

Le misoprostol pour l'hémorragie post-partum

Intervenir auprès des femmes où qu'elles accouchent

.....

Réussites au
BANGLADESH, au NÉPAL et en ZAMBIE



Table des matières

Introduction: Pourquoi le misoprostol est important	1
Bangladesh: “J’ai moins saigné cette fois-ci ... je me sentais bien”	4
Népal: Une pilule qui “sauve la mère”	10
Zambie: “Ça marche”	15
Conclusion: Répandre la nouvelle	20

© 2012 Family Care International. Crédits photo : Richard Lord.

Pour plus d’informations sur cette initiative, veuillez contacter



588 Broadway, Suite 503 • New York, NY 10012 USA • pphproject@familycareintl.org
www.familycareintl.org



15 East 26th St, Suite 801 • New York, NY 10010 USA • pubinfo@gynuity.org
www.gynuity.org

Introduction: Pourquoi le misoprostol est important

Cela fait maintenant plusieurs années que l'Objectif 5 du Millénaire pour le développement (OMD) – améliorer la santé maternelle – est considéré comme l'objectif le moins à même d'être réalisé parmi les huit objectifs ambitieux du Millénaire pour le développement. Même si peu de pays en développement sont en bonne voie pour réaliser l'OMD 5, on a pu noter certains signes encourageants de progrès. Des efforts visant à renforcer les systèmes de santé, à éduquer les filles, à améliorer l'accès au planning familial, aux soins prénatals et à un accouchement en la présence d'un prestataire qualifié ont contribué à une baisse d'environ 47% des décès maternels dans le monde entre 1990 et 2010, période pendant laquelle environ 287 000 femmes sont mortes dues à des complications pendant la grossesse ou l'accouchement (OMS, 2012).

Cette amélioration au niveau mondial cache d'importantes variations aux niveaux régional et national. Et malgré le nombre croissant d'accouchements qui ont lieu dans des établissements de santé avec des prestataires qualifiés, de nombreuses femmes continuent d'accoucher à domicile – dans de nombreux pays, la majorité des accouchements ont lieu en l'absence de soins qualifiés – pour différentes raisons, notamment le coût et la difficulté des transports, les traditions culturelles et des inquiétudes quant à la qualité des établissements de santé. Pour ces femmes, l'accouchement reste aussi dangereux que par le passé. Renforcer la dynamique pour réaliser l'OMD 5, en particulier dans les pays où la mortalité maternelle reste toujours aussi élevée, passe par l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies visant à permettre aux femmes d'avoir accès de manière équitable – indépendamment des circonstances de l'accouchement – à des interventions qui ont fait leur preuve et qui s'attaquent de manière efficace aux principales causes de décès maternel qu'il est possible d'éviter.

L'hémorragie post-partum (HPP) peut être prévenue et traitée, mais elle demeure la principale cause de mortalité maternelle, responsable d'environ un quart des décès maternels dans le monde. Un type de médicaments connus sous le nom d'utérotoniques s'est avéré efficace aussi bien pour prévenir l'HPP que pour arrêter les saignements une fois qu'ils ont commencés. L'ocytocine est le médicament utérotonique le plus connu et est, d'une manière générale, le médicament privilégié pour la prévention et le traitement de l'HPP. Toutefois, l'ocytocine doit être administrée par injection et doit rester réfrigérée depuis le moment de sa production au moment de son utilisation. L'ocytocine est donc la norme de soins dans les établissements de santé de plus haut niveau où des prestataires de santé qualifiés sont toujours présents, l'alimentation en électricité est constante et la chaîne de froid pour la distribution des médicaments ne risque pas d'être interrompue. Pour les femmes qui accouchent dans des établissements où ces conditions ne sont pas garanties et pour les millions de femmes qui continuent d'accoucher à domicile, l'accès à un médicament utérotonique est trop souvent limité ou simplement impossible.

Le misoprostol est un médicament utérotonique sûr, efficace et abordable qui peut être utilisé pour prévenir et traiter l'HPP. Surtout, il est administré sous la forme d'un comprimé, il peut être entreposé sans réfrigération et son administration ne requiert pas la présence d'un prestataire de santé qualifié. Le misoprostol est donc souvent la meilleure option pour prévenir et traiter l'HPP lors des accouchements à domicile et dans les établissements de santé qui manquent d'électricité, d'un système de réfrigération et/ou de prestataires de santé qualifiés. En 2011, l'OMS a ajouté le misoprostol pour la prévention de l'HPP à la liste des médicaments essentiels (voir l'encadré), une étape importante en appui aux gouvernements nationaux qui ont décidé d'inclure le misoprostol pour la prévention de l'HPP dans leurs programmes et cadres politiques nationaux.

Malgré les preuves démontrant l'innocuité et l'efficacité du misoprostol, les femmes qui en ont le plus besoin n'y ont souvent pas accès aujourd'hui. Dans de nombreux pays, l'accès au misoprostol est limité de peur que son utilisation ne décourage les femmes à accoucher dans les établissements de santé, à cause d'une opposition politique à sa distribution car ce médicament peut aussi être utilisé pour un avortement, à cause de problèmes liés à sa réglementation et l'autorisation de mise sur le marché et à cause de difficultés au niveau des systèmes nationaux de distribution, entre autres raisons. C'est en luttant contre les idées fausses, en surmontant les obstacles politiques et légaux et en mettant en place des méthodes de distribution fiables que l'on pourra contribuer de manière significative aux efforts nationaux pour réaliser l'ODD 5.

Cachet d'approbation au niveau mondial pour le misoprostol pour la prévention de l'HPP

En mars 2011, l'Organisation mondiale de la Santé a ajouté le misoprostol pour la prévention de l'HPP sur sa Liste principale des médicaments essentiels. Il avait été inclus par le passé pour d'autres indications en matière de santé reproductive, notamment le déclenchement de l'accouchement, l'avortement thérapeutique et le traitement de l'avortement incomplet. Le Comité d'experts, après avoir revu les éléments de preuve pour cette indication du misoprostol, a décidé que ce médicament était une méthode sûre et efficace pour prévenir l'HPP. Le Comité a également décidé de faire passer le médicament de la liste complémentaire des médicaments essentiels à la liste principale, confirmant ainsi son importance pour la santé des femmes.

De nombreux pays s'attaquent à ces problèmes et ont réalisé des progrès importants pour introduire et encourager l'utilisation du misoprostol pour l'HPP. Cette publication présente l'expérience de trois pays – le Bangladesh, le Népal et la Zambie – qui sont à la fois une source d'inspiration et un exemple pour d'autres qui cherchent à élargir l'accès au misoprostol et met en exergue le rôle essentiel d'un engagement et d'un appui au niveau national pour le développement de programmes efficaces.

L'information pour ces expériences est tirée d'une revue de la littérature (voir les références pour chaque section) et d'entretiens avec des sources clefs dans chaque pays. Il faut noter que ces histoires s'intéressent à l'utilisation du misoprostol pour la prévention de l'HPP. Même s'il existe de solides preuves quant à l'utilisation du misoprostol pour le traitement de l'HPP, il n'existe pas encore d'exemples au niveau national d'une large utilisation du misoprostol à cette fin. Ces histoires montrent néanmoins qu'il existe plusieurs thèmes communs qui sont décrits en détails dans la dernière section. Nous espérons que ces leçons pourront aider les femmes partout dans le monde, où qu'elles accouchent.

Références

- ¹. Family Care International. 2011. *Mapping Misoprostol for Postpartum Hemorrhage: Organizational Activities, Challenges, and Opportunities*.
- ². Family Care International. 2011. *Mapping Misoprostol for Postpartum Hemorrhage: Regional Perspectives on Challenges and Opportunities*.
- ³. Family Care International. 2011. Minutes from meeting, Misoprostol for Postpartum Hemorrhage: From Evidence to Action. July 14-15, 2011, New York.
- ⁴. Fujioka, Angeline and Jeffrey Smith. 2011. *Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage and Pre-Eclampsia/Eclampsia: National Programs in Selected USAID Program-Supported Countries Status Report*. Maternal and Child Health Integrated Program, USAID.
- ⁵. Starrs, Ann and Beverly Winikoff. 2012. Misoprostol for postpartum hemorrhage: Moving from evidence to practice. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 116(1), 1-3.
- ⁶. World Health Organization. 2012. *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010*. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank Estimates.

BANGLADESH:

“J’ai moins saigné cette fois-ci ... je me sentais bien”

Contexte

Au Bangladesh, plus de trois-quarts (77%) des femmes accouchent à domicile, sans l’aide d’un prestataire qualifié. Il est essentiel que ces femmes aient accès à des interventions permettant de prévenir la principale cause de mortalité maternelle – l’hémorragie post-partum (HPP) – pour que le pays puisse continuer les progrès remarquables qu’il a réalisés pour réduire la mortalité maternelle: le Bangladesh a réussi à réduire la mortalité maternelle de 40% en tout juste neuf ans pendant la période de 2001 à 2010 (Streatfield et al, 2011). L’engagement du gouvernement en faveur de la réduction de la mortalité maternelle a permis d’élargir l’accès au misoprostol pour l’HPP et une récente étude sur les efforts nationaux visant à réduire la mortalité maternelle a montré que la distribution du misoprostol dans les communautés est l’une des interventions que le Bangladesh devrait continuer de mener à plus grande échelle (Streatfield et al, 2011). Comme l’a dit l’un des docteurs qui travaille sur cette question: “Je travaille pour les mères de mon pays.”

“L’étroite collaboration entre tous les partenaires du groupe de travail et la participation de tous les partenaires à l’ensemble des efforts; c’est ce qui a permis cette réussite.” - EngenderHealth

L’histoire

Planifier ensemble. L’histoire au Bangladesh est une histoire marquée par la collaboration de nombreuses organisations qui ont joint leurs forces pour s’attaquer à un problème important et pour définir les meilleures pratiques pour y faire face. Le gouvernement reconnaît que, pour réaliser les OMD, il faut adopter diverses approches et le misoprostol est considéré comme faisant partie d’un effort plus large. Afin de répondre aux besoins urgents de la grande majorité des femmes qui continuent d’accoucher à domicile, il fallait agir au niveau communautaire. Le gouvernement a estimé que le misoprostol était un médicament disponible, abordable, acceptable sur le plan culturel et facile à distribuer sans avoir besoin d’une formation de haut niveau.

En octobre 2006, une réunion a été organisée pour discuter des meilleures pratiques en place pour la prévention de l’HPP, notamment la gestion active de la troisième phase de l’accouchement (GATPA), le misoprostol et d’autres approches. Suite à cette réunion, il a été décidé de créer un Groupe de travail national pour la prévention de l’HPP qui rassemblerait les organisations qui travaillent sur cette question pour renforcer leur collaboration et produire un impact maximal grâce à un effort concerté. Sous la houlette du Directeur général des Services de Santé, le Groupe de travail se réunit deux fois par an et les participants discutent des activités relatives au misoprostol, à la GATPA, au développement de programmes et de documents de communication et d’autres questions connexes. Le personnel d’EngenderHealth a formé les membres du Groupe de travail pour qu’ils sachent mener un plaidoyer afin de rassembler un groupe plus large de personnes qui soient capables de continuer de pousser pour un accès élargi au misoprostol. Bien que l’impact de cette formation n’ait pas été mesuré, il s’agit là d’une approche intéressante à considérer.

Chronologie des principales activités et étapes importantes pour élargir l'utilisation du misoprostol pour l'HPP

Année	Activité
2006	• Réunion des acteurs nationaux pour multiplier les activités de prévention de l'HPP – y compris une présentation sur le misoprostol • Groupe de travail national pour la prévention de l'HPP formé sous la houlette du Directeur général des Services de Santé
2007	• La politique d'utilisation et le plan de lancement du misoprostol rédigés par le Groupe de travail national pour la prévention de l'HPP
2008	• Évaluation nationale de la disponibilité et de l'utilisation habituelle de la GATPA • Autorisation des comprimés de misoprostol pour la prévention et le traitement de l'HPP par le Directeur de l'Administration des produits pharmaceutiques • Inclusion du misoprostol dans la liste des médicaments essentiels • Approbation par le gouvernement des Directives et du Plan de mise en œuvre d'un programme pilote pour la distribution et l'utilisation du misoprostol; des districts pilotes ont été choisis par le Directeur général des Services de Santé, le Directeur général du Planning familial et le Groupe de travail national pour la prévention de l'HPP • Première phase du projet pilote débute dans le district de Tangail (jusqu'à juin 2009) • Étude du Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC-Comité pour l'avancement rural du Bangladesh) sur la distribution du misoprostol aux femmes par les agents de santé communautaires pour la prévention de l'HPP lors des accouchements à domicile
2009	• Début du projet de recherche du International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR, B – Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques) dans 29 upazilas (sous-districts) dans six districts (jusqu'à septembre 2010) • Deuxième phase du projet pilote dans le district de Cox Bazar (jusqu'à septembre 2010); l'accent est mis sur le renforcement des capacités des fonctionnaires du gouvernement et des systèmes par rapport au premier projet pilote
2010	• Plan national de multiplication des activités présenté et approuvé lors de la réunion du Groupe de travail national pour la prévention de l'HPP
2011	• Début de la mise en œuvre du plan dans quatre districts, avant une mise en œuvre au niveau national

“Le Groupe de travail a joué un rôle clef pour faire avancer les choses,” selon un représentant d’EngenderHealth. L’efficacité du Groupe de travail montre bien à quel point il est important d’inclure les bons partenaires. Le gouvernement s’est fortement investi depuis le début. Les ministères pertinents ont été activement consultés pour toutes les décisions, notamment pour le choix des districts pilotes – aussi bien la Direction générale des Services de Santé que la Direction générale du Planning familial qui jouent un rôle clef pour fournir aux femmes des services de santé maternelle. La très influente Société obstétrique et gynécologique du Bangladesh était également très présente au sein du Groupe de travail. Depuis le début, les membres de la Société ont fortement appuyé l’introduction du misoprostol pour l’HPP – en lançant des “appels poignants” lors des réunions du Groupe de travail. Ses membres utilisaient déjà le médicament et pouvaient voir directement qu’il sauvait la vie des femmes. La Société a non seulement rendu légitime et validé le misoprostol pour l’HPP, elle a également contribué à la formation lorsque le misoprostol n’était plus seulement un sujet de conversation mais a fait partie des programmes gouvernementaux.

Passer du concept à l’action. Le Groupe de travail et ses membres sont passés de la théorie à la pratique avec le misoprostol pour l’HPP. Le Groupe de travail s’est penché très tôt sur la question des mécanismes de distribution - comment faire parvenir aux femmes qui en ont besoin les comprimés de misoprostol. Plusieurs études ont été menées:

- Dans un projet pilote dans le district de Tangail en 2008-09, les agents de santé communautaires et ceux du planning familial sur le terrain ont distribué au niveau communautaire le misoprostol aux femmes enceintes de 32 semaines ou plus.
- Un deuxième projet pilote dans le district de Cox Bazar a cherché à mettre en œuvre les enseignements tirés de la réussite du premier projet pilote à Tangail et à transférer les compétences aux administrateurs, responsables et personnel de terrain du gouvernement et des ONG. Ces projets ont également permis de développer des outils avec des images, simples à utiliser, pour s’assurer que les femmes disposent des bonnes informations.
- Dans une étude de 2009 par l’ICDDR,B, avec l’aide de Venture Strategies Innovations (VSI), les kits d’accouchement communautaires utilisés par l’ONG Rangpur Dinajpur Rural Service (RDRS) Bangladesh dans le cadre de son programme de santé reproductive dans six districts ont inclus le misoprostol.
- Dans un programme quinquennal sur la santé maternelle, néonatale et infantile lancé en 2008 dans les zones rurales du nord du Bangladesh, BRAC a eu recours aux agents de santé communautaires pour distribuer aux femmes qui accouchaient à domicile le misoprostol pour la prévention de l’HPP. Ces agents ont donné les comprimés au moment de l’accouchement au lieu de les distribuer pendant la grossesse.

Après la conclusion de ces études, le Groupe de travail s’est penché sur les éléments qui avaient été rassemblés. Il s’est demandé s’il fallait que le gouvernement étende ce programme au niveau national. Les membres avaient plusieurs sujets de préoccupation: les possibles effets secondaires du misoprostol pourraient-ils être gérés de manière efficace au niveau communautaire (les études ont montré qu’il y avait très peu d’effets secondaires)? Cette stratégie pour l’HPP axée sur les communautés devrait-elle être une priorité par rapport à d’autres programmes de santé?

Le Bangladesh devrait-il aller de l'avant alors que l'OMS, au niveau mondial, n'avait pas publié de recommandations en appui à l'utilisation du misoprostol pour la prévention de l'HPP au niveau communautaire?

Un sujet de préoccupation est ressorti de ces débats, comme dans de nombreux autres pays qui pensent utiliser plus largement le misoprostol pour l'HPP: la crainte que le misoprostol distribué au niveau communautaire soit utilisé à d'autres fins, notamment pour déclencher des avortements. En réalité, l'utilisation du médicament a été strictement contrôlée pendant les projets pilotes – des contrôles surprises ont été menés et les comprimés non utilisés ont été collectés – et les études montrent que le misoprostol a été utilisé de manière appropriée, pour l'indication prévue. Les études n'ont trouvé aucune femme qui utilisait le médicament pour une autre indication que la prévention de l'HPP.

“Beaucoup de mères meurent parce qu’elles saignent trop pendant l’accouchement. Si nous pouvons leur donner des comprimés connus sous le nom de misoprostol, on peut les sauver. Ces comprimés ne coûtent que Tk 24, alors que la vie d’une mère n’a pas de prix.” - Shomi Kaiser, actrice

Peu de temps après cette réunion, le gouvernement a approuvé l'extension du programme du misoprostol pour l'HPP. En fait, le gouvernement était déjà convaincu de la nécessité d'aller de l'avant avant même la réunion du Groupe de travail car il avait travaillé en étroite collaboration avec les partenaires de recherche dans le cadre des projets pilotes. Le gouvernement a par la suite élaboré un plan opérationnel et a inclus le misoprostol (ainsi que la GATPA et le sulfate de magnésium) dans son Plan de mise en œuvre du programme de juillet 2011, la distribution du misoprostol étant l'une des interventions à multiplier pour réduire l'HPP et l'éclampsie.

La mise en œuvre a commencé en 2011 avec la distribution du misoprostol au niveau communautaire dans quatre districts supplémentaires. Mais, il ne s'agit évidemment là que d'un début car le Bangladesh a en tout 64 districts de santé. Il faudra surmonter plusieurs obstacles importants pour assurer la mise en œuvre au niveau national: les agents de santé communautaires et d'autres personnels du programme devront être formés; il faudra garantir un approvisionnement constant et la distribution opportune des comprimés et il faudra renforcer les systèmes de suivi et de contrôle, probablement l'élément le plus difficile. Il faudra poursuivre les efforts de plaidoyer pour veiller à ce que le gouvernement continue d'appuyer le programme et fournisse les ressources nécessaires pour surmonter ces obstacles en la présence d'autres priorités.

Étude de cas: La prévention de l'HPP donne naissance à une militante au niveau local et élargit l'accès au planning familial

Howa Akter Sumi est tombée enceinte à 22 ans, trois ans après son mariage à l'âge de 19 ans. Une assistante familiale du nom de Rawshan Ara Apa s'est rendue chez elle quand elle était enceinte de quatre mois et lui a donné des informations sur les soins prénatals, en insistant notamment sur le fait qu'il était important d'accoucher dans un établissement de santé. Elle a également parlé du misoprostol à Howa. Lorsque Howa était enceinte de huit mois, Rawshan lui a de nouveau rendu visite et lui a montré comment utiliser le misoprostol grâce à des images. Elle a également donné à Howa un sachet de comprimés et son numéro de téléphone portable en cas d'urgence.

Le 19 février 2012, la famille de Howa a appelé Rawshan pour lui dire que le travail avait commencé. Elle leur a conseillé d'aller à l'hôpital mais ils lui ont expliqué qu'ils préféraient un accouchement à domicile à cause de leur tradition familiale. Elle a rappelé à Howa de prendre les comprimés après l'accouchement. Howa a expliqué ce qui s'est passé: "Le moment venu, j'ai accouché d'un garçon et 5 minutes après l'accouchement, j'ai pris les comprimés de misoprostol et, par la grâce d'Allah le tout puissant, les saignements se sont arrêtés très rapidement et je n'ai pas eu d'effets secondaires. Ma mère m'a dit qu'elle avait assisté à beaucoup d'accouchements avec des saignements trop importants après l'accouchement. Mais, grâce au misoprostol, il y avait nettement moins de saignements."

Ravie de son expérience, Howa veut que toutes les femmes le sachent. "Je demande sincèrement aux autorités compétentes de prendre les mesures nécessaires pour que toutes les femmes enceintes reçoivent de tels services." Elle a également expliqué que son expérience positive avec le misoprostol a renforcé sa confiance en Rawshan Ara Apa et, sur ses conseils et avec son aide, elle a commencé à utiliser un stérilet. D'après Rawshan, "le programme misoprostol contribue non seulement à la réduction des décès maternels causés par des saignements excessifs après l'accouchement, il m'aide également à progresser dans mon domaine. Je peux utiliser l'histoire de Howa Akter pour montrer comment le misoprostol aide les familles à accepter les méthodes de planning familial."

Enseignements tirés

Le Bangladesh a lancé ce qui sera bientôt une stratégie nationale pour s'attaquer à la cause principale de décès maternel en ciblant avant tout la large majorité des femmes qui continuent d'accoucher en dehors des établissements de santé. La réussite initiale de cette stratégie peut être attribuée à différents facteurs importants:

- Participation active du gouvernement national, signe de sa ferme volonté d'élaborer et d'adopter des meilleures pratiques pour réduire la mortalité maternelle
- Création d'un Groupe de travail national pour la prévention de l'HPP qui a mobilisé les partenaires clefs pour aller de l'avant pour une mise en œuvre du programme au niveau national

- Inclusion de la Société obstétrique et gynécologique du Bangladesh qui a joué un rôle clef en validant une intervention médicale qui n'avait pas encore l'appui de l'OMS au niveau mondial
- Suivi intensif et collecte de données pendant les projets pilotes, ce qui a démontré l'efficacité du médicament et répondu aux inquiétudes
- Inscription du le misoprostol pour l'HPP dans le cadre des systèmes existants, dans le cadre d'un effort plus large au lieu d'en faire un projet autonome

Le Bangladesh continue d'aller de l'avant avec ses efforts pour rendre l'accouchement plus sûr et sa réussite offre des enseignements utiles pour d'autres pays qui sont confrontés aux mêmes problèmes.

Références

- ¹ EngenderHealth/The RESPOND Project. 2010. *Preventing Postpartum Hemorrhage: Community-Based Distribution of Misoprostol in Tangail District, Bangladesh*. Project Brief. May 2010, No. 2.
- ² Hossain, Dr. Shah Monir, Ministry of Health & Family Welfare and Dr. Abu Jamil Faisel, Mayer Hashi Project. *Towards National Impact of PPH Prevention: Bangladesh Experience*.
- ³ Mayer Hashi Project. 2010. *Community-based distribution of misoprostol for the prevention of postpartum hemorrhage: Evaluation of a pilot intervention in Tangail District, Bangladesh*. Dhaka: EngenderHealth/Mayer Hashi Project.
- ⁴ Mayer Hashi Project. 2011. *Community-Based Distribution of Misoprostol for the Prevention of Postpartum Hemorrhage: Process Documentation of the Pilot Intervention in Cox's Bazar District, Bangladesh*
- ⁵ Mayer Hashi Project. 2012. *Community-based misoprostol distribution to prevent postpartum hemorrhage in Bangladesh: From pilot to scale*. USAID. Program Brief. January 2012, No. 3.
- ⁶ Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) video clip, accessible at <http://www.youtube.com/watch?v=dNp2t2SelVM>.
- ⁷ Ministry of Health and Family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh. July 2011. *Health, Population and Nutrition Sector Development Program (2011-2016), Program Implementation Plan, Volume I*.
- ⁸ Nasreen, Hashima-E, Shamsun Nahar, Mahfuz Al Mamun, Kaosar Afsana and Peter Byass. 2011. Oral misoprostol for preventing postpartum haemorrhage in home births in rural Bangladesh: how effective is it? *Global Health Action*, 4: 7017 - DOI: 10.3402/gha.v4i0.7017
- ⁹ Quaiyum, Md Abdul, Martine Holston, S A Shahed Hossain, Suzanne Bell, Ndola Prata. 2011. *Scaling up of Misoprostol for Prevention of Postpartum Hemorrhage in 29 Upazilas of Bangladesh*. ICDDR,B, VSI, RDRS, Bixby.
- ¹⁰ Streatfield PK, Arifeen SE, Al-Sabir A, Jamil K. 2011. *Bangladesh maternal mortality and health care survey 2010: Summary of key findings and implications*. Dhaka: National Institute of Population Research and Training.

ENTRETIENS AVEC:

Ellen M. Themmen, Technical Director, Deputy Project Director, Mayer Hashi project, EngenderHealth, Bangladesh Country Office

Dr. Md. Saikhul Islam Helal, Team Leader, PPH Prevention/Maternal Health, Mayer Hashi project, EngenderHealth, Bangladesh Country Office (anciennement Ministère de la Santé)

Népal: Une pilule qui “sauve la mère”

Contexte

Huit des dix plus hautes montagnes dans le monde se trouvent dans le nord du Népal. La topographie du Népal empêche ses habitants d’avoir accès à des services permettant d’accoucher sans risques et à d’autres services de santé. Les accouchements à domicile restent courants au Népal et le taux de mortalité maternelle est élevé avec 281 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le Népal a déployé des efforts impressionnants pour faire face à la situation, notamment avec des programmes élargissant l’accès au misoprostol pour l’HPP. Comme dans de nombreux autres pays, l’HPP est l’une des principales causes de décès maternels, mais elle a été remplacée – en grande partie grâce aux programmes décrits ici – par l’éclampsie et la pré-éclampsie comme principales causes de décès maternel.

L’histoire

Des réunions peuvent tout changer. Il peut y avoir de nombreux points de départ d’une histoire et les Népalais ont commencé à parler d’utiliser le misoprostol pour réduire l’HPP dès 2002-2003. Mais le début d’un véritable mouvement peut être attribué à une réunion régionale de Jhpiego Asie sur la prévention de l’HPP à Bangkok en 2004. Lors de cette réunion, le message est passé et les personnes clés ont fait le suivi nécessaire. Les participants ont pris connaissance d’une étude pilote menée par Jhpiego en Indonésie. Le projet a montré que la distribution communautaire du misoprostol par les sages-femmes et les agents de santé bénévoles dans les communautés était une stratégie sûre, acceptable et faisable pour atteindre les femmes qui accouchent à domicile.

Le gouvernement népalais s’était engagé à avancer vers la réalisation de l’OMD 5. Les études présentées lors de la conférence à Bangkok ont montré que la distribution communautaire du misoprostol était faisable et efficace. Muni de cet exemple concret de réussite en Indonésie, les participants népalais à la réunion – notamment des hauts fonctionnaires du gouvernement, des ONG et des membres de la Société népalaise d’obstétriciens et de gynécologues (Nepal Society of Obstetricians and Gynaecologists – NESOG) – ont élaboré un plan d’action pour essayer la distribution du misoprostol au niveau communautaire.

De retour dans leur pays après cette réunion, les partenaires se sont rendus compte qu’un programme qui aurait un impact national aurait besoin de l’appui et de l’engagement du gouvernement à haut niveau. Des réunions ont été organisées avec le Directeur de la Division de la Santé familiale et des représentants d’autres départements clés du gouvernement. Lors de ces réunions, les partenaires n’ont pas seulement cherché à transmettre l’information, ils ont aussi cherché à retenir l’attention du gouvernement et à le faire participer pour qu’il se sente vraiment responsable de la stratégie. Les partenaires se sont également efforcés d’attirer l’attention des membres de la NESOG sur les besoins des femmes dans les communautés reculées et rurales. La plupart des obstétriciens et gynécologues travaillaient dans de grands hôpitaux dans des zones urbaines et étaient dans un premier temps réticents à l’idée de distribuer du misoprostol pour la prévention de l’HPP au niveau communautaire. La réunion de Bangkok et le suivi qui a été fait ont contribué à convaincre les membres de la NESOG et à les encourager de promouvoir la distribution du misoprostol.

Peu après, un Groupe consultatif technique a été formé pour apporter un soutien technique au projet pilote puis à la distribution à grande échelle du misoprostol pour la prévention de l'HPP. Les partenaires ont continué le plaidoyer pendant les réunions du Groupe présidé par le Directeur général de la Division de la Santé familiale avec des présentations par des experts nationaux et internationaux. La réunion a insisté sur les preuves scientifiques démontrant que la distribution du misoprostol au niveau communautaire s'était avérée une stratégie sûre et efficace pour les femmes au Népal.

Chronologie des principales activités et étapes importantes pour élargir l'utilisation du misoprostol pour l'HPP

Année	Activité
2004	• Participation du personnel de la Division de la Santé familiale du Ministère de la Santé et de la Population et du Nepal Family Health Project (NFHP) à la réunion régionale de Jhpiego Asie sur la prévention de l'HPP au niveau communautaire à Bangkok • Deux mois plus tard, présentation du Directeur de la Division sur le misoprostol pour la prévention de l'HPP lors de la réunion annuelle de la NESOG, exprimant ainsi le soutien de sa Division • Création par le Ministère d'un Groupe consultatif technique pour apporter un soutien technique au projet pilote puis à la distribution à grande échelle du misoprostol
2005	• Le Groupe consultatif technique, représentant un large éventail d'acteurs, a planifié le lancement d'un projet pilote au niveau de l'ensemble d'un district
2005-07	• Projet pilote mis en œuvre dans le district de Banke
2009	• Sur la base de la réussite du projet pilote mesurée lors de son évaluation, le Ministère a approuvé l'inclusion de la distribution communautaire du misoprostol pour l'HPP dans la Stratégie pour les zones reculées
2010	• Le misoprostol est inscrit sur la liste nationale des médicaments essentiels • Le Ministère approuve l'élargissement de la distribution du misoprostol au niveau national • Nepal Family Health Project II a reproduit le modèle de Banke dans quatre districts montagneux (Jumla, Kalikot, Mugu et Bajhang) — ces districts ont été sélectionnés sur la base des "directives pour les zones reculées" de la Division de la Santé familiale du Ministère
2011	• Élargissement du projet à 20 districts supplémentaires (9 avec l'appui de USAID, 8 avec UNICEF, 2 avec CARE, et 2 avec l'appui bilatéral du gouvernement suisse)
2012	• Plans visant à élargir le projet à deux districts supplémentaires avec des fonds du gouvernement népalais

Lancement d'une phase pilote et élargissement. En 2005, Nepal Family Health Project (NFHP), financé par USAID, a lancé un projet pilote dans le district de Banke. Le Ministre de la Santé s'est rendu dans le district pilote pour inaugurer le programme, réaffirmant l'appui à haut niveau du gouvernement pour l'initiative, motivant ainsi le personnel du gouvernement à tous les niveaux. Cette approche au niveau des districts a rassemblé de nombreux partenaires: la Division de la Santé familiale a donné l'impulsion; NFHP a appuyé la mise en œuvre du projet pilote; l'ONG internationale Plan a facilité l'approvisionnement; le programme ACCESS de Jhpiego (maintenant connu sous l'acronyme MCHIP) a fourni une assistance technique; et le Bureau de la Santé publique du district de Banke a coordonné et appuyé la mise en œuvre dans le cadre de son système de santé existant. Le projet était conçu de manière à assurer un suivi étroit et une évaluation bien documentée dans les phases initiales de manière à identifier plus facilement les enseignements à tirer et à affiner l'approche pour avoir un impact plus grand et rendre la mise en œuvre plus facile. Le lancement du projet pilote à Banke est passé par plusieurs étapes: susciter l'adhésion des parties prenantes et obtenir toutes les autorisations nécessaires; élaborer des documents pour informer, éduquer et communiquer sur le projet; mener des études de référence; guider les employés du district et des établissements de santé; et mettre en place des systèmes de formation et de suivi.

Dans le projet pilote, le misoprostol a été distribué par les agents de santé communautaires travaillant comme bénévole (Female Community Health Volunteers - FCHVs). Chaque bénévole a expliqué à une femme enceinte comment utiliser de manière sûre et adéquate le misoprostol avant de lui donner les comprimés: "Nous sommes sûres qu'elle sera là à l'accouchement et c'est donc à elle que nous avons donné les comprimés." La formation des FCHVs était simple d'après l'une des personnes responsables de la mise en œuvre du programme. Ce qui s'est avéré difficile est l'approvisionnement fiable et suffisant en comprimés de misoprostol des postes de santé et des FCHVs.

Il est important de noter qu'il ne s'agissait pas d'un programme isolé. Au contraire, ce projet s'est inscrit dans le cadre plus large du programme pour la maternité sans risques, utilisant le personnel et les systèmes existants. Le misoprostol a été distribué avec les kits de préparation à l'accouchement, notamment en ajoutant quelques pages sur le misoprostol dans les matériels didactiques pour la communauté. Les résultats du projet pilote ont été très encourageants (voir l'encadré).

Pourquoi c'est important: l'impact du misoprostol sur l'HPP

Les résultats de l'étude pilote dans le district de Banke montrent une augmentation du pourcentage de femmes ayant reçu un utérotonique, passant de 11,6% à 74,2%. Au cours de l'étude pilote, 18 761 femmes ont reçu du misoprostol et les indications allant avec. Parmi elles, 74% ont pris le misoprostol pour prévenir l'HPP après l'accouchement. Les résultats de l'étude montrent que la distribution à base communautaire du misoprostol pour la prévention de l'HPP peut être mise en œuvre dans des zones géographiques pauvres et difficiles d'accès tout en atteignant avec succès des femmes pauvres vivant dans des zones reculées. (Rajbhandara, S. et al., 2010)

Après la réussite du projet pilote, le Groupe consultatif technique s'est demandé s'il fallait élargir cette initiative et comment le faire. Même si beaucoup appuyaient cette idée, il y avait néanmoins une certaine résistance à cause, en partie, de l'absence d'appui de l'OMS au niveau mondial – l'OMS n'avait pas encore appuyé l'utilisation du misoprostol pour la prévention de l'HPP au

niveau communautaire. D'autres craignaient que la distribution à grande échelle du misoprostol au niveau communautaire aille à l'encontre des efforts visant à encourager la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) comme norme de soins pour la prévention de l'HPP, une approche qui exige la présence d'un accoucheur qualifié. Comme l'a rappelé l'un des défenseurs de ce nouveau programme: "Nous avons dit que notre première approche était bien la GATPA. Mais s'il n'y a pas d'accoucheur qualifié et une femme accouche à domicile, nous ne devrions pas laisser cette femme se vider de son sang. Nous devons faire quelque chose." Les membres du Groupe ont demandé à la NESOG des recommandations de la communauté des obstétriciens et gynécologues et la NESOG s'est clairement prononcée en faveur de l'élargissement du programme de distribution du misoprostol.

D'autres craignaient que si le misoprostol était distribué directement aux femmes, elles l'utiliseraient pour provoquer des avortements. (Le Népal a légalisé l'avortement en 2002 et le gouvernement a commencé à fournir des services d'avortement en 2004.) Le développement d'un conditionnement et d'étiquettes propres à la prévention de l'HPP pour faire la différence avec les autres utilisations et indications du médicament a permis de répondre à ces inquiétudes. Les comprimés de misoprostol pour la prévention de l'HPP ont été appelés "pilule de sécurité pour les mères – elle sauve la vie des mères." Par ailleurs, pendant le projet pilote, chaque sachet était numéroté, ce qui a permis de suivre de manière détaillée et précise leur utilisation et a permis de démontrer que les pilules étaient utilisées comme il se doit.

En fin de compte, le Groupe a convenu que des interventions efficaces au niveau communautaire pour élargir l'accès à un médicament utérotonique à travers la distribution du misoprostol dans les communautés peuvent venir en complément des efforts visant à augmenter le nombre d'accouchements dans les établissements de santé. Le gouvernement a décidé d'adopter une approche double pour prévenir l'HPP: la promotion de la GATPA dans les établissements de santé et l'utilisation du misoprostol pour les accouchements à domicile. Un des résultats importants du projet pilote s'est avéré être une augmentation du nombre d'accouchements dans les établissements de santé car les FCHVs insistaient lors de leurs visites sur le fait que les femmes devaient choisir d'accoucher dans ces établissements. "Les conseils de ces bénévoles ont été un élément des plus importants," a expliqué un expert. "Cela va permettre d'augmenter le nombre d'accouchements dans les établissements de santé. Nous avons présenté cet aspect clef au Directeur de la Division de la Santé familiale."

Conformément à cette approche, le gouvernement a décidé que l'élargissement du programme se fera avant tout dans les zones montagneuses reculées où il est le plus difficile d'accéder aux établissements de soins qualifiés. En 2010, le modèle de Banke a été reproduit dans quatre districts montagneux — Jumla, Kalikot, Mugu et Bajhang — conformément à la stratégie privilégiant les zones reculées. En 2011, les partenaires ont élargi l'utilisation du misoprostol pour l'HPP à 20 districts, avec l'appui de multiples donateurs, notamment USAID, UNICEF, CARE et le gouvernement suisse.

L'un des principaux obstacles à l'élargissement du programme est le maintien d'un approvisionnement fiable pour le médicament. Le gouvernement a alloué des fonds pour l'achat du misoprostol, ce qui est une étape importante. Mais il faut toujours veiller à ce que non seulement le misoprostol soit acheté, mais aussi qu'il soit distribué de manière efficace et rentable là où les femmes en ont besoin.

Enseignements tirés

Le Népal a décidé de s'attaquer à la principale cause de décès maternel en adoptant une approche qui permet d'avoir des solutions ciblées propres à des contextes spécifiques - stratégies visant à accroître l'utilisation des établissements de soins qualifiés et à en améliorer la qualité et stratégies visant à distribuer le misoprostol dans les endroits où ces établissements ne sont pas accessibles et peu utilisés. La réussite peut être attribué à:

- L'engagement du gouvernement qui contrôlait le programme et percevait cette stratégie comme un élément essentiel de ses efforts pour réaliser l'ODD 5
- Une étroite coordination entre les principaux acteurs dans le domaine de la santé maternelle grâce au Groupe consultatif technique, ce qui a permis à de nombreux partenaires de se sentir responsable du projet et d'y adhérer (notamment l'UNICEF, Save the Children et Plan)
- Suivi et évaluation stricts du projet pilote qui a été documenté en détails, ce qui a permis aux partenaires de montrer concrètement que le programme a débouché sur une augmentation des accouchements dans les établissements de santé et n'a pas donné lieu à une utilisation inappropriée du médicament.

Le Népal continue d'aller de l'avant avec la distribution du misoprostol dans le cadre plus large de stratégies visant à atteindre les populations les plus reculées et à intervenir pour améliorer la santé maternelle.

Références

1. Government of Nepal Efforts to Prevent Postpartum Hemorrhage at the Community Level (non publié).
2. Hodgins, S, R McPherson, BK Suvedi, RB Shrestha, RC Silwal, B Ban, S Neupane and AH Baqui. 2010. Testing a scalable community-based approach to improve maternal and neonatal health in rural Nepal. *Journal of Perinatology*, 30.
3. Nepal Family Health Program II. 2012. *Community-Based Postpartum Hemorrhage Prevention*. Technical Brief #11 (Révisé en janvier 2012).
4. Pradhan, Dr. Y.V. and Dr. Naresh P. KC. 2012. *Nepal: A Pioneer in community based distribution of misoprostol for prevention of PPH at homebirth*.
5. Pradhan, Ajit, Bal Krishna Suvedi, Sarah Barnett, Sharad Kumar Sharma, Mahesh Puri, Pradeep Poudel, Shovana Rai Chitrakar, Naresh Pratap K. C., Louise Hutton. 2010. *Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009*. Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health and Population, Government of Nepal, Kathmandu, Nepal.
6. Rajbhandari S, S Hodgins, H Sanghvi, R McPherson, YV Pradhan, AH Baqui. 2010. Expanding uterotonic protection following childbirth through community-based distribution of misoprostol: Operations research study in Nepal. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 108(3), 282-288.
7. Thapa, Dr. Kusum. Driving Policy Change for Prevention of PPH at Homebirths: Nepal's progress towards National Level expansion. Presented at Misoprostol for PPH: From Evidence to Action, New York City, July 14-15, 2011.

ENTRETIENS AVEC:

Dr. Kusum Thapa, Asia/Near East Technical Advisor, Jhpiego (anciennement Secrétaire général de la NESOG)
Dr. Swaraj Rajbhandari, consultant indépendant, anciennement avec NFHP

Zambie: “Ça marche”

Contexte

Encourager les femmes à accoucher dans des établissements de santé avec un prestataire de santé qualifié est une approche importante pour améliorer la survie de la mère et du nouveau-né. Mais de nombreuses femmes continuent d'accoucher ailleurs. D'après l'enquête démographie et sanitaire de 2007, plus de la moitié des femmes zambiennes (52%) accouchent à domicile et ce chiffre peut atteindre près de deux tiers (67%) dans les zones rurales. Le gouvernement zambien, tout en s'efforçant de renforcer le système de santé et d'offrir davantage de services obstétricaux qualifiés et d'accroître leur utilisation, a reconnu cette réalité et s'est efforcé d'aider immédiatement les femmes. Bien que la mortalité maternelle soit en baisse en Zambie, il reste encore beaucoup à faire pour atteindre l'ODD 5 de 162 décès maternels pour 100,000 naissances vivantes (MOH et al., 2010) à partir du taux actuel de 591 décès pour 100,000 naissances vivantes (CSO et al., 2009). Distribuer le misoprostol aux femmes est une stratégie que la Zambie a adoptée dans le cadre de ses efforts généraux pour améliorer la santé maternelle.

L'histoire

Aider les femmes qui accouchent à domicile. En Zambie, le gouvernement, tout comme les partenaires de la société civile, ont reconnu qu'il fallait d'urgence s'attaquer de manière efficace au problème de l'hémorragie post-partum, la principale cause de mortalité maternelle dans le pays. Comme dans de nombreux autres pays, la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) est considérée comme le premier traitement pour prévenir l'HPP mais, du fait de l'utilisation relativement faible des établissements de santé pour les accouchements, de nombreuses femmes zambiennes — en particulier, dans les zones rurales où le taux de mortalité maternelle est le plus élevé — n'ont pas accès à ce traitement. Si une femme accouche dans un établissement de santé, cet établissement manque trop souvent de personnel qualifié et des médicaments nécessaires (comme l'ocytocine). Même lorsque les femmes prévoient d'accoucher dans un établissement de santé, de nombreux facteurs peuvent y faire obstacle. Différentes histoires collectées par la Société pour la Santé familiale (Society for Family Health - SFH) donnent des exemples de ces facteurs:

- Une femme de 39 ans avait prévu de se rendre à la clinique mais, comme elle n'était pas sûre que les douleurs étaient en fait des contractions, elle a appelé “une vieille femme qui s'occupe des accouchements dans notre communauté” et a accouché à la maison.
- Une femme de 38 ans a accouché à domicile “parce que pour toutes mes autres grossesses, j'ai accouché à la maison avec l'aide de la même accoucheuse traditionnelle, parce que la clinique ici ne fait pas d'accouchements et la Mission de Mphanshya est à environ 40 kilomètres et qu'il n'y a pas de transports pour s'y rendre. Et même s'il y avait un transport, je n'avais pas l'argent pour payer le voyage.”
- Une femme de 23 ans “avait prévu d'accoucher à la clinique Chelstone, mais n'avait pas l'argent pour payer le taxi pour y aller. J'ai donc décidé d'appeler l'infirmière qui habitait à côté de chez nous. L'infirmière m'a dit d'aller à l'hôpital la prochaine fois parce que si j'ai des complications pendant l'accouchement, on ne pourra pas les traiter à la maison.”
- Une femme de 21 ans a accouché à domicile parce que “le travail a commencé pendant la nuit et je ne pouvais pas me rendre à Kasisi [centre de santé rural] car il n'y avait pas de transport.

Mais la prochaine fois, j'essaierai d'aller à l'hôpital à l'avance et je resterai avec de la famille s'ils sont d'accord parce que l'infirmière m'a dit que l'accouchement peut être parfois différent avec des complications."

- Une femme de 24 ans a accouché à domicile "et n'avait pas de plan parce que même si je décidais d'accoucher à la clinique, elle ferme à 16h et je n'avais pas l'argent pour payer le transport pour me rendre à Kasisi et parce que les contractions ont commencé pendant la nuit et j'ai accouché à 6h du matin. Aussi, j'ai accouché de mes deux derniers enfants à la maison même si j'aurais aimé accoucher dans une clinique si j'en avais eu les moyens."

Heureusement, toutes ces femmes ont pu prendre du misoprostol. Voici l'histoire qui explique comment elles ont pu y avoir accès.

Chronologie des principales activités et étapes importantes pour élargir l'utilisation du misoprostol pour l'HPP

Année	Activité
2008	• Autorisation de mise sur le marché du misoprostol en Zambie pour la prévention de l'HPP • La SFH avec l'appui de Venture Strategies Innovations (VSI), a mené une étude qualitative sur les croyances et les pratiques relatives à l'HPP chez les femmes rurales et les prestataires de services pour élaborer de futurs programmes pour la prévention de l'HPP • Le Ministère de la Santé a publié "Le misoprostol dans les services obstétriques: Directives cliniques pour la prévention et le traitement de l'hémorragie post-partum" • Publication de Directives standard de traitement, de la liste des médicaments essentiels et de la liste des fournitures de laboratoire essentielles pour la Zambie qui mentionnent le misoprostol pour l'HPP
2009	• Deux projets pilotes sont mis en œuvre à la demande du Ministère de la Santé pour collecter des données au niveau local sur la distribution du misoprostol lors des soins prénatals: • Projet du Ministère et de VSI mis en œuvre dans 19 centres de santé dans cinq districts ruraux • La SFH a distribué du misoprostol dans 205 établissements de santé gouvernementaux dans 10 districts ruraux, formé le personnel des centres de santé et les agents de santé communautaires et rédigé des documents pour promouvoir sa correcte utilisation
2010	• VSI et UC Berkeley Bixby Center ont évalué l'intervention • L'Agence de réglementation pharmaceutique de Zambie (Zambian Pharmaceutical Regulatory Authority) approuve MisoSafe, du misoprostol issu du marketing social pour la prévention de l'HPP • Réunion conjointe de diffusion des études pilotes du Ministère/VSI et de la SFH
2012	• Le Ministère de la Santé a demandé aux partenaires de revoir les directives nationales sur le misoprostol pour l'HPP • Le Ministère autorise la distribution à grande échelle - La SFH prévoit la distribution du médicament dans quatre districts supplémentaires (couvrant 14 districts en tout) et le Ministère le distribuera également dans des districts supplémentaires (sur 72 districts en tout en Zambie)

Des projets pilotes pour collecter les données. En 2009, la Zambie est allée de l'avant en mettant en place des projets pilotes pour tester la distribution du misoprostol lors des visites prénatales. L'enquête démographique de 2007 a révélé que 94% des femmes qui avaient accouché d'un enfant vivant au cours des cinq années précédentes avaient reçu des soins prénatals d'un professionnel de la santé (CSO et al., 2009), identifiant ainsi un point de contact essentiel pour les femmes qui prévoient d'accoucher dans un établissement de santé et pour celles qui prévoient d'accoucher à domicile.

Deux projets pilotes ont été lancés début 2009:

- Un projet du Ministère de la Santé, avec l'appui de VSI, mis en œuvre dans 19 centres de santé dans cinq districts ruraux entre janvier 2009 et mars 2010
- Un projet qui a vu la SFH commencer la distribution du misoprostol en mars 2009 à 205 centres de santé gouvernementaux dans 10 districts ruraux

Lors des deux projets, les femmes ont reçu du misoprostol pendant leurs visites prénatales avec les instructions nécessaires sur son utilisation, qu'elles accouchent dans un centre de santé ou à domicile. Le personnel des centres de santé et les agents de santé communautaires ont été formés et des documents ont été rédigés pour promouvoir l'utilisation correcte du misoprostol. Le message transmis lors de la distribution du misoprostol insistait sur le fait que les femmes devaient accoucher, si possible, avec l'aide d'un prestataire qualifié. Il est intéressant de noter qu'une approche différente a été adoptée dans l'un des districts du projet de la SFH où le misoprostol a été distribué par des accoucheuses traditionnelles.

L'éducation de la communauté était un élément clef des deux projets. Des groupes d'action pour une maternité sans risques (Safe Motherhood Action Groups - SMAGs) et les membres des communautés travaillant avec les centres de santé locaux ont été formés pour expliquer aux membres des communautés comment se préparer pour l'accouchement, pourquoi il est important d'accoucher dans un centre de santé et pour expliquer les risques de l'HPP et l'utilisation correcte du misoprostol. Les SMAGs ne sont présents actuellement que dans certains districts, mais le Ministère de la Santé prévoit d'élargir le programme.

Pourquoi c'est important: l'impact du misoprostol sur l'HPP

Le misoprostol a permis de mieux protéger de l'HPP les communautés où les interventions ont été menées, aussi bien pour les accouchements à domicile que ceux dans des établissements de santé. Près de la moitié (49%) des femmes dans la zone d'intervention qui ont accouché à domicile étaient protégées par un médicament utérotonique par rapport à moins de 1% dans les zones de contrôle (VSI et Ministère de la Santé, 2010).

Après la conclusion des projets, leurs résultats ont été présentés pendant une réunion conjointe de diffusion en septembre 2010. Sur la base du succès des projets pilotes et des réactions positives des femmes et des prestataires, les participants à la réunion ont recommandé l'élargissement au niveau national du programme de misoprostol. Mais, comme dans d'autres

pays, on s'inquiétait de l'absence de position claire de l'OMS sur l'utilisation du misoprostol pour l'HPP, ce qui laissait penser que le médicament n'était peut-être pas efficace. Lors de la réunion de diffusion, des éléments ont été présentés pour calmer ces craintes. D'après un membre de l'équipe de la SFH, "Nous leur avons démontré que ce médicament marchait et les femmes elles-mêmes ont raconté leur histoire". Puis, en 2011, l'OMS a ajouté le misoprostol à sa Liste de médicaments essentiels pour la prévention de l'HPP.

Ici aussi, on craignait que la promotion du misoprostol pourrait décourager les femmes d'accoucher dans des établissements de santé. Les résultats des projets pilotes ont pourtant montré une augmentation du nombre de femmes accouchant dans des établissements de santé dans les districts d'intervention par rapport aux districts de contrôle. Cela a montré à quel point il était important d'établir un partenariat avec la communauté et de présenter le misoprostol comme faisant partie d'un ensemble d'interventions pour prévenir l'HPP et améliorer la santé maternelle. D'après quelqu'un qui a participé de près à ces activités: "Le message clef est le suivant : le meilleur endroit pour accoucher est l'établissement de santé, et ce message est très clair."

En 2012, le Ministère de la Santé, convaincu par les résultats des projets pilotes, a autorisé l'élargissement des activités de distribution du misoprostol à quatre districts supplémentaires et prévoit son élargissement à d'autres districts. L'inscription par l'OMS du misoprostol pour la prévention de l'HPP sur la Liste principale des médicaments essentiels en 2011 a contribué à la décision du gouvernement. Le Ministère de la Santé a également demandé à ses partenaires de revoir les directives nationales pour l'utilisation du misoprostol pour la prévention de l'HPP.

Étude de cas: Personne n'était au centre de santé

Lors d'une visite prénatale pendant sa deuxième grossesse, Muti Kapungo, 20 ans, du district de Luko, a reçu trois comprimés MisoSafe et des instructions sur comment les utiliser. De retour chez elle, elle a parlé du médicament à son mari et à sa belle-sœur. Lorsque le travail a commencé, elle s'est rendue au Centre de santé rural de Litoya mais, à son arrivée, on lui a dit que les prestataires qualifiés qui pouvaient l'aider n'étaient pas là.

Muti est retournée chez elle et a demandé à son mari d'appeler l'accoucheuse traditionnelle du village. "Après la naissance du bébé, j'ai dit à l'accoucheuse de me donner les trois comprimés dans le sachet en plastique avant que le placenta ne sorte. Ma belle-sœur qui était également présente dans la pièce m'a donné de l'eau," a-t-elle dit. "Quand je me suis remise et je nourrissais le bébé, l'accoucheuse m'a interrogé à propos des comprimés et je lui ai expliqué qu'on me les avait donnés à la clinique à Mongu pour éviter des saignements excessifs après l'accouchement."

Lorsqu'on lui a demandé si elle recommanderait MisoSafe à d'autres femmes, Muti a répondu, "Oui, parce que j'ai moins saigné par rapport à mon dernier accouchement et le placenta a pris moins de temps pour sortir." (PSI et SFH, 2011)

Enseignements tirés

Lorsqu'on lui a demandé quels enseignements elle tirait de ses activités de distribution du misoprostol pour l'HPP en Zambie, une femme a résumé en deux mots: "Ça marche." Elle a pour suivi, "Cela va prévenir de nombreux décès maternels causés par l'HPP. Le médicament devrait donc être distribué aux femmes et on devrait leur expliquer comment l'utiliser et encourager les femmes à se rendre à un centre de santé pour accoucher." Parmi les éléments clefs du succès, on peut mentionner:

- La volonté du gouvernement de prendre des actions décisives pour réaliser l'OMD 5 et pour élaborer des stratégies réalistes pour aider le pourcentage élevé de femmes qui continuent d'accoucher à domicile
- L'intégration de la distribution du misoprostol dans les systèmes existants, en utilisant les visites prénatales comme point de distribution du misoprostol
- L'engagement de la communauté avec les SMAGs les membres de la communauté et obtenir le soutien nécessaire
- Étudier la faisabilité de la participation des accoucheuses traditionnelles dans le cadre de stratégies visant à améliorer l'accès et l'utilisation adéquate du misoprostol lors des accouchements à domicile.

Même s'il existait des données au niveau international sur l'utilisation du misoprostol pour la prévention de l'HPP, le gouvernement voulait des données au niveau local. Les projets pilotes ont permis de répondre aux inquiétudes et ont convaincu le gouvernement d'aller de l'avant et d'élargir ce programme au niveau national.

Références

- ¹. Central Statistical Office (CSO), Ministry of Health (MOH), Tropical Diseases Research Centre (TDRC), University of Zambia, and Macro International Inc. 2009. *Zambia Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, Maryland, USA: CSO and Macro International Inc.
- ². Kaseba, Christine. 2010. *Prevention of Postpartum Hemorrhage with Misoprostol Project in Zambia: Overview and Methodology*. Powerpoint presentation from September 30, 2010 dissemination meeting.
- ³. Manda, John, Dan Rosen, and Josselyn Neukom. 2008. *Post Partum Hemorrhage: Beliefs and Practices among Rural Women & Service Providers*. Qualitative Research Report. Society for Family Health and Venture Strategies for Health and Development. Zambia.
- ⁴. Ministry of Health, Venture Strategies Innovations, and Bixby Center for Population, Health & Sustainability. 2010. *Misoprostol Distribution at Antenatal Care Visits for Prevention of Postpartum Hemorrhage*.
- ⁵. Ministry of Health, Republic of Zambia. 2008. *Misoprostol in Obstetrics: Clinical Guidelines for Prevention of Postpartum Hemorrhage. Protocol for Physicians and Midwives*.
- ⁶. Prata, Ndola. *Misoprostol Distribution During Antenatal Care for Prevention of Postpartum Hemorrhage: Evaluation Methodology and Results*. Powerpoint presentation at dissemination meeting, September 30, 2010.
- ⁷. PSI and Society for Family Health. 2011. *Improving Maternal Health: Preventing Post-Partum Hemorrhage in Rural Zambia*.
- ⁸. Society for Family Health and Ministry of Health, Zambia. *Qualitative Insights Regarding Use of Misoprostol for PPH Prevention in Rural Zambia*. Powerpoint presentation from September 30, 2010 dissemination meeting.
- ⁹. Venture Strategies Innovations (VSI) and Ministry of Health, Zambia. 2010. *Prevention of Postpartum Hemorrhage Project in Five Rural Districts in Zambia*.

Entretiens avec Jully Chilambwe et Rose Shikonka, Society for Family Health

Conclusion: Répandre la nouvelle

Ces succès peuvent être une source d'inspiration et d'information. Les histoires de ces trois pays ont montré ce qui est possible, comment on peut y arriver et ce que cela peut signifier. Les pays qui ont besoin d'élaborer des stratégies plus efficaces pour lutter contre l'HPP et ceux qui souhaitent le faire peuvent tirer des enseignements de l'expérience du Bangladesh, du Népal et de la Zambie au moment où ils examinent leurs propres programmes. Comme Dr. Kusum Thapa, ancien Secrétaire général de la Société népalaise des obstétriciens et des gynécologues, l'a souligné: le contexte actuel est beaucoup plus favorable qu'en 2004 lorsqu'ils ont commencé leurs efforts. Il existe maintenant de nombreuses preuves montrant que le misoprostol marche, l'OMS appuie son utilisation et les prestataires et les responsables politiques sont nettement moins sceptiques. Dr. Md. Saikhul Islam Helal du Bangladesh s'est fait l'écho de ce sentiment: "Nous voudrions partager cette expérience avec tout le monde. Une mère est une mère, pas juste une mère au Bangladesh, et nous devons la sauver."

Les trois gouvernements étaient déterminés à réaliser l'ODM 5. Compte tenu du taux élevé d'accouchements à domicile dans leurs pays, ils se sont rendus compte que le misoprostol était un élément essentiel dans tout un ensemble de stratégies pour améliorer la santé maternelle. Lorsque l'on examine l'expérience de ces pays, plusieurs thèmes ressortent, tout comme une feuille de route commune pour élargir la distribution du misoprostol.

Six thèmes en commun

Engagement: Leadership et appropriation par le gouvernement sont essentiels. Des projets pilotes réussis, et en fin de compte, l'élargissement au niveau national, ne peuvent être menés que lorsque le Ministère de la Santé et d'autres agences pertinentes du gouvernement sont déterminés à réaliser des progrès pour atteindre l'ODM 5, s'attaquant à l'hémorragie post-partum comme principale cause de décès maternel et aidant toutes les femmes grâce à des interventions efficaces.

Collaboration: La collaboration est un élément clef pour réussir. L'élargissement de l'accès au misoprostol – et la réduction de la mortalité maternelle en général – ne peuvent être mises en œuvre par le gouvernement seul. Dans les trois pays, un groupe de travail, un groupe consultatif technique ou d'autres mécanismes de collaboration et de coordination ont été essentiels pour une mise en œuvre réussie du programme.

Communauté: Une stratégie communautaire pour prévenir l'HPP est essentielle. Même lorsque les femmes comprennent qu'il est important d'accoucher dans des établissements de santé et prévoient de s'y rendre, de nombreuses choses peuvent les en empêcher. La réduction de la mortalité maternelle passe par des stratégies qui atteignent les nombreuses femmes qui accouchent toujours à domicile.

Collecte de données: La collecte méticuleuse des données d'évaluation durant les projets pilotes aide à répondre aux inquiétudes. Le suivi des données et l'évaluation sont certes importants pour juger des progrès réalisés pour atteindre les objectifs du programme, mais ils peuvent être également utilisés pour régler d'autres problèmes. Plusieurs inquiétudes ont

été soulevées durant le développement du programme dans les trois pays, notamment la crainte que la distribution du misoprostol au niveau communautaire ne décourage les accouchements dans les établissements de santé ou que le misoprostol ne soit utilisé pour d'autres indications que la prévention de l'HPP. Ces deux inquiétudes sont infondées: les données collectées dans le cadre du suivi et de l'évaluation indiquent que le nombre d'accouchements dans les établissements de santé a augmenté et que les femmes utilisent les comprimés correctement.

Crédibilité: Le cachet d'approbation de sources médicales crédibles est crucial. Les associations professionnelles, en particulier les sociétés d'obstétriciens et de gynécologues, ont joué un rôle clef pour que les Ministères de la Santé aient confiance dans le projet, y adhèrent et en fin de compte l'approuvent.

Exhaustivité: Le misoprostol n'est pas une panacée, mais devrait faire partie d'un ensemble exhaustif de mesures pour lutter contre l'HPP. Dans les trois pays, le misoprostol n'est pas présenté comme une pilule miracle qui résout tous les problèmes, mais comme faisant partie d'un ensemble d'interventions et d'approches pour s'attaquer d'l'HPP et à la mortalité maternelle. Dans tous les cas, les gouvernements se sont aussi efforcés d'augmenter le nombre d'accouchements menés par un prestataire qualifié, de promouvoir la gestion active de la troisième phase de l'accouchement et de mettre en œuvre d'autres stratégies pour améliorer l'accès à des soins de santé maternelle, ainsi que leur qualité.

Étapes pour une mise en œuvre au niveau national

Chaque pays est unique, avec des facteurs liés à son contexte et ses propres priorités en matière de santé. Les enseignements tirés des expériences de ces trois pays contribuent à tracer une feuille de route de base, mais les pays doivent toujours élaborer leurs propres stratégies qui prennent en compte les défis, besoins et populations qui leur sont propres. Par exemple, le Népal a utilisé des femmes agents de santé communautaires car il a estimé que c'était le meilleur mécanisme pour la distribution communautaire du misoprostol, tandis qu'en Zambie, les visites prénatales ont été identifiées comme la stratégie la plus efficace de distribution.

Malgré la diversité des contextes, les étapes clefs suivantes peuvent servir de base solide pour le développement d'un programme réussi:

1. Préparer le terrain: Présenter les preuves scientifiques, veiller à ce qu'elles soient présentées par des experts reconnus aux niveaux national, régional ou mondial aux personnes en mesure de prendre des décisions.

2. Semer les graines: Mener une étude pilote. Même si de nombreuses études existent déjà, les responsables politiques ne sont souvent convaincus que par des études menées au niveau local. Une étude pilote permettra de fournir les preuves nécessaires et d'identifier la meilleure façon de distribuer le médicament propre au contexte du pays, voire au contexte local.

3. Les laisser pousser: Élargir la distribution dans d'autres districts, étape par étape et de manière collaborative. Un mécanisme de coordination comme un groupe de travail peut être un outil important et efficace pour y parvenir.

4. Arroser et entretenir: Des efforts constants de plaidoyer et une assistance technique sont souvent essentiels pour veiller à ce que le gouvernement continue d'apporter son soutien, pour faire le suivi des résultats et assurer un approvisionnement adéquat.

La baisse de la mortalité maternelle dans le monde au cours des 20 dernières années est encourageante. Pour que cette baisse se poursuive et qu'elle concerne toutes les femmes dans tous les pays, davantage de pays devraient songer au rôle que peut jouer le misoprostol – aussi bien dans les établissements de santé où l'ocytocine n'est pas disponible ou difficile à administrer que dans les communautés – dans le cadre d'un ensemble d'interventions pour s'attaquer à l'HPP et améliorer la santé maternelle.

Chaque jour, beaucoup trop de femmes souffrent inutilement à cause de l'hémorragie post-partum et leur vie est mise en danger. Beaucoup trop de familles perdent une mère, une sœur ou une fille emportée par une complication que l'on peut prévenir et traiter. Les approches présentées ici, lorsqu'elles sont adaptées au contexte et aux défis uniques de chaque pays, peuvent contribuer substantiellement à réduire les pertes tragiques causées par le décès maternel et aider davantage de pays à réaliser l'ODD 5. Il est donc urgent et important pour les pays de saisir cette occasion de réduire la mortalité maternelle et d'améliorer la santé des femmes.