancet 1985 Jul 13; 2 (8446): 83-5.

6. Harrison K. Childbearing, health and social priorities: a survey of 22,774 consecutive hospital births in Zaria, northern Nigeria. BJOG 1985; 92 Supplement 5, 1-119.
7. Chukwu COO. Maternal, newborn and child health in Nigeria: where are we now? Paper presented by the Honorable Minister of Health. Conference on Maternal, Newborn and Child Health in Nigeria. 2012.
8. Planned Parenthood Federation of the Americas. Factors influencing the use of primary health care services by adolescents in six states of Nigeria. In preparation

ÉDITORIAL

Stratégie intégrée de santé maternelle, néonatale et infantile (SISMNI) : Comment a-t-elle avancé en Afrique?

Friday Okonofua

Rédacteur en chef, Revue Africaine de santé de la reproduction

Email: feokonofua@yahoo.co.uk

Bien que la baisse accélérée des taux de mortalité maternelle et infantile ait été récemment signalées dans plusieurs régions du monde, l'Afrique est toujours citée comme étant le continent qui possède le taux le plus faible de progrès¹. De plus en plus, on exprime l'appréhension dans de nombreux domaines de recherches et de politiques concernant la possibilité que plusieurs pays africains ne puissent pas atteindre les cibles des OMD en santé maternelle et infantile d'ici à 2015 à moins qu'un plan d'action accéléré soit développé et mis en œuvre. Alors que l'OMD s'est doté d'objectifs, les buts et les aspirations pour guider les pays, une limitation majeure a été qu'il a manqué de formuler des recommandations sur la mise en œuvre des plans d'action spécifiques pour atteindre les résultats souhaités. L'introduction de la Stratégie Intégrée de Santé maternelle, néonatale et d'enfance (SISMNI)² a fourni une approche unique compréhensible pour cibler les interventions et la mobilisation de ressources pour faire face aux problèmes interdépendants de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, surtout dans le contexte des pays en développement. Cette approche fournit un continuum de soins simplifiés du cadre de prestation de services intégrés, l'optimisation et la coordination de l'utilisation des ressources, impliquant un large éventail de parties prenantes et la participation des familles et des communautés à fournir des soins aux femmes et aux enfants. On avait espéré que l'approche intégrée aurait mieux permis d'améliorer la prestation de services de santé maternelle, néonatale et infantile que les approches antérieures basées sur la mise en œuvre séparée de ces programmes. En septembre 2010, le sommet de l'ONU sur les OMD a généré un appui de haut niveau et sur le plan mondial pour l'amélioration coordonnée de la santé maternelle,

néonatale et infantile qui a abouti à des promesses de 40 milliards de dollars au cours des cinq prochaines années pour s'occuper de la santé des femmes et des enfants³.

Environ cinq ans après la mise en œuvre de ce cadre et seulement deux ans de 2015, il est important de réfléchir sur la façon dont il a travaillé ou dont travaille pour atteindre des résultats optimaux de santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique. À ce jour, il y a peu de documentation sur le nombre de pays d'Afrique qui ont accepté ou qui utilisent ce cadre pour s'occuper de la santé maternelle, néonatale et infantile. Si l'adhésion au Partenariat mondial sur la santé maternelle, néonatale et infantile, actuellement hébergé par l'OMS, pourrait être utilisée comme une indication de l'acceptation par les pays de la stratégie, cela ne dit pas grand-chose sur des engagements officiels en particulier parce que les adhésions sont souvent facilitées par des individus plutôt que par des sources officielles au sein de ces pays.

Parmi les pays africains qui acceptent le cadre des SISMNI, plusieurs questions relatives à la mise en œuvre restent inconnues. Il s'agit notamment de: la mesure dans laquelle les politiques et les plans d'action ont été domestiqués pour la mise en œuvre du cadre, le montant des ressources allouées par les pays de façon continue, la compréhension des multi-parties prenantes et la participation (y compris aux niveaux de la famille et de la communauté), et la volonté des pays qui mettent en œuvre à grande échelle et de maintenir l'élan même après 2015. Au-delà de ces considérations, beaucoup de débats sur l'impact et l'impact potentiel de la stratégie sur les différents indicateurs de santé maternelle et infantile est en train de commencer à émerger. Le plus important des problèmes actuellement qui

provoquent des discussions dans de différents forums mondiaux est de savoir si ou non une approche intégrée pourrait réduire l'accent mis sur la santé maternelle⁴, ce qui profite la santé de l'enfance plus que la santé maternelle et donc de réduire le rythme de la réduction des taux de mortalité maternelle.

Cette préoccupation est confirmée par des expériences antérieures selon lesquelles l'approche de santé maternelle et de l'enfance qui a été mise en œuvre dans les années 1970 jusqu'au début et au milieu des années 1980 a concentré plus sur la prestation de services de santé de l'enfance dont la conséquence est que les services de santé maternelle sont devenus presque invincibles aux niveaux locaux, régionaux et des plans d'exécution internationaux. Il a fallu la communication révolutionnaire par Allan Rosenfield et Deborah Maine, dans la revue *The Lancet* 1985⁵ intitulé: "Où est M dans SMI ?", pour que la communauté mondiale de remettre l'accent sur la santé maternelle. La documentation le par Professeur Kelsey Harrison sur l'état élevé de mortalité maternelle dans le nord du Nigeria, en même temps⁶, ainsi que l'accent mis sur l'émancipation générale de la femme sur les plans sociaux et économique par la Conférence internationale sur la population et le développement qui a eu lieu au Caire, en Egypte en 1994 et la 4e Conférence mondiale sur les femmes à Beijing, en Chine, en 1995, a aidé le processus de consolidation de ce changement de paradigme. Maintenant que le monde est sur le point d'adopter la prestation de services intégrée, la question essentielle est de savoir si nous allons revenir aux années passées où la santé maternelle a été défavorisée par rapport à la santé d'enfance.

Il n'y a pas encore de réponse claire à cette question, au moins dans le contexte de l'Afrique subsaharienne, en particulier parce que de nombreux pays ne sont pas encore complètement supplanté la prestation séparée de ces services avec des services intégrés. A titre d'exemple, le Nigeria a lancé sa stratégie des SISMNI en 2007 avec huit objectifs stratégiques et une liste d'activités prévues⁷. Cependant, l'approche est encore à remplacer complètement la précédente prestation séparée des services à cause de l'insuffisance des fonds, une formation insuffisante

et la sensibilisation du personnel de santé, ainsi que la pauvreté croissante, les citoyens n'étant pas encore capables d'accéder à des soins fondés sur les évidences tout en s'appuyant sur les formes traditionnelles de soins de santé. Il n'est donc pas surprenant quand une étude récente qui a étudié les raisons pour la non-utilisation des centres de soins primaires dans six États du Nigeria⁸ a rapporté la perception des jeunes et des adultes que ces centres sont destinés à la prestation des soins de santé de l'enfant (vaccination, traitement des maladies de l'enfance, etc.) plutôt que pour les soins aux adultes. Ainsi, une orientation complète du mécanisme de prestation de services est nécessaire pour que cette approche prenne pleinement racine avant qu'on puisse pleinement évaluer son impact sur les indicateurs de santé maternelle et infantile dans de nombreux pays africains.

De toute évidence, la stratégie intégrée de la santé maternelle, néonatale et infantile est une approche importante pour accélérer le rythme de prestation de services pour la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile dans les pays africains. Cependant, à l'heure actuelle son impact réel et la pertinence ne sont pas bien connus sur le continent. Il ne serait pas possible de procéder à un essai contrôlé randomisé ou même une étude quasi-expérimentale pour comparer les effets de la mise en œuvre séparée ou intégrée des services de santé maternelle et infantile dans la région. Cependant, une mise en œuvre formative, descriptive considérable, descriptif et de la recherche interventionnelle sont nécessaires pour permettre aux pays et la communauté internationale de comprendre ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, et d'élaborer un cadre fondé sur l'évidence pour l'approfondissement de sa mise en œuvre. Sans doute, la stratégie des SISMNI pourrait finalement se révéler être l'une des plus grandes innovations en matière de santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant qui aborde les obstacles à la prestation de services dans les pays africains. Mais les succès, les défis, les résultats et les avantages rencontrés par les pays qui utilisent le cadre doivent être mieux étudiés et documentés.

Références

1. Hogan MC et al. Mortalité maternelle pour 181 pays, 1980-2008: une analyse systématique des progrès accomplis vers l'Objectif du Millénaire 5. *Lancet* 2010 8 mai; 375 (9726): 1609-1623.
2. Kember KJ et al. Continuum de soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile: du slogan à la prestation de services. *Lancet* 2007; 370: 1358-69
3. Stratégie mondiale de l'Organisation des nations unies pour la santé des femmes et de l'enfance. Disponible à l'adresse: http://www.un.org/sg/hj/Global_StrategyEN.pdf
4. R Horton, Graham W, Okonofua FE, Temmerman M, Starrs A. Est-ce-que l'ascension du continuum des RMNCH du cadre de soin a aidé ou entravé la cause de la santé maternelle? Panel de discussion lors de la Conférence mondiale de la santé maternelle, à Arusha. Le 16 janvier 2013.
5. A Rosenfield, Maine D. Mortalité maternelle - une tragédie négligée. Où est le M dans SMI? *Lancet* le 13 juillet 1985, 2 (8446): 83-5.
6. Harrison K. La Maternité, la santé et les priorités sociales: une enquête sur 22.774 naissances consécutives à l'hôpital à Zaria, au nord du Nigeria. *BJOG* 1985; 92 Supplément 5, 1-119.
7. Chukwu COO. Santé maternelle, néonatale et infantile au Nigeria: où en sommes-nous maintenant? Communication présentée par l'Honorable Ministre de la Santé. Conférence sur la santé maternelle, néonatale et infantile au Nigeria. 2012.
8. Planned Parenthood Federation of the Americas. Facteurs qui influent sur l'utilisation des services de soins de santé primaire par les adolescents dans six Etats du Nigéria. En préparation.