



## Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par Joanna Skinner, Megan Avila, Arzum Ciloglu, Luis Ortiz-Echevarria et Moremi Oladeinde. Vicki MacDonald, Nancy Goh, Emily Sanders, Ashley Latimer et d'autres membres du Pneumonia and Diarrhea Working Group (Groupe de travail sur la pneumonie et la diarrhée) y ont significativement contribué en recueillant et résumant la littérature sur le SRO, le zinc et l'amoxicilline. Les responsables et membres des équipes de ressource technique en matière de produits de la Commission des Nations Unies, notamment John Skibiak, Andrea Thomas, Elizabeth Anderson, Erin Dick, Sarah Rich, Bidia Deperthes et Patricia Coffey, leur ont apporté une aide précieuse en identifiant des ressources, ainsi qu'en révisant et commentant la version préliminaire du rapport. La HC3 aimerait également remercier les membres de l'équipe de ressource technique en matière de création de la demande d'avoir révisé et commenté ce rapport. La HC3 remercie Kathleen Fox, Kim Martin, Mark Beisser et Katie Kuehn d'avoir participé à la publication et à la mise en page des présentes. La HC3 souhaite aussi remercier Zarnaz Fouladi, Hope Hempstone et Stephanie Levy de USAID pour la qualité de leur soutien, de leurs conseils et de leur retour.

### Suggestion de citation :

La Collaboration sur les Capacités en Communication Sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative - HC3). (2014) *Création de la demande pour 13 produits d'urgence : synthèse des données scientifiques probantes*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.

La création de la demande pour les activités liées aux produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive est générée par la Collaboration sur les Capacités en Communication Sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative - HC3) basée au Centre des programmes de communication de l'école Bloomberg de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins (the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs - JHU-CCP), avec le soutien du Fonds d'affectation du département de la SINMR et de l'Agence internationale pour le développement (Agency for International Development - USAID) en partenariat avec le sous-groupe de création de la demande de la Commission des Nations Unies sur les produits indispensables aux femmes et aux enfants (UNCoLSC), l'équipe de ressource technique en matière de performance et d'accès, notamment l'organisation Population Services International (PSI), le Consortium international pour la contraception d'urgence (ICEC) et Jhpiego.

## Table des matières

<b>Acronymes</b>	<b>4</b>
<b>Résumé</b>	<b>5</b>
<b>Introduction</b>	<b>8</b>
<b>Méthodologie</b>	<b>14</b>
<b>Résultats</b>	<b>16</b>
Produits de santé maternelle : oxytocine, misoprostol, sulfate de magnésium	17
Oxytocine	19
Misoprostol	22
Magnesium Sulfate	26
Produits de santé néonatale : antibiotiques injectables, corticoïdes prénataux	29
Chlorhexidine, appareils de réanimation	
Antibiotiques injectables	31
Corticoïdes prénataux	34
Chlorhexidine	37
Appareils de réanimation néonatale	42
Produits de santé infantile : SRO, zinc, amoxicilline	46
SRO et zinc	48
Amoxicilline	55
Produits de santé reproductive : préservatifs féminins, implants contraceptifs, contraception d'urgence	59
Préservatifs féminins	61
Implants contraceptifs	66
Contraception d'urgence	69
<b>Conclusions et recommandations</b>	<b>73</b>
Au niveau individuel – Consommateurs de soins de santé	74
Au niveau individuel – Prestataires de soins	74
Au niveau communautaire	75
Au niveau sociétal	75
<b>Limites</b>	<b>77</b>
<b>Références</b>	<b>79</b>

## Acronymes

<b>ASC</b>	Agent de santé communautaire
<b>ASRC</b>	Agent de santé reproductive communautaire
<b>ASV</b>	Agent de santé de village
<b>CCSC</b>	Communication pour le changement social et comportemental
<b>CD</b>	Comprimé dispersible
<b>CIP</b>	Communication interpersonnelle
<b>CRLDA</b>	Contraception réversible à longue durée d'action
<b>CSA</b>	Corticoïdes prénataux
<b>CU</b>	Contraception d'urgence
<b>ESV</b>	Équipes de santé de village
<b>EWEC</b>	Toutes les femmes, tous les enfants
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>GC</b>	Gestion des cas à base communautaire
<b>HC3</b>	Collaboration sur les Capacités en Communication Sanitaire
<b>HCI</b>	Projet d'Amélioration des Soins de Santé
<b>HEW</b>	Agent de vulgarisation sanitaire
<b>HPP</b>	Hémorragie du post-partum
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>ITT</b>	Indicateur temps-température
<b>JHU-CCP</b>	Centre des programmes de communication de l'école Bloomberg de Santé publique de l'Université Johns Hopkins
<b>LHW</b>	Femme agent sanitaire
<b>MgSO4</b>	Sulfate de magnésium
<b>MoH</b>	Ministère de la Santé
<b>MS</b>	Marketing social
<b>NU</b>	Nations unies
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>PCATST</b>	Prise en charge active du troisième stade du travail
<b>PCIMI</b>	Prise en charge intégrée des maladies infantiles
<b>PCMIC</b>	Prise en charge communautaire des maladies infantiles
<b>PCU</b>	Pilule contraceptive d'urgence
<b>PE/E</b>	Pré-éclampsie/éclampsie
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PISMI</b>	Programme intégré de santé maternelle, néonatale et infantile
<b>POUZN</b>	Désinfection de l'eau au point d'utilisation et traitement au zinc
<b>QAP</b>	Projet d'assurance qualité
<b>SAN</b>	Soins prénataux
<b>SDR</b>	Syndrome de détresse respiratoire
<b>SENN</b>	Soins essentiels néonataux
<b>SINMR</b>	Santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive
<b>SMI</b>	Santé maternelle et infantile
<b>SRO</b>	Sels de réhydratation orale
<b>SSR</b>	Santé sexuelle et reproductive
<b>SUZY</b>	Supplémentation en zinc du jeune enfant
<b>TBA</b>	Accoucheuse traditionnelle
<b>TIC</b>	Technologie de l'information et de la communication
<b>TS</b>	Travailleur/travailleuse sexuel(le)
<b>UI</b>	Unités internationales
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<b>USAID</b>	Agence internationale pour le développement
<b>VMB</b>	Vendeur de médicaments brevetés privé
<b>VSCF</b>	Femme bénévole en santé communautaire

# Résumé

La communauté mondiale a le pouvoir de sauver six millions<sup>1</sup> de vies d'ici 2015 en accroissant l'accès à 13 produits d'urgence sous-utilisés, identifiés par la Commission des Nations Unies sur les produits indispensables aux femmes et aux enfants (la Commission), et leur bonne utilisation pendant la grossesse, l'accouchement et la petite enfance (UNCoLSC, 2012). La création de la demande (processus de création d'un besoin ou de la conviction de la nécessité d'un produit ou service de santé au sein du public visé) est une faiblesse qui persiste parmi tous les produits prioritaires.

Le présent rapport examine, évalue et résume les données probantes actuelles concernant les moteurs sociaux et comportementaux de la création de la demande visant ces 13 produits, ainsi que les pratiques adoptées pour la mise en œuvre des programmes de création de la demande. Cet examen vise à poser les bases de futurs programmes et activités de création de la demande, en cherchant principalement à aider autrui à mieux comprendre les facteurs favorables et les barrières à l'utilisation et à la création de la demande pour ces produits d'urgence sous-utilisés.

En utilisant le cadre socioécologique pour guider la synthèse des données probantes, cet examen identifie les facteurs favorisant et les barrières au niveau individuel, communautaire et sociétal, qui influencent la demande et l'utilisation des produits d'urgence. La revue de la littérature étudie également un large éventail de données probantes afin d'identifier des stratégies efficaces pour lever les barrières et générer une demande pour chaque produit.

Pour certains produits tels que le SRO, le zinc et les préservatifs féminins, de nombreuses études étaient disponibles. Toutefois, les données probantes concernant la création de la demande pour d'autres produits, tout particulièrement les produits de santé néonatale, sont extrêmement limitées. Il est évident que des recherches supplémentaires sont indispensables dans ces domaines.

## Conclusions et recommandations transversales

Élaborées sur la base des données probantes disponibles, les conclusions et recommandations de portée individuelle, communautaire ou sociétale résumées ci-dessous ont pour but d'orienter les recherches et la mise en œuvre des programmes de création de la demande à venir.

### Au niveau individuel

L'analyse de la littérature actuelle révèle qu'il est primordial d'**accroître les connaissances** des consommateurs de soins de santé et des prestataires de soins à propos des produits

essentiels pour en augmenter l'utilisation. Bien que la plupart des produits soient principalement déterminés par les prestataires, les recherches démontrent que les prestataires de soins formels et informels manquent de connaissances au sujet des produits essentiels. Ces derniers constituant les principales sources d'informations médicales des consommateurs, il est primordial d'accroître leurs connaissances des produits. Inclure même les accoucheuses peu formées, les pharmaciens, les agents de santé communautaires et les autres dans les programmes de création de la demande est susceptible d'accroître l'utilisation de certains produits. Les messages de communication destinés aux consommateurs de soins de santé doivent être adaptés à différents publics (dont les pères et les soignants autres que les mères) et diffusés par le biais de tous les réseaux disponibles pour atteindre les soignants où qu'ils soient, tout particulièrement ceux qui vivent dans des zones isolées.

Malheureusement, la demande individuelle de traitements inadaptés et inefficaces persiste souvent parmi les consommateurs comme parmi les prestataires. La revue de la littérature a révélé le besoin de recherches supplémentaires pour **mieux cerner et prendre en compte les pratiques existantes et la demande de ces traitements à l'échelon local**.

La majorité des recherches indiquait que les préjugés avérés ou perçus des prestataires empêchent souvent les consommateurs de rechercher des soins et un traitement adéquats. Les formations doivent donc **prendre en considération les préjugés des prestataires** et fournir des exemples concrets de la manière dont ces derniers peuvent mettre de côté leurs partis pris personnels lorsqu'ils traitent des patients.

Les recherches prouvent que de nombreux prestataires ne sont pas familiarisés avec les options et directives thérapeutiques relatives à certains produits, tels que l'ocytocine, le misoprostol ou le sulfate de magnésium. Sur le plan administratif, il sera important de **renforcer les instructions, les protocoles et la communication relatifs à certains produits**, ainsi que d'inclure les agents de santé dans le développement et la diffusion des nouvelles directives cliniques afin d'en faciliter l'adoption.

### Au niveau communautaire

À l'avenir, il sera important de mener **davantage de recherches sur les obstacles à la création de la demande au niveau communautaire**. À ce jour, les recherches n'ont mis en évidence que très peu d'éléments dans ce domaine, en particulier en ce qui concerne le sulfate de magnésium, les antibiotiques injectables et la contraception d'urgence.

<sup>1</sup>Pour les estimations de vies sauvées, voir le *rapport du commissaire* de l'UNCoLSC (annexe), 2012.

Des données probantes au sujet des meilleures stratégies sont nécessaires pour éduquer les soignants et les agents de santé communautaire à soutenir l'approvisionnement en produits au niveau communautaire. Par ailleurs, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre pourquoi certaines familles refusent de se conformer aux recommandations thérapeutiques des structures locales, notamment la septicémie néonatale, ou n'y parviennent pas. Une évaluation rigoureuse des approches de marketing social et d'autres réseaux non médicaux pour l'approvisionnement des produits, tels que la contraception d'urgence, le préservatif féminin, le SRO et le zinc, est nécessaire, particulièrement dans le secteur privé.

Les études ont révélé un manque global d'éducation sanitaire de qualité couvrant l'ensemble des soignants au niveau communautaire et axée sur l'identification ainsi que sur la prévention et le traitement appropriés de certaines maladies. À l'avenir, il importera de **fournir une éducation sanitaire à tous les soignants de la communauté.**

La plupart des consommateurs de soins de santé se heurtent à des barrières considérables en matière d'accès aux soins de santé et sont incapables d'obtenir des produits d'urgence, même lorsqu'ils en sont familiers. Il est primordial d'**augmenter l'accès communautaire aux soins de santé** pour l'ensemble des consommateurs en améliorant la prestation communautaire de soins et en accroissant la sensibilisation des communautés rurales et d'autres communautés défavorisées.

Les problèmes d'approvisionnement, comme les ruptures de stock et de la chaîne du froid, sont souvent mentionnés dans la littérature, tout particulièrement en ce qui concerne l'ocytocine et les antibiotiques injectables. Il est essentiel de **garantir un approvisionnement adéquat, régulier et abordable en produits d'urgence** dans des structures adaptées lors de la mise en œuvre d'activités de création de la demande.

#### **Au niveau sociétal**

Au niveau sociétal, plusieurs facteurs ont été identifiés comme favorisant considérablement la réussite de la création de la demande, notamment un environnement politique national et international favorable, la fabrication des produits sur le territoire national et une gestion de projets reconnue.

Étant donné que les données probantes montrent que le soutien politique est essentiel à l'introduction efficace d'un nouveau produit, il est primordial d'**accroître les politiques nationales et internationales en faveur de ces produits.** Des politiques favorables, autorisant notamment les agents de santé communautaire à traiter certaines maladies telles que la septicémie néonatale, la pneumonie infantile et la diarrhée infantile, peuvent faciliter le recours aux produits utilisés pour traiter ces maladies.

Chaque pays ainsi que les organisations régionales et internationales **doivent soutenir l'élaboration et l'adoption de nouveaux produits susceptibles d'augmenter l'utilisation de produits essentiels.** De nouveaux produits, tels que le dispositif Uniject™ pour l'administration d'ocytocine, peuvent accroître l'utilisation d'autres produits. Sans le soutien d'organisations nationales, régionales et internationales, ni de réglementations promulguées par ces dernières, les développements innovants, tels que le dispositif Uniject™, ne seront ni approuvés ni distribués.

Les données probantes ont également démontré l'existence de barrières sociales, culturelles et religieuses pouvant dissuader les personnes de demander ou d'utiliser l'un des 13 produits. Les normes de genre couvrent un large éventail de problèmes de santé. Elles se traduisent par des normes et des attentes sociales influençant le comportement des hommes et des femmes en matière de prévention, de recherche de soins et de traitement. Même si les normes de genre sont difficiles à modifier, en raison de leur enracinement profond dans la société, il est primordial de **lever les barrières liées au genre** concernant l'utilisation des produits essentiels, pour que leur généralisation soit réussie.



# Introduction







En 2010, en lançant la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant (la Stratégie globale), le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a mis l'accent sur le manque d'accès aux produits d'urgence et son impact sur la santé des femmes et des enfants à travers le monde. La Stratégie globale a saisi la communauté mondiale pour qu'elle s'engage à sauver 16 millions de vies d'ici 2015 en élargissant l'utilisation appropriée et l'accès aux médicaments essentiels, au matériel médical et aux fournitures médicales dont la pénurie représente la principale cause de décès évitables pendant la grossesse, l'accouchement et l'enfance.

Grâce au mouvement Every Woman Every Child (EWEC), au soutien de la Stratégie mondiale et aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5, la Commission des Nations Unies sur les produits

indispensables aux femmes et aux enfants (UNCoLSC) (la Commission) a été créée en 2012 pour catalyser et accélérer la réduction du taux de mortalité des femmes et des enfants (UNCoLSC, 2012). La Commission a identifié 13 produits d'urgence ignorés dans le continuum de soins du département de la SINMR (voir Figure 1) qui, à condition d'être plus accessibles et mieux utilisés, pourraient sauver la vie de plus de six millions<sup>2</sup> de femmes et d'enfants. Huit pays d'Afrique subsaharienne ont été les premiers à rejoindre l'initiative de la Commission en tant que pays « pionniers » : République démocratique du Congo, Éthiopie, Malawi, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Ouganda et République Unie de Tanzanie. Pour plus d'informations sur la Commission, consultez le site <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities> (en anglais).

<sup>2</sup>Pour les estimations de vies sauvées, voir l'annexe du rapport du commissaire de l'UNCoLSC. ([http://www.everywomaneverychild.org/images/UN\\_Commission\\_Report\\_September\\_2012\\_Final.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf))

Figure 1 : 13 produits d'urgence

Santé reproductive			
 Préservatif féminin	 Implants contraceptifs	 Contraception d'urgence	
<b>Prévient l'infection par le VIH et les grossesses non souhaitées :</b> Un préservatif féminin est une gaine en polyuréthane de forme cylindrique qui couvre le col de l'utérus, le vagin et les parties génitales externes. Les préservatifs féminins offrent une double protection en empêchant les infections IST, notamment le VIH mais aussi les grossesses non souhaitées.	<b>Prévient les grossesses non souhaitées :</b> Les implants contraceptifs sont des bâtonnets en plastique fins et flexibles placés dans le bras d'une femme libérant une hormone progestative à l'intérieur du corps. Ces contraceptifs sont fiables, très efficaces et se retirent facilement. Il permet d'éviter les grossesses pendant 3 à 5 ans.	<b>Prévient les grossesses non souhaitées :</b> La pilule contraceptive d'urgence (PCU) est le moyen contraceptif le plus largement utilisé dans les pays en voie de développement. Il s'agit d'une dose de 1,5 mg à prendre le plus rapidement possible après un rapport sexuel. Une dose alternative de 0,75 mg existe également et est largement répandue.	
Santé maternelle			
 Oxytocine	 Misoprostol	 Sulfate de magnésium	
<b>Hémorragie du postpartum :</b> L'OMS recommande l'oxytocine comme l'utérotonique de choix en matière de prévention et de traitement des hémorragies du postpartum.	<b>Hémorragie du postpartum :</b> Dans les situations où il n'y a pas d'accoucheuse expérimentée et où l'on ne dispose pas d'oxytocine (600 microgrammes par voie orale), l'administration de misoprostol est recommandée	<b>Éclampsie et pré-éclampsie sévère :</b> L'OMS recommande le MgSO4 comme le traitement le plus efficace pour les femmes atteintes d'éclampsie et de pré-éclampsie sévère.	
Santé infantile (Child Health)			
 Amoxicilline	 Sels de réhydratation orale	 Zinc	
<b>Pneumonie :</b> L'amoxicilline est un antibiotique qui permet de traiter la pneumonie chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Elle est conditionnée sous blister de dix comprimés dispersibles (CD) sécables de 250 mg.	<b>Diarrhée :</b> Les sels de réhydratation orale (SRO) sont une solution orale de glucose et d'électrolytes visant à prévenir la déshydratation due à la diarrhée. Ils sont conditionnés en sachets de poudre aromatisée à diluer dans 200 ml, 500 ml ou 1 l de liquide.	<b>Diarrhée :</b> La supplémentation en zinc permet de réduire la durée et la sévérité des épisodes diarrhéiques. Le zinc est disponible en comprimés sécables, dispersibles, de saveur masquée de 20 mg ou en solution orale concentrée de 10 mg pour 5 ml.	
Santé néonatale			
 Antibiotiques injectables	 Corticoïdes prénataux (Antenatal Corticosteroids)	 Chlorhexidine	 Réanimation
<b>Prévention de la septicémie néonatale :</b> L'OMS recommande un traitement par benzylpénicilline et gentamicine, sous forme d'injection séparée, comme schéma thérapeutique de première intention pour le traitement de présomption des nouveau-nés présentant un risque d'infection bactérienne.	<b>Prévention du SDR chez le prématuré :</b> Des SAN sont donnés aux femmes à risque d'accouchement prématuré pour éviter le syndrome de détresse respiratoire chez les bébés nés pendant un travail prématuré.	<b>Prévention de l'infection du cordon ombilical :</b> Le digluconate de chlorhexidine est un antiseptique peu coûteux utilisé pour les soins du moignon de cordon ombilical et efficace contre les infections néonatales.	<b>Traitement de l'asphyxie :</b> L'asphyxie à la naissance, ou l'absence de respiration du nouveau-né à la naissance peuvent être traitées avec les appareils de réanimation.

## La création de la demande en bref

La création de la demande améliore la sensibilisation et pousse certains publics en particulier à demander des produits ou des services de santé. Pour ce faire, des techniques de marketing social (MS) et de communication sur le changement social et comportemental (CCSC) sont utilisées. Trois moyens de générer la demande :

- **Créer de nouveaux utilisateurs** : convaincre les membres du public visé d'adopter de nouveaux comportements, produits ou services.
- **Augmenter de la demande parmi les utilisateurs existants** : convaincre les utilisateurs actuels d'augmenter ou de maintenir la pratique du comportement préconisé et/ou d'augmenter ou de maintenir l'utilisation des produits ou services préconisés.
- **Gagner des parts de marché avec des comportements compétitifs** (ex., convaincre les accompagnants de se rendre immédiatement dans un service de santé au lieu d'attendre une détérioration ou une aggravation irréversible de l'état de santé), ainsi que sur les produits et services concurrents (ex., convaincre les accompagnants d'utiliser une solution de réhydratation orale (ORS) et du zinc au lieu d'autres médicaments contre la diarrhée).

Avec des programmes de création de la demande bien conçus et bien mis en œuvre, les pays peuvent augmenter l'utilisation des produits en :

- créant une demande informée et volontaire en matière de produits de santé et de services ;
- aidant les prestataires de soins et les clients à interagir de manière efficace ;
- faisant évoluer les normes culturelles et sociales qui peuvent influencer les comportements collectifs et individuels à intégrer le produit ;

- encourageant l'utilisation appropriée des produits aussi bien par les individus que par les prestataires de services.

Pour être plus efficaces, les efforts de création de la demande doivent s'accompagner d'initiatives visant à améliorer la logistique et à développer les services, à augmenter l'accès aux produits et à former et équiper les prestataires, afin de répondre à la demande croissante en matière de produits ou de services. Sans ces améliorations simultanées, le public visé peut se décourager et la demande diminuer. Il est donc fortement recommandé de coordonner et de collaborer avec les partenaires adaptés pour mettre en place des programmes et des stratégies de communication permettant de générer la demande.

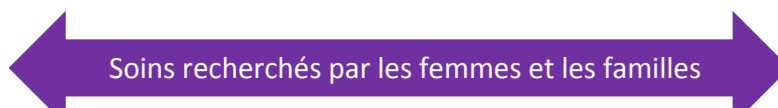
## Publics concernés par la création de la demande

Des programmes pour les 13 produits d'urgence ? Pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles et maternelles en augmentant la demande de produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive (SINMR) et leur utilisation, la collaboration des ménages, communautés et sociétés (y compris les mères, les pères et les autres membres de la famille, les agents de santé travaillant dans la structure et la communauté, les leaders et les décideurs) est indispensable.

Certains produits sont plus particulièrement destinés aux prestataires en termes de demande et d'utilisation. Cependant, tout dépend de la recherche des soins des femmes et des familles (voir Figure 2).

Figure 2 : publics concernés par la création de la demande

Pour les prestataires	Prestataire et utilisateur final
<input type="checkbox"/> Oxytocine	<input type="checkbox"/> Préservatifs féminins
<input type="checkbox"/> Sulfate de magnésium	<input type="checkbox"/> Implants
<input type="checkbox"/> Antibiotiques injectables	<input type="checkbox"/> Contraception d'urgence
<input type="checkbox"/> Corticoïdes prénataux	<input type="checkbox"/> Misoprostol
<input type="checkbox"/> Matériel de réanimation	<input type="checkbox"/> Chlorhexidine
<input type="checkbox"/> Amoxicilline	<input type="checkbox"/> SRO
	<input type="checkbox"/> Zinc



## Définitions et concepts fondamentaux de la création de la demande

### **Communication pour le changement social et comportemental (CCSC)**

La CCSC stimule et facilite le changement de comportement et soutient l'élargissement du changement social afin d'améliorer les résultats sanitaires. La CCSC s'inspire d'une théorie écologique globale qui intègre le changement individuel, ainsi que le changement au sein de la famille, de la communauté, de l'environnement et de la structure. Une approche stratégique de la CCSC suit un processus systématique pour analyser un problème. Il est ainsi possible de définir les principaux obstacles et facteurs de motivation du changement, puis de concevoir et d'intégrer un ensemble complet d'interventions pour soutenir et encourager les comportements positifs. Une stratégie de communication permet de concevoir les interventions et les campagnes de CCSC en s'assurant que les objectifs de la communication sont définis, que les publics visés sont identifiés et que les messages cohérents sont déterminés pour l'ensemble du matériel et des activités.

### **Marketing social (MS)**

Le MS a pour objectif de développer et d'intégrer des concepts de marketing (produit, prix, lieu et promotion) à d'autres approches pour influencer les comportements présentant un avantage pour les individus aussi bien que pour les communautés, et ceci dans l'intérêt de la société. ([http://socialmarketing.blogs.com/r\\_craig\\_lefebvres\\_social/2013/10/a-consensus-definition-of-social-marketing.html](http://socialmarketing.blogs.com/r_craig_lefebvres_social/2013/10/a-consensus-definition-of-social-marketing.html) [en anglais])

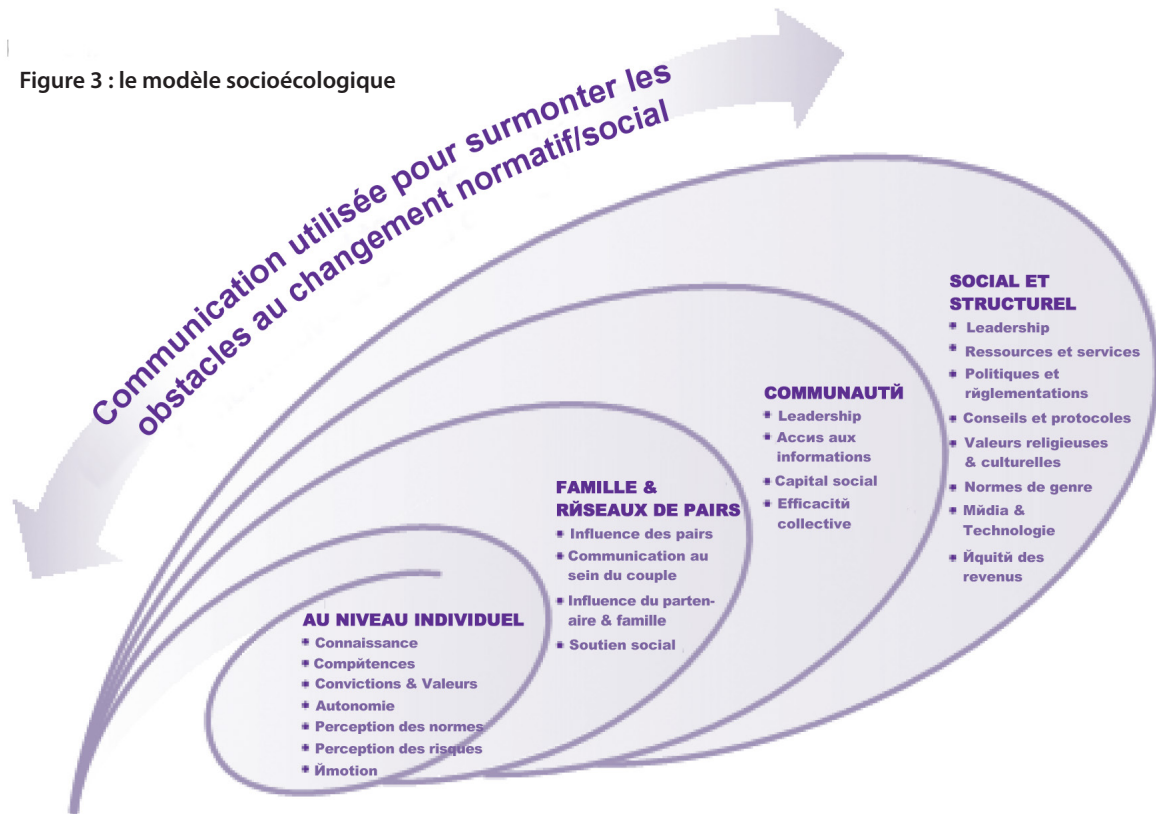
### **Réseaux et approches**

- **Plaidoyer.** Les processus de plaidoyer interviennent au niveau individuel, social et politique. Ils ont pour objectif de mobiliser les ressources ainsi que l'engagement social et politique afin de réaliser des changements politiques et/ou sociaux. Le plaidoyer vise à créer un environnement permettant d'encourager l'attribution de ressources équitables et de supprimer les obstacles à la mise en œuvre de la politique.
- **Mobilisation communautaire.** La mobilisation communautaire est un processus de développement des capacités grâce auquel les individus, groupes ou organisations peuvent concevoir, réaliser et évaluer des activités sur une base participative et durable. Une mobilisation communautaire réussie permet de résoudre les problèmes au niveau communautaire en augmentant la capacité des communautés à identifier et à répondre avec succès à ses besoins.

- **Éducation par le divertissement.** L'éducation par le divertissement est une approche de communication fondée sur la recherche. Il s'agit de concevoir et de mettre en œuvre des programmes pédagogiques délibérément ludiques qui retiennent l'attention du public afin d'informer sur un problème social, de favoriser l'ouverture d'esprit, de modifier les normes sociales et de changer les comportements.
- **Technologies de l'information et de la communication (TIC).** Les TIC font référence aux technologies électroniques et numériques qui favorisent la communication et l'échange interactif d'informations. Les TIC désignent des types de médias comprenant les téléphones portables et les smartphones, les SMS et les médias sociaux comme Facebook et Twitter.
- **Communication interpersonnelle (CIP).** La CIP se base sur une communication à deux, comme la communication parent-enfant, conseiller-client, la communication entre deux pairs ou avec un responsable communautaire ou religieux.
- **Médias et médias traditionnels.** Les médias touchent les publics par le biais de la radio, de la télévision et de la presse écrite. Les médias traditionnels sont en général intégrés dans la communauté et proposent des spectacles de théâtre, de marionnettes, de musique et de danse. Les campagnes dans les médias qui appliquent les principes d'une conception de campagne réussie et bien réalisée peuvent avoir un effet significatif sur les comportements, les attitudes, les croyances et les connaissances en matière de santé.

Les comportements relatifs à la demande de soins et de traitements se manifestent au sein d'un réseau complexe d'influences sociales et culturelles et le cadre écologique et social s'avère un modèle utile pour comprendre les multiples aspects de la demande de produits d'urgence (voir Figure 3). D'après cette vision des choses, les individus sont intégrés dans un système de relations socioculturelles (familles, réseaux sociaux, communautés, nations), qui sont influencées par leur environnement physique et ont une influence sur ce dernier (Bronfenbrenner, 1979 ; Kincaid, Figueroa, Storey et Underwood, 2007). Au sein de ce cadre, les décisions et comportements des individus sont supposés dépendre de leurs propres caractéristiques, ainsi que de leur famille, leurs réseaux de pairs, des communautés et de la société dans lesquelles ils vivent, notamment les contextes environnementaux structurels et politiques.

Figure 3 : le modèle socioécologique



Pour répondre efficacement à la création de la demande de produits d'urgence, des interventions sont essentielles à tous les niveaux du cadre écologique et social. Diverses approches peuvent être utilisées, notamment la promotion de la santé individuelle, la mobilisation et l'engagement communautaires et le soutien des environnements structurels et politiques. La communication autour du changement de comportement est un élément central de toutes les approches de création de la demande.

## But

Pour poser les bases de futures activités, le présent examen a été mené dans le but d'évaluer et de résumer les données probantes actuelles concernant les moteurs sociaux et comportementaux de la demande pour les 13 produits, ainsi que les pratiques adoptées pour la mise en œuvre des programmes. Il vise également à mettre en évidence les lacunes qui pourraient être comblées grâce à davantage de recherches.



## Méthodologie

Des bases de données bibliographiques informatisées (PubMed, POPLINE, Scopus, Web of Science, PsycINFO, Google Scholar, 3ie Impact Assessment Database et LILACS) ont été consultées pour identifier la littérature pertinente. Un « effet boule de neige » a ensuite été utilisé pour identifier des références dans la littérature compulsée lors des premières recherches. Tous les articles en anglais, issus de la littérature soumise à un comité de lecture et de la littérature parallèle de 2003 à 2013, ont été inclus pour accéder aux données probantes des dix dernières années. Par ailleurs, les sites Web des principaux donateurs et des organisations chargées de la mise en œuvre ont été consultés. Des publications et rapports ont également été demandés aux équipes de ressource technique en matière de produits de l'UNCoLSC, qui incluent des experts techniques et des organisations actives travaillant sur chaque produit.

La collecte s'est limitée aux recherches menées dans les pays en développement et n'a inclus que celles faisant référence à un ou plusieurs des 13 produits d'urgence. Même si les questions et approches générales, notamment la recherche des soins ou la qualité des services, exercent une influence certaine sur la demande globale, cet examen n'a pas porté sur ce corpus, sans lien avec la demande concernant un produit spécifique. Les recherches ont également exclu les études centrées sur l'efficacité des produits. Elles concernaient uniquement celles qui traitaient des déterminants sociaux et comportementaux de l'utilisation des produits ou qui décrivaient la mise en œuvre ou l'impact des programmes de création de la demande.

Les mots-clés suivants ont été utilisés seuls ou en association :

- Ocytocine
- Misoprostol
- Sulfate de magnésium (MgSO4)
- Réanimation néonatale
- Aider les bébés à respirer
- Chlorhexidine
- Antibiotiques injectables
- Corticoïdes prénataux (CSA)
- Sels de réhydratation orale (SRO)
- Zinc

- Amoxicilline
- Préservatif féminin
- Implants contraceptifs
- Contraception d'urgence (CU)
- Hémorragie du post-partum (HPP)
- Pré-éclampsie/éclampsie (PE/E)
- Asphyxie à la naissance
- Soins du cordon
- Syndrome de détresse respiratoire (SDR) du prématuré
- Septicémie néonatale
- Diarrhée
- Pneumonie
- Pays en développement/Afrique subsaharienne/Asie/Amérique latine
- Demande
- Marketing
- Promotion
- Changement de comportement
- Acceptabilité
- Communication
- Éducation
- Communauté
- Conseil
- Portée
- Médias
- Plaidoyer
- Agent de santé
- Accoucheuse traditionnelle (TBA)
- Sages-femmes

Un cadre résumant la littérature consultée pour chaque produit a été élaboré. La version préliminaire des cadres et du rapport a été partagée avec les équipes de ressource technique en matière de produits aux fins d'examen et de commentaire à différents stades de l'élaboration, ce qui, dans certains cas, a entraîné des références à des publications supplémentaires, non incluses dans les premières recherches.

Dans le cadre de l'analyse de la littérature, la perspective écologique et sociale a été utilisée comme modèle, particulièrement pour l'examen des facteurs favorables et des moteurs sociaux et comportementaux de la demande et de l'utilisation des 13 produits.

## Résultats de la recherche

Produit par tranche d'âge	Documents répondant aux critères d'inclusion	Emplacements géographiques de la littérature
<b>Produits de santé maternelle</b>		
Ocytocine	17 (11 soumis à un comité de lecture)	Amérique latine (7), Afrique (4), Asie (5) et une revue de littérature couvrant des pays à faible revenu
Misoprostol	21 (10 à comité de lecture)	Afrique (9), Asie (9), une revue de la littérature couvrant des pays à faible revenu et deux rapports techniques transversaux
Sulfate de magnésium	15 (13 à comité de lecture)	Amérique latine (2), Afrique (8), Asie (3) et 4 documents portant sur une étude à l'échelle mondiale
<b>Produits de santé néonatale</b>		
Antibiotiques injectables	7 (6 à comité de lecture)	Asie (5) et deux analyses couvrant plusieurs pays à faible revenu
Corticoïdes prénataux	6 (5 à comité de lecture)	Amérique latine (1 étude couvrant plusieurs pays), Afrique (2), États-Unis (1), Royaume-Uni (1) et 1 document d'acte de conférence
Chlorhexidine	16 (14 à comité de lecture)	Afrique (9) et Asie (7)
Appareils de réanimation	4 (4 à comité de lecture)	Afrique (3) et Asie (1)
<b>Produits de santé infantile</b>		
Sels de réhydratation orale (SRO) et zinc <sup>3</sup>	108 (42 à comité de lecture)	Afrique (66), dont de nombreux documents provenant du Kenya (12) et du Nigeria (17), Asie (38), dont de nombreux documents provenant d'Inde (18) et du Bangladesh (10), Amérique latine et Caraïbe (2), Moyen-Orient (1) ainsi que des études à l'échelle régionale/mondiale (3)
Amoxicilline	37 (27 à comité de lecture)	Afrique (28), Asie (5) et analyses de plusieurs pays (3)
<b>Produits de santé reproductive</b>		
Préservatifs féminins	27 (19 à comité de lecture)	Afrique (18), Asie (5) et Amérique latine (4)
Implants contraceptifs	15 (7 à comité de lecture)	Afrique (12) et Asie (2)
Contraception d'urgence	22 (12 à comité de lecture) et 1 livre	Afrique (12), Asie (5) et Amérique latine (3)

## Résultats

Les résultats de la revue de littérature sont présentés par domaine de santé et les produits individuels adéquats sont alors eux-mêmes présentés sous chaque domaine. Les résultats concernant chaque produit sont présentés selon le même format et incluent un aperçu du produit, les principaux moteurs sociaux et comportementaux, les stratégies mises en œuvre et leur impact, ainsi que les conclusions. Ces dernières peuvent également comprendre les leçons apprises, les lacunes et les recommandations, le cas échéant.

<sup>3</sup>La littérature relative à la demande de SRO et de zinc a été collectée et évaluée à l'aide d'une approche mixte en raison des recouvrements de nombreuses études sur ces deux produits.



**Produits de santé maternelle :  
ocytocine, misoprostol,  
sulfate de magnésium**

Sur les 136 millions de femmes qui donnent naissance à un enfant chaque année dans le monde, plus de huit millions souffrent de saignements excessifs après l'accouchement. Ce problème médical, que les médecins appellent hémorragie du post-partum (HPP) est responsable d'un quart des décès maternels annuels et en constitue de ce fait la principale cause (UNCoLSC, 2012). La mortalité due à l'HPP touche de manière disproportionnée les femmes des pays défavorisés.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande l'administration d'utérotoniques pendant le troisième stade du travail pour éviter une HPP. Bien que les utérotoniques les plus efficaces soient l'ocytocine et l'ergométrine (cette dernière est sensible à la chaleur et à la lumière et présente plus d'effets secondaires que l'ocytocine), l'ocytocine est le médicament recommandé. Malgré le fait qu'il s'accompagne de plus d'effets secondaires que l'ocytocine, le misoprostol est également recommandé, car il peut être administré par les agents de santé communautaire (ASC) en l'absence d'accoucheuses expérimentées et lorsque l'ocytocine est indisponible (OMS, 2012).

La pré-éclampsie et l'éclampsie (PE/E) constituent la deuxième cause de mortalité maternelle dans le monde. Elles sont le plus souvent détectées par l'apparition d'une hypertension artérielle et de signes d'œdème pendant la grossesse, et, en l'absence de traitement, peuvent conduire à des convulsions, à une atteinte rénale et hépatique et à la mort. D'après les estimations, ces affections sont responsables du décès de 63 000 femmes par an, ainsi que de celui de nombreux bébés. Le risque qu'une femme meure de PE/E est environ 300 fois plus élevé dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Plusieurs études ont identifié le sulfate de magnésium comme étant le médicament le plus efficace pour prévenir et traiter les convulsions potentiellement mortelles dues à la PE/E (OMS, 2011).

Il est recommandé de confier l'administration de la majorité des produits visant à prévenir et à traiter l'HPP et la PE/E décrits ici à une accoucheuse expérimentée, telle qu'une sage-femme, un médecin ou un infirmier. Ces accoucheuses expérimentées sont qualifiées et formées à identifier et à prendre en charge les complications survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale immédiate, ainsi que, si nécessaire, à orienter les femmes et nouveau-nés vers un niveau de soins supérieur. Toutefois, environ 30 % des accouchements survenant à l'échelle mondiale sont assistés par des accoucheuses non expérimentées (KFF, 2012). Même si le pourcentage de naissances assistées s'est amélioré dans toutes les régions, d'importantes disparités demeurent entre les différents pays et au sein de chaque pays (FNUAP, n.d.) En Afrique subsaharienne, où survient près de la moitié des morts maternelles, seuls 46 % des accouchements sont assistés par des accoucheuses expérimentées. Les femmes pauvres et celles qui vivent en zone rurale sont bien moins susceptibles que leurs homologues plus riches ou vivant en zone urbaine de recevoir des soins expérimentés lors de l'accouchement (FNUAP, n.d.).

Étant donné que la menace de mortalité maternelle est maximale pendant l'accouchement, la naissance et les 24 heures suivant la naissance, il est primordial de permettre aux femmes d'accéder plus facilement aux accoucheuses expérimentées ; sans quoi l'adoption et l'utilisation des produits de santé maternelle décrits ici seront limitées. Accroître l'accès et le recours aux accoucheuses expérimentées, ainsi que l'administration d'ocytocine, de misoprostol et de sulfate de magnésium, aidera les pays à atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 5, qui consiste à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle d'ici 2015.

# Ocytocine



## Présentation du produit

L'OMS recommande l'utilisation d'utérotoniques pour prévenir l'HPP pendant la troisième phase du travail pour toutes les naissances et préconise l'ocytocine en tant qu'utérotonique de choix dans la prévention et la prise en charge de l'HPP.

L'ocytocine présente trois avantages majeurs : 1) administrée à doses modérées, l'ocytocine de synthèse produit des contractions lentes et généralisées des muscles de l'utérus, avec un relâchement complet entre deux contractions ; 2) lorsqu'elle est utilisée pour traiter l'HPP, l'ocytocine agit plus tôt que la plupart des autres utérotoniques, dont le misoprostol ; 3) l'ocytocine s'accompagne également de moins d'effets secondaires que certains autres utérotoniques.

L'ocytocine est le plus souvent disponible en flacons en verre d'un millilitre, contenant 5 ou 10 unités internationales (UI). Elle est alors injectée dans la veine ou le muscle de la patiente. Les doses sont comprises entre 10 UI pour la prévention et 40 UI pour le traitement de l'HPP. Produit par plus de 100 fabricants dans le monde entier, ce médicament coûte environ 0,18 \$ pour 10 UI (prix fournisseur médian).

L'ocytocine étant dépendante de la température et perdant de son efficacité après trois mois de stockage à des températures supérieures à 30 degrés Celsius (86 degrés Fahrenheit), l'OMS recommande au personnel de santé de veiller au respect de la chaîne du froid et de ne pas stocker l'ocytocine pendant plus de trois mois.

[Sources : UNCoLSC, 2012 ; OMS, 2012]

L'examen des données probantes a permis d'identifier 17 documents liés à la création de la demande d'ocytocine répondant aux critères d'inclusion ; 11 d'entre eux ayant été publiés dans la littérature soumise à un comité de lecture. Les données probantes provenaient d'Amérique latine (7 études), d'Afrique (4 études) et d'Asie (5 études), ainsi que d'une revue de la littérature couvrant les pays à faible revenu. Cette revue n'a identifié aucune étude provenant de pays pionniers.

### Principaux moteurs sociaux et comportementaux

Outre les problèmes relatifs à l'approvisionnement et au produit lui-même, p. ex. les ruptures de stock et la nécessité de respecter la chaîne du froid lors du stockage (décrite précédemment), un certain nombre de barrières

sociales et comportementales peut également freiner le recours à l'ocytocine par les prestataires de soins, principal public visé par la création de la demande de produits. Au niveau administratif, en raison de l'absence de leadership, d'engagement et de directives explicites sur la prévention et le traitement de l'HPP (et plus particulièrement sur l'ocytocine), les agents de santé ne disposent pas de conseils clairs sur les protocoles standard.

Les agents de santé peuvent également manquer de connaissances, disposer d'un accès insuffisant aux informations et faire preuve d'une autonomie trop limitée en ce qui concerne l'utilisation d'utérotoniques (Hermida et coll., 2012). Par exemple, une étude menée au Ghana a démontré

que les sages-femmes ignoraient les risques associés aux utérotoniques (ocytocine et ergométrine) et la posologie adéquate pour chacun d'entre eux (Koski, Mirzabagi et Cofie, n.d.). Une formation inadaptée à la prise en charge de l'HPP contribue au manque de connaissances et d'autonomie. Une étude menée au Honduras a démontré que la prise en charge active du troisième stade du travail (PCATST) n'était pas incluse dans la formation des infirmiers (Low et coll., 2012), même s'il a été prouvé que ces formations sont faciles à mettre en œuvre et très efficaces dans d'autres contextes (Althabe et coll., 2011 ; Tsu et coll., 2003). Par ailleurs, les prestataires de soins étaient réticents au changement (Althabe et coll., 2011 ; Belizan et coll., 2007), particulièrement lorsque de nouvelles recommandations ou de nouveaux protocoles étaient imposés d'en haut.

La recherche formative menée en Argentine et en Uruguay a permis d'identifier différentes barrières à la modification des pratiques des prestataires de soins dans les hôpitaux en ce qui concerne la PCATST, notamment l'utilisation de l'ocytocine (Belizan et coll., 2007). Au niveau individuel, les barrières incluaient un accès insuffisant aux informations à jour et le manque d'évaluation de ces dernières, des attitudes négatives envers le changement, le manque de pertinence perçue des informations pour les hôpitaux et les compétences et capacités des individus. Les prestataires de soins ont identifié des facteurs spécifiques à la profession qui influençaient considérablement l'adoption de nouvelles pratiques. Bon nombre d'entre eux ont exprimé la crainte de jugements négatifs de la part de leurs collègues.

L'étude concluait que ni des preuves scientifiques ni des recommandations écrites n'étaient suffisantes pour changer le comportement d'un prestataire. Les données probantes et les recommandations connexes doivent être reconnues et acceptées comme ayant de la valeur par le personnel hospitalier, grâce à la diffusion de nouvelles connaissances par les médecins reconnus comme bien informés par le personnel et leurs pairs. Il a été observé que les changements de comportement étaient plus efficaces lorsque les médecins, considérés comme des leaders, donnaient l'exemple en adoptant de nouvelles pratiques et lorsque les « adoptants tardifs » étaient capables d'évaluer ces efforts.

L'emballage classique de l'ocytocine en ampoules pose également problème à certaines accoucheuses et limite leur volonté et leur capacité à utiliser ce produit. Ceci est tout particulièrement vrai dans les situations où elles ne disposent pas d'aide pour répondre aux besoins exigeants qui suivent la naissance (PATH, 2010 ; Tsu et coll., 2009 ; ministère de la Santé du Vietnam et PATH, 2005).

### *Stratégies de mise en œuvre et impact*

Les agents de santé, en général, constituaient le principal public visé pour les interventions mentionnées dans les données probantes. Ce groupe est composé de médecins, de sages-femmes, d'infirmiers et d'agents de santé communautaire. Dans la recherche analysée, la

principale intervention utilisée pour améliorer les services de premier recours était la formation des agents de santé. La plupart des interventions assurait la formation à la PCATST, en général lors de séances spécifiques consacrées à l'utilisation de l'ocytocine. Une approche participative de la conception des interventions a été utilisée dans trois études, en impliquant activement des professionnels de santé, non seulement dans la formation, mais également dans l'élaboration de recommandations cliniques. Deux d'entre elles concernaient principalement l'élaboration de recommandations spécifiques à la structure par les praticiens spécialisés en soins obstétricaux de la structure eux-mêmes.

L'une de ces études, menée en Argentine et en Uruguay, a utilisé les théories du changement de comportement (stades de changement et de diffusion des innovations) pour concevoir un programme stratégique qui identifiait les leaders d'opinion parmi les pairs et les formait à développer et diffuser leurs propres recommandations fondées sur les preuves en matière de PCATST (Althabe et coll., 2008). Cette étude a mis en évidence une augmentation considérable de l'utilisation prophylactique de l'ocytocine dans les hôpitaux visés par ces interventions (de 2,1 % à 83,6 %) et a démontré que le taux d'utilisation de l'ocytocine restait élevé pendant la période de suivi d'un an après l'intervention. Des gains similaires ont été mis au jour dans l'initiative GIRMMHP, une étude observationnelle menée dans plusieurs pays d'Amérique latine, promouvant la participation active du personnel de santé spécialisé en soins obstétricaux dans l'élaboration de recommandations cliniques fondées sur les preuves spécifiques à l'hôpital pour l'HPP (Figueras et coll., 2008). La pré/post-évaluation a démontré que l'utilisation de l'ocytocine, administrée pendant le troisième stade du travail, passait de 71 % à l'inclusion à 83,9 % 12 mois après l'intervention d'éducation.

Certaines interventions de formation ont noté l'inclusion et l'utilisation de matériel de communication, principalement des affiches apposées en salle de travail et d'accouchement et aux urgences, ainsi que des trousse chirurgicales et des dossiers cliniques, pour rappeler aux agents de santé de pratiquer la PCATST ou d'utiliser de l'ocytocine (Althabe et coll., 2008 ; Figueras et coll., 2008). En Équateur, outre la formation, une trousse de mise en œuvre plus complète, incluant le plaidoyer, l'éducation sanitaire et la gestion des connaissances, a été utilisée dans le cadre du Projet d'assurance qualité (QAP) de l'USAID et de son Projet d'Amélioration des Soins de Santé (HCI) (Hermida et coll., 2012). Ce projet a aidé le ministère de la Santé à mettre en œuvre, à l'échelle nationale, la PCATST en trois phases, sur six ans, par le biais d'une approche de « amélioration collaborative », qui dépend de l'« adaptation, la discussion et la diffusion de bonnes pratiques fondées sur les preuves par les équipes des prestataires de soins. » Le processus de mise en œuvre comprenait un plaidoyer de haut niveau auprès des autorités du ministère de la Santé, afin de les pousser à faire de la PCATST une politique nationale ; le développement de nouvelles recommandations relatives à la PCATST, intégrées sous forme d'addenda aux normes

de soins obstétricaux nationales ; l'identification et la diffusion de leçons sur la manière dont lever les barrières opérationnelles ; la promotion de la PCATST dans tous les hôpitaux ; la distribution de matériel d'éducation sanitaire et l'approvisionnement en ocytocine. Le taux d'administration d'ocytocine est passé de 29 % des femmes accouchant par voie basse au cours des trois premiers mois de la première phase (2003), à 38 % pendant la deuxième phase (2006) et à 75 % pendant la troisième phase (2009).

L'utilisation excessive et la mauvaise utilisation de l'ocytocine ont été identifiées comme des conséquences inattendues dans une étude menée au Honduras, qui portait sur le renforcement de la PCATST dans une maternité défavorisée, dont le personnel était composé de sages-femmes auxiliaires (Low, Bailey, Sacks, Robles et Medina, 2012). Bien que l'utilisation d'ocytocine immédiatement après la naissance soit passée de 64 à 97 %, son administration en intra-partum a également augmenté (de 6 à 22 % des cas) et est significativement corrélée à une hémorragie estimée supérieure. L'utilisation excessive de l'ocytocine pour le déclenchement artificiel du travail et l'augmentation du nombre de sages-femmes auxiliaires lors des accouchements à domicile ont également été signalées en Inde (Jeffery, Das, Dasgupta et Jeffery, 2007). Dans une revue de la littérature portant sur les utérotoniques utilisés pour les accouchements à domicile, des données qualitatives probantes suggéraient que la perception des utérotoniques par les femmes en travail et les accoucheuses était positive, même s'il a été prouvé que les utérotoniques sont nocifs pour la femme et le fœtus lorsqu'ils sont utilisés avant l'accouchement (Flandermeyer, Stanton et Armbruster, 2010). Les résultats suggèrent que les programmes visant à augmenter l'utilisation de l'ocytocine pour l'HPP doivent également envisager d'accroître la prise de conscience par les femmes et les accoucheuses des risques liés à la bonne utilisation des utérotoniques.

Le dispositif Uniject™, nouvelle technologie d'administration de l'ocytocine conçue par PATH, a fait l'objet de huit études menées en Amérique latine, en Asie et en Afrique (Althabe et coll., 2011 ; PATH, 2010, 2011 ; POPPHI, 2008 ; Stanton et coll., 2012 ; Tsu et coll., 2003, 2009 ; ministère de la Santé du Vietnam et PATH, 2005). La seringue préremplie répond aux problèmes fréquemment rencontrés par les agents de santé expérimentés qui administrent de l'ocytocine, en garantissant l'administration d'une dose précise d'ocytocine à une patiente avec une préparation minimale.

En Argentine, l'utilisation de l'ocytocine prophylactique par les accoucheuses des hôpitaux est passée de 14,6 % à l'inclusion à 85,6 % pendant la période d'intervention. Par ailleurs, la plupart des accoucheuses (96 %) ont signalé que le dispositif Uniject™ facilitait l'administration d'ocytocine (Althabe et coll., 2011). En Indonésie, Tsu et coll. (2003) ont interrogé 140 sages-femmes de village et 2 220 mères, que les sages-femmes ont aidées pendant la période d'intervention, à propos de leurs expériences et leur opinion concernant l'administration d'ocytocine avec le dispositif Uniject™. L'évaluation a été réalisée dans trois districts ruraux et une municipalité à Lombok. Les sages-femmes n'ont

rencontré que peu de difficultés à utiliser convenablement le dispositif Uniject™ et ont indiqué une préférence nette pour ce dispositif par rapport aux aiguilles et seringues conventionnelles. Le taux d'hémorragie du post-partum n'a pas radicalement changé. Des résultats similaires ont été obtenus dans trois districts du nord du Vietnam (Tsu et coll., 2009). Par le biais de questionnaires à l'inclusion et après l'intervention, 52 sages-femmes d'un district dans lequel la PCATST était déjà pratiquée et 35 sages-femmes d'un district dans lequel la PCATST a été introduite dans le cadre de l'étude ont signalé que le dispositif Uniject™ était plus facile à utiliser que les ampoules et seringues conventionnelles et qu'il y était préférable.

Le dispositif Uniject™ facilite, par ailleurs, l'administration d'une dose précise d'ocytocine par des auxiliaires de santé non expérimentés, car il est prérempli avec la dose qui convient. Des études ayant examiné son utilisation par des auxiliaires de soins non expérimentés ont également donné des résultats positifs. Au Mali, des sages-femmes auxiliaires (accoucheuses non expérimentées) ont été formées à la PCATST et à l'administration d'ocytocine avec un dispositif Uniject™. La majorité des participantes à l'étude a jugé que le dispositif Uniject™ était très acceptable et plus facile à utiliser que les seringues conventionnelles et a considéré que les formations étaient efficaces lorsqu'il s'agissait de former les agents de santé à la PCATST et à l'utilisation du dispositif Uniject™.

L'ocytocine étant dépendante de la température et perdant de son efficacité après trois mois de stockage à des températures supérieures à 30 degrés Celsius (86 degrés Fahrenheit), l'utilisation d'un indicateur temps-température (ITT) apposé sur l'emballage de l'ocytocine se révèle potentiellement utile pour diminuer l'administration d'ocytocine inefficace et améliorer la qualité des soins. Lors de tests, l'ITT a été bien reçu et jugé facile à interpréter (PATH, 2010, 2011). Parmi les sages-femmes exerçant dans le secteur privé en Indonésie, l'ITT était le « différenciateur favori et une innovation prioritaire pour l'ocytocine » (PATH, 2011). Seules deux des études revues incluaient la perception du dispositif par les clientes. Toutefois, ces opinions étaient communiquées par le biais de rapports des prestataires.

Au Mali, la majorité des prestataires avait la sensation que les clientes ne manifestaient aucune réaction négative. Seuls neuf prestataires (6,4 %) ont répondu que des femmes avaient refusé l'injection avec le dispositif Uniject™ et ont cité leur ignorance relative au produit et la peur pour justifier leur décision (POPPHI, 2008). En Indonésie, les sages-femmes ont signalé que les clientes étaient satisfaites du dispositif. Parmi celles qui ont communiqué des commentaires de clientes spécifiques, une réduction des saignements et de la douleur au point d'injection a été signalée, même si certaines jugeaient l'aiguille du dispositif Uniject™ trop grosse (Tsu et coll., 2003).

Les conclusions et recommandations concernant l'ocytocine sont répertoriées dans la section relative au misoprostol, page suivante.

# Misoprostol



## Présentation du produit

L'OMS recommande l'utilisation d'utérotoniques pour prévenir l'HPP pendant la troisième phase du travail pour toutes les naissances et préconise l'ocytocine en tant qu'utérotonique de choix dans la prévention et la prise en charge de l'HPP. En l'absence d'accoucheuse expérimentée et lorsque l'ocytocine est indisponible, l'administration de misoprostol (600 µg par voie orale) est recommandée pour prévenir l'HPP. L'OMS recommande 800 µg par voie sublinguale comme traitement de troisième recours pour l'HPP.

Le misoprostol est une prostaglandine – autrement dit, une hormone de synthèse – disponible sous forme de comprimés oraux contenant chacun 25 µg, 100 µg ou 200 µg de principe actif. Les comprimés étant sensibles à l'humidité et à la chaleur, leur stockage à température ambiante nécessite un conditionnement adapté en plaquettes à double feuille d'aluminium. Le prix par comprimé pratiqué par les fabricants est d'environ 0,15 \$. Ce produit est disponible auprès de plus de 50 fabricants dans le monde (dont 35 au moins se trouvent dans des pays en développement).

Le misoprostol est également utilisé dans d'autres indications, telles que le traitement de l'ulcère gastrique, le déclenchement du travail ou la prise en charge des fausses couches incomplètes, ainsi que comme abortif. Ce dernier emploi explique en partie la controverse entourant ce médicament et la réticence de certains pays à en recommander l'utilisation.

[Sources : UNCoLSC, 2012 ; OMS, 2012]

L'examen des données probantes a permis d'identifier 21 documents liés à la création de demande du misoprostol et répondant aux critères d'inclusion, 10 d'entre eux ayant été publiés dans la littérature soumise à un comité de lecture. Les données probantes provenaient d'Afrique (9 études) et d'Asie (9 études), ainsi que d'une revue de la littérature couvrant les pays défavorisés, et de deux rapports techniques transversaux. Cet examen a permis d'identifier cinq études menées dans les pays pionniers suivants : le Sénégal, la Tanzanie, le Nigeria et l'Éthiopie.

## Principaux moteurs sociaux et comportementaux

Cinq articles de l'examen des données probantes évaluent les actions de promotion et d'éducation axées sur l'utilisation du misoprostol dans la prévention de l'hémorragie du

post-partum permettent de cerner les principaux moteurs sociaux et comportementaux. Toutes les études démontrent que les accoucheuses et les agents de santé communautaires connaissant le misoprostol et sont conscients de l'importance de l'HPP dans l'utilisation de ce médicament.

Dans les trois études menées au Bangladesh (EngenderHealth/The RESPOND Project, 2010 ; Mobeen et coll., 2011 ; Prata et coll., 2012b), la distribution communautaire de misoprostol a favorisé l'utilisation du médicament après l'accouchement. Selon l'une de ces études (EngenderHealth/The RESPOND Project, 2010), des perceptions erronées concernant notamment le moment favorable à la prise du misoprostol (avant ou après l'accouchement) figurent parmi les principales raisons expliquant la non-utilisation de ce médicament. Une autre étude cite les facteurs suivants pour expliquer la non-prise



de ce médicament par les femmes après l'accouchement : méconnaissance du misoprostol (66 %), non-reconnaissance de sa nécessité (14,4 %), absence d'agents de santé communautaire (ASC) ou indisponibilité du médicament (17,6 %), et objections des maris quant à son utilisation (1,6 %) (Mobeen et coll., 2011).

Les retombées d'un effort de mobilisation communautaire mené en 2009 et visant à développer l'accès au misoprostol pour la prévention de l'HPP dans cinq communautés des environs de Zaira, dans le nord-ouest du Nigeria, ont souligné l'importance du rôle joué par les accoucheuses quant à l'utilisation du misoprostol (Prata et coll., 2012a). Les efforts de mobilisation communautaire ont permis d'informer une majorité des femmes (88 %) sur l'HPP et le misoprostol, engendrant ainsi un degré de compréhension élevé des messages de l'intervention. Lors des entretiens menés après l'accouchement avec les 1 875 femmes participant à l'étude, celles-ci ont désigné les accoucheuses traditionnelles (TBA), les sages-femmes et les structures sanitaires (dans cet ordre) comme leurs principales sources d'information sur les saignements après l'accouchement. Ces femmes ont également indiqué que les accoucheuses traditionnelles, les personnes-ressources communautaires et les sages-femmes (dans cet ordre) constituaient leurs principales sources d'information sur le misoprostol. Le faible pourcentage (18 %) de femmes qui n'avaient pas pris le misoprostol en prévention de l'HPP ont principalement déclaré qu'elles ne s'étaient pas vu proposer le misoprostol (60 %), qu'elles avaient reçu une injection (12 %), qu'elles avaient oublié de prendre le misoprostol (7 %) ou, dans un nombre réduit de cas (4 à 5 %), qu'elles n'avaient pas pu se procurer ce médicament, qu'elles n'avaient pas cru en avoir besoin ou que leur mari/famille ne les avait pas autorisées à le prendre (Prata et coll., 2012a).

Si les résultats d'une évaluation d'une étude pilote menée en Éthiopie ont confirmé l'aptitude des ASC à administrer le misoprostol en toute sécurité, cette même évaluation a néanmoins souligné l'importance de former d'autres intervenants sur la distribution du misoprostol (Ministère fédéral de la Santé d'Éthiopie, 2008). En 2007, 128 agents de vulgarisation sanitaire (HEW) représentant 120 postes sanitaires des régions Amhara et Oromiya, de la Région des nations, nationalités et peuples du sud (SNNP) et de la région Tigré, ont été formés à administrer le misoprostol. L'introduction du misoprostol dans ces communautés par les HEW a permis d'améliorer la disposition des populations concernées à requérir des soins obstétriques auprès des agents sanitaires, d'intensifier la collaboration entre les agents sanitaires et les accoucheuses traditionnelles, et d'accroître la demande de misoprostol de la part des membres de ces communautés (Ministère fédéral de la Santé d'Éthiopie, 2008).

### **Stratégies de mise en œuvre et impact**

Les articles d'évaluation des interventions relatives à l'HPP axées sur l'utilisation du misoprostol avaient pour populations cibles les agents sanitaires (15 articles), les femmes enceintes (12 articles) et les accoucheuses traditionnelles (7 articles). La plupart des stratégies de mise en œuvre se

sont concentrées sur les services de premier recours et les soins obstétriques, et en particulier sur des actions de formation des agents sanitaires concernant les accoucheuses aussi bien expérimentées que peu expérimentées. En Inde, les agents paramédicaux et les médecins des centres de santé ruraux ont reçu une formation sur la PCATST couvrant notamment l'administration du misoprostol par voie orale ; 99 % des agents des groupes d'intervention ont constaté une diminution significative de la durée du troisième stade du travail et de la perte sanguine médiane après la délivrance (Chandhiok, Dhillon, Datey, Mathur et Saxena, 2006).

Au Bangladesh, un programme ciblant les connaissances, les attitudes et les pratiques des accoucheuses traditionnelles en matière de prise en charge de l'HPP dans le cadre de naissances à domicile a dispensé aux prestataires une formation couvrant le misoprostol, les matelas d'accouchement absorbants, la détection des grossesses à risque et des signes de gravité, les procédures d'orientation en cas de complications, les stades du travail, l'utilisation systématique de trousse d'accouchement propres et autres pratiques favorisant un accouchement sans complication (Prata et coll., 2012a). La connaissance du misoprostol en tant que moyen de prévention des saignements excessifs a enregistré une augmentation significative immédiatement après la formation ( $p < 0,0001$ ) et a encore progressé à six et à dix-huit mois ; l'augmentation constatée entre six et 18 mois était statistiquement significative ( $p < 0,0001$ ).

La connaissance des indications du misoprostol a également augmenté à l'issue de la formation – la quasi-totalité des accoucheuses traditionnelles déclarant alors que ce médicament ne devait pas être administré aux femmes en cours de grossesse – et restait élevée à six et 18 mois après la mise en œuvre. Sur l'ensemble des cas de femmes ayant accouché avec une accoucheuse traditionnelle formée dans le cadre de l'intervention ( $n = 1\ 280$ ), plus de 80 % ont pris le misoprostol, un pourcentage significativement plus élevé que celui des femmes qui ont reçu le misoprostol en accouchant avec une accoucheuse non formée dans le cadre de l'intervention ( $p < 0,0001$ ), avec un parent ( $p < 0,0001$ ), avec un infirmier ( $p < 0,0001$ ), avec un médecin ( $p < 0,0001$ ) ou seules ( $p < 0,01$ ). Les auteurs indiquent toutefois que les groupes d'intervention participaient à un programme de santé maternelle bien établi et respecté, ce qui est de nature à limiter le caractère généralisable des résultats.

Le risque que le misoprostol soit administré à un moment inapproprié par des accoucheuses peu expérimentées est souvent cité comme obstacle à l'extension des programmes communautaires relatifs à ce médicament. Pour le Bangladesh, Prata et coll. (2012b) ont établi que le risque de telles erreurs était globalement très faible, les taux rapportés s'établissant à 0,1 % pour les femmes assistées par une accoucheuse traditionnelle et à 0,3 % pour les autres groupes.

La distribution directe du misoprostol à des femmes enceintes dans le cadre des soins prénataux et de la sensibilisation communautaire a également été mise à l'essai. Au Mozambique, les actions de sensibilisation ont

notamment pris la forme de sessions de formation dispensées aux femmes lors de visites de soins prénataux (SAN), de réunions communautaires et de sessions individuelles dans le cadre de la préparation à l'accouchement et de la prévention de l'HPP. Les messages de sensibilisation se concentraient sur quatre aspects clés : l'accouchement dans une structure sanitaire, la planification d'un accouchement sans complication, la détection de l'HPP au moyen de pièces de coton traditionnelles et l'utilisation du misoprostol en prévention de l'HPP (Institut de santé d'Ikara, VSI, Centre Bixby pour la population, la santé et le développement durable, et PSI Tanzania, 2011). La majorité des participantes ont utilisé le misoprostol qui leur a été distribué lors des SAN et ont pris la dose appropriée dans 99 % des cas. On constate un degré d'acceptation très élevé, avec plus de 96 % de femmes disposées à recommander le misoprostol à une amie ou à l'utiliser lors d'un prochain accouchement. Par rapport aux femmes qui n'avaient pas utilisé le misoprostol, celles qui l'avaient pris étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer qu'elles achèteraient les comprimés. Les auteurs concluent à l'opportunité de former les prestataires de SAN à la distribution du misoprostol dans le cadre du suivi systématique. La sensibilisation et l'éducation communautaires ont joué un rôle déterminant dans l'acceptation et l'utilisation des services par la communauté (Institut de santé d'Ikara et coll., 2011).

Au Bangladesh, un projet pilote de distribution du misoprostol en prévention de l'HPP auprès de la communauté a débuté par des activités de promotion visant à s'assurer le soutien des décideurs et directeurs de programme sanitaire (EngenderHealth/The RESPOND Project, 2010). Les partenaires ont ainsi élaboré à titre préalable une politique et un plan de mise en œuvre du programme, puis développé des cursus de formation et du matériel didactique ainsi que des outils de suivi. Au cours de la phase de mise en œuvre, des agents de terrain ont reçu une formation portant sur la sensibilisation des femmes au misoprostol et à la maternité sans risque. Les actions de sensibilisation communautaire ont pris différentes formes : réunions communautaires, visites à domicile, enregistrement des femmes enceintes et mise en place à leur domicile d'autocollants leur rappelant de prendre les comprimés immédiatement après l'accouchement. 12 961 femmes se sont vu distribuer le médicament au bout de 32 semaines de gestation, et 92 % d'entre elles l'ont pris après l'accouchement.

La plupart de ces femmes étaient satisfaites et ont constaté une diminution des saignements après la grossesse par rapport à leurs accouchements précédents. La non-utilisation du misoprostol au sein du groupe d'intervention était liée à des préjugés à l'encontre de ce médicament, mais les auteurs soutiennent qu'une implication plus poussée des accoucheuses traditionnelles et d'autres membres influents de la communauté permettrait d'augmenter la couverture dans les zones où l'accouchement à domicile est la norme (EngenderHealth/The RESPOND Project, 2010).

Dans l'État de Kaduna, dans le nord-ouest du Nigeria (Prata et coll., 2012a), un programme visant à mobiliser plus largement

la communauté sur la prévention de l'HPP s'est attaché à former les personnes-ressources communautaires et les accoucheuses traditionnelles à conseiller les femmes enceintes dans le cadre de sessions d'éducation individuelles ou en groupe. Ce programme a également recruté des membres de la communauté pour les former en tant « gardiens des médicaments » chargés du stockage et de la distribution appropriés du misoprostol. Des activités de sensibilisation communautaire (dialogues et ateliers d'art dramatique communautaires, ainsi que diffusion de documents imprimés) ont été menées en vue d'informer les participants sur la préparation à l'accouchement et la prévention de l'HPP.

Sur la base des commentaires reçus, le programme a procédé à la distribution de hijab (pour les femmes musulmanes), de bandeaux (pour les femmes chrétiennes) et de butas (pour les hommes musulmans) arborant ce simple message : « Prendre trois comprimés de misoprostol immédiatement après l'accouchement pour prévenir l'hémorragie du post-partum ». Ce matériel a été fréquemment cité comme ayant contribué à disséminer les informations sur la prévention de l'HPP et le misoprostol au sein de la zone cible. Selon les déclarations des femmes ayant utilisé le misoprostol en prévention de l'HPP, la plupart d'entre elles (88 %) l'ont pris au bon moment et 98 % d'entre elles ont respecté la posologie. Les auteurs concluent que le recours à des méthodes de diffusion des messages approuvées par la communauté a efficacement contribué à améliorer la pertinence de ces messages et à en personnaliser la diffusion, ce qui a en retour favorisé l'adoption de l'intervention. Les auteurs soulignent également que, indépendamment de la distribution du misoprostol, l'accoucheuse traditionnelle ou la personne qui assiste la parturiente jouent un rôle déterminant quant à la diffusion des messages éducatifs et à la bonne administration de ce médicament (Prata et coll., 2012a).

Dans le cadre d'un programme mené en Zambie, des activités de sensibilisation communautaire axées sur la préparation à l'accouchement et la prévention de l'HPP ont été menées dans cinq districts ruraux (Ministère de la Santé de Zambie, 2010). Cette campagne de sensibilisation s'est appuyée sur différents médias (radio, affiches et brochures) en conjonction avec des séances de conseil destinées aux prestataires de SAN et avec des groupes d'action communautaires axés sur la maternité sans risque. Le degré d'acceptation du médicament était extrêmement élevé : 80 % des femmes qui ont emporté le médicament chez elles ont déclaré l'avoir utilisé, et elles ont mémorisé correctement les moments de prise appropriés dans 88 % des cas. La plupart des femmes se sont déclarées disposées à utiliser de nouveau ce médicament, et même à l'acheter elles-mêmes, ou à le recommander à d'autres personnes. En conclusion, les auteurs affirment que le recours à des stratégies et à des canaux diversifiés a joué un rôle essentiel dans l'information des communautés. Les SAN ont constitué un point de contact important pour la distribution de comprimés de misoprostol aux femmes enceintes, tandis que les agents de sensibilisation opérant au niveau de la communauté ont renforcé de manière efficace les messages concernant l'utilisation appropriée de ce médicament. Le



matériel couramment utilisé dans le cadre des efforts de sensibilisation communautaire comprenait des tableaux à feuilles mobiles pour les séances de conseil destinées aux femmes enceintes, des livrets, des affiches, des trousseaux de naissance propres et des instructions visuelles relatives à l'accouchement sans complications et aux moyens de prévention de l'HPP, dont l'utilisation du misoprostol (Ministère de la Santé de Zambie, 2010).

### Conclusions, lacunes et recommandations

Les interventions visant à développer l'utilisation de l'ocytocine et du misoprostol dans le traitement de l'HPP se sont principalement concentrées sur les services de premier recours et la distribution, avec une attention particulière portée à la formation des agents de santé expérimentés. Il demeure qu'environ 30 % des accouchements effectués à l'échelle mondiale sont assistés par des auxiliaires de santé non expérimentés (KFF, 2012). Même si l'évaluation de la littérature concernant les accoucheuses expérimentées dépasse la portée de la présente revue, il apparaît clairement qu'une intervention visant à augmenter la proportion des naissances assistées par une accoucheuse expérimentée est essentielle pour assurer l'adoption et l'utilisation de l'ocytocine et du misoprostol à des fins de réduction de l'HPP.

La faible sensibilisation des communautés et des prestataires de soins à l'HPP, la méconnaissance des utérotoniques et le manque de directives sur la prévention et le traitement de l'HPP sont les principaux obstacles à surmonter pour accélérer l'utilisation de l'ocytocine et du misoprostol.

Les recommandations pour lever ces obstacles sont les suivantes :

1. **Sensibiliser les communautés à l'HPP.** La sensibilisation des membres de la communauté à l'HPP, et à l'utilisation de l'ocytocine comme moyen de prévention, peut s'avérer utile, en particulier si l'utilisation du dispositif Uniject™ par les agents de santé communautaires dans le cadre des accouchements à domicile s'avère être une stratégie efficace. Un effort attentif de sensibilisation des communautés locales peut s'avérer déterminant dans certains contextes, notamment lorsque les femmes redoutent de se voir administrer un contraceptif injectable contre leur volonté (POPHI, 2008). Il existe peu de données probantes sur l'utilisation de l'ocytocine considérée du point de vue des patients ; un axe de recherche qui pourrait contribuer à la formulation des messages de communication ciblant les femmes enceintes et leur communauté. Une stratégie alliant médias et canaux de communication traditionnels pourrait permettre de diffuser auprès des femmes enceintes et de leur famille des messages présentant l'ocytocine comme une alternative sûre et très efficace aux substances traditionnelles éventuellement utilisées par les femmes et les accoucheuses traditionnelles en prévention de l'HPP.
2. **Développer les connaissances de l'ensemble des professionnels de santé.** Les données probantes montrent que les accoucheuses expérimentées des structures sanitaires bénéficient fréquemment d'une formation à la PCATST les incitant à augmenter l'utilisation de l'ocytocine en prévention et en traitement de l'HPP. En revanche, une telle formation est rarement dispensée aux accoucheuses peu ou pas formées. Une stratégie ciblant la prévention de l'HPP dans le cadre des accouchements à domicile *via* la PCATST, y compris l'administration de l'ocytocine et du misoprostol, comblerait d'importantes lacunes en matière de couverture et de soins pour les populations n'ayant pas accès aux structures sanitaires.
3. **Développer des directives explicites sur la prévention et le traitement de l'HPP.** Au niveau administratif, l'absence d'engagement de la part des décideurs et de directives explicites sur la prévention et le traitement de l'HPP, et plus particulièrement sur l'utilisation de l'ocytocine, font que les agents de santé ne disposent pas de conseils clairs sur les protocoles standard. La participation active des prestataires de soins au développement de tels protocoles s'est avérée efficace pour vaincre la résistance au changement induite par une transmission des nouvelles directives ou des nouveaux protocoles imposée du sommet à la base (Althabe et coll., 2011). Le recours à des pairs leaders d'opinion en tant qu'innovateurs ou pionniers, de même que la formation continue et le recyclage des prestataires de soins, constituent des alternatives stratégiques possibles qui pourraient être mises en œuvre à plus grande échelle.
4. **Reconsidérer le conditionnement du produit.** L'emballage classique de l'ocytocine en ampoules pose des problèmes à certaines accoucheuses, en particulier lorsqu'elles ne disposent d'aucune aide pour répondre aux besoins multiples et pressants immédiatement après l'accouchement (PATH, 2010 ; Tsu et coll., 2009 ; Ministère de la Santé du Vietnam, 2005). Le dispositif Uniject™ pourrait potentiellement contribuer à étendre l'utilisation de l'ocytocine à une plus grande variété d'utilisateurs, y compris les accoucheuses peu formées, en réduisant la complexité de son mode d'administration.

## Sulfate de magnésium



### Présentation du produit

Le  $MgSO_4$  est le médicament le plus efficace pour la prévention et le traitement de l'éclampsie, et il est recommandé par l'OMS de préférence à d'autres anticonvulsivants pour la prise en charge des femmes atteintes de pré-éclampsie sévère ou d'éclampsie.

Si le sulfate de magnésium correspond au traitement standard de l'éclampsie dans la majorité des pays développés, des médicaments moins efficaces et présentant des risques plus importants, tels que le diazépam et la phénytoïne, restent largement utilisés dans les pays en développement.

Le sulfate de magnésium est administré à la patiente par injection dans la veine ou dans le muscle. Il est recommandé d'administrer le schéma thérapeutique complet du sulfate de magnésium par voie intraveineuse ou intramusculaire pour prévenir et traiter l'éclampsie. Le gluconate de calcium, supplément minéral, doit être disponible comme antidote pour les rares cas de toxicité du magnésium.

Le nombre de flacons nécessaires au traitement dépend de la concentration de la préparation (dans l'idéal, 50 %) et du volume de chaque flacon (2 ml ou plus). La posologie recommandée est de 14 g en dose de charge, suivie d'une dose de 5 g toutes les quatre heures, soit une dose totale administrée de 44 g. Le sulfate de magnésium coûte environ 0,10 \$ par ml (prix moyen fournisseur), et il est produit par un grand fabricant international ainsi que par de nombreux fabricants nationaux à l'échelle mondiale.

[Sources : UNCoLSC, 2012 ; OMS, 2011]

L'examen des données probantes a permis d'identifier 14 documents liés à la création de demande de  $MgSO_4$  répondant aux critères d'inclusion. Ces données provenaient d'Amérique latine (2 articles), d'Afrique (7 articles) et d'Asie (2 articles), et trois autres documents portaient sur des études plus globales.

### Principaux moteurs sociaux et comportementaux

Les documents examinés désignent la méconnaissance comme principal obstacle à l'utilisation du  $MgSO_4$ , et soulignent la nécessité de mener auprès des prestataires de soins et des membres de la communauté des actions de promotion et d'éducation établissant les avantages de ce médicament en prévention et en traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie (PE/E). Une perception

erronée des effets secondaires possibles pour la mère et pour l'enfant à naître peut également se traduire par une réticence à administrer le  $MgSO_4$  en temps opportun. Par exemple, une étude menée en Inde (Barua, Mundle, Bracken, Easterling et Winikoff, 2011) a établi que certains prestataires de soins s'abstiennent d'utiliser le  $MgSO_4$  en raison de préoccupations concernant les effets secondaires, l'innocuité et l'utilité de ce médicament. Les prestataires n'étaient pas familiarisés avec les options et directives concernant le traitement de la PE/E à l'aide du  $MgSO_4$ , et ne se sentaient pas suffisamment au fait du mode d'administration de ce médicament. Bien que les prestataires interrogés dans le cadre de cette étude aient généralement eu conscience de la gravité de la PE/E, des différences de pratiques ont pu être observées selon les échelons du système de santé, la principale crainte étant liée aux effets sur le fœtus ou sur la

mère de l'utilisation du MgSO<sub>4</sub> en combinaison avec d'autres procédures médicales. D'après cette étude, les interventions doivent porter sur les connaissances et les attitudes des prestataires de services à l'égard du traitement de la PE/E (Barua et coll., 2011).

Outre cette méconnaissance de la part des prestataires, une étude d'observation portant sur des services d'obstétrique de Lusaka en Zambie (Ridge, Bero et Hill, 2010) a identifié les problèmes d'approvisionnement, la demande du marché et le manque de formation comme autant de freins supplémentaires à l'administration du MgSO<sub>4</sub>. Selon cette étude, le manque de connaissances, les difficultés d'accès et d'autres obstacles structurels entravent le choix prioritaire du MgSO<sub>4</sub>. Face à ces obstacles, des mesures d'incitation à l'emploi, des opportunités de développement professionnel et des cours de formation continue pourraient contribuer à une plus large adoption et à une amélioration de la situation sanitaire des femmes. Dans le même ordre d'idées, un rapport global d'O'Hanley et coll. (2007) affirme que, même lorsqu'ils ont connaissance de la gravité de la PE/E, les prestataires s'abstiennent de procéder au traitement faute de directives et de normes cliniques, de connaissances appropriées et de compétences permettant de l'administrer correctement.

### *Stratégies de mise en œuvre et impact*

Bien que le MgSO<sub>4</sub> soit inscrit sur la liste des médicaments essentiels dans la plupart des pays, les études examinées révèlent un fossé entre les politiques et les pratiques en matière d'utilisation de ce médicament. Les interventions examinées se concentraient sur la modification des politiques et des modalités de prestation des services en vue d'augmenter l'utilisation de MgSO<sub>4</sub>, en mettant l'accent sur l'information des prestataires de soins et sur leur capacité à administrer le médicament. Une étude menée en Tanzanie a évalué la qualité des soins apportés aux femmes atteintes de PE/E en milieu hospitalier tertiaire suivant une approche d'audit basée sur les critères (Kidanto, Mogren, Massawe, Lindmark, et Nystrom, 2009). Un total de 389 patientes éclamptiques ont été admises à l'hôpital au cours d'une période de sept mois. L'étude a établi que la qualité des soins était gravement compromise et que le MgSO<sub>4</sub> ne faisait pas partie d'une offre plus générale de qualité des soins dispensés aux femmes enceintes. Les auteurs ont identifié un ensemble de mécanismes spécifiques d'amélioration de la prise en charge pour les soins d'urgence relatifs à la PE/E, parmi lesquels la standardisation des directives de prise en charge, impliquant des cadres de soins appropriés, et la mise en place d'une offre d'éducation et de formation pour le personnel subalterne. Cette étude montre comment l'introduction de démarches d'amélioration de la qualité peut se traduire par un ensemble de mesures pratiques d'amélioration des soins (Kidanto et coll., 2009).

Une étude rétrospective portant à la fois sur le Mexique et la Thaïlande a évalué l'adoption du MgSO<sub>4</sub> en traitement

de la PE/E suite à un essai contrôlé randomisé basé sur l'introduction d'une stratégie éducative d'amélioration des pratiques cliniques générales en obstétrique (Lumbiganon, Gülmezoglu, Piaggio, Longe et Grimshaw, 2007). L'essai clinique consistait à fournir à un ensemble d'hôpitaux constitué de manière aléatoire trois formations interactives concernant les pratiques médicales fondées sur des données probantes ; ces formations n'étaient toutefois pas spécifiquement axées sur le MgSO<sub>4</sub>. L'étude a établi que la distribution du MgSO<sub>4</sub> est restée faible dans les deux environnements. Les auteurs ont avancé l'hypothèse selon laquelle les prestataires étaient peut-être réticents à introduire une pratique se rapportant à une pathologie relativement rare et nécessitant un suivi rigoureux. Ils affirmaient pour conclure que malgré l'existence de données probantes en faveur d'un médicament tel que le MgSO<sub>4</sub>, il conviendrait de prendre des mesures pour garantir l'audit des pratiques cliniques et la prestation de soins de qualité. Les résultats démontrent l'inefficacité d'une formation généraliste ne fournissant pas de recommandations explicites au sujet du MgSO<sub>4</sub>, et soulignent la nécessité de cibler spécifiquement les obstacles soulevés par ce médicament à l'échelon local.

À l'inverse, d'autres études confirment l'efficacité d'une démarche globale et multiniveau intégrant plaidoyer, développement collaboratif de protocoles et formation des prestataires de soins. Au Nigeria, une série d'ateliers de plaidoyer et de formations visant à augmenter la demande et l'acceptation du MgSO<sub>4</sub> en traitement de la PE/E s'est déroulée dans la ville de Kano, où l'éclampsie est la principale cause de mortalité maternelle (Tukur et coll., 2011, 2012). Cette intervention a débuté par une série de réunions avec des représentants du gouvernement au cours desquelles ont été présentées les données probantes attestant l'efficacité du MgSO<sub>4</sub> en termes de réduction de la mortalité maternelle. L'étape suivante a consisté en un atelier de formation pour médecins et sages-femmes axé sur l'administration du médicament et sur la retransmission des connaissances acquises aux confrères n'ayant pas pu assister à l'atelier. Les participants de cet atelier ont également défini un protocole de traitement pertinent à l'échelon local. L'évaluation des résultats à travers les dossiers médicaux sur une période de 12 mois faisait apparaître une réduction de la mortalité maternelle imputable à la PE/E. En conclusion, les auteurs mentionnaient également l'amélioration des rapports patient-prestataire, la minimisation des ruptures de stock ainsi que la décision des pouvoirs publics de lancer la distribution du MgSO<sub>4</sub> en raison de la réussite perçue de ce médicament et de pressions sociales (Tukur et coll., 2011, 2012).

Des efforts en amont participatifs et peu coûteux peuvent également inciter les décideurs et les chercheurs à créer un cadre favorable au recoupement des priorités en matière de santé maternelle et d'utilisation du MgSO<sub>4</sub>. En s'appuyant

sur une méthodologie qualitative d'étude de cas associant des entretiens avec des informateurs représentatifs des principales parties concernées et une revue documentaire, une étude multipays menée au Malawi, en Afrique du Sud et au Zimbabwe a comparé l'efficacité de différentes approches politiques quant à l'introduction du MgSO<sub>4</sub> pour la PE/E (Woelk et coll., 2009). Les résultats de cette étude montrent que la mise en pratique des données scientifiques était plus concluante lorsque les principales parties concernées étaient impliquées dans la production et l'évaluation de ces données probantes (comme c'était notamment le cas pour les prestataires de soins participant aux essais cliniques). La création de réseaux de recherche régionaux a par ailleurs contribué à l'instauration d'une culture de la médecine fondée sur des données probantes, et ouvert la voie à une collaboration entre chercheurs, obstétriciens et décideurs autour des axes prioritaires de la santé maternelle et de l'utilisation du MgSO<sub>4</sub> (Woelk et coll., 2009). Une autre étude de cas (Daniels et Lewin, 2008) a exploré l'incidence des résultats des essais contrôlés randomisés et des revues systématiques sur l'établissement de priorités autour de l'utilisation du MgSO<sub>4</sub> en Afrique du Sud. Cette étude cherchait à appréhender le processus politique aboutissant au développement de consignes cliniques pour le traitement de la PE/E, en s'appuyant sur des entretiens avec des informateurs clés ainsi que sur une revue et une analyse documentaires. À l'instar de Woelk et coll. (2009), cette étude présente des expériences concluantes d'interventions politiques pour l'amélioration de la santé maternelle axées sur la concertation des principales parties concernées en vue de favoriser le transfert des connaissances et une planification fondée sur les données probantes. Les résultats montrent que la création de réseaux de chercheurs a contribué de façon décisive à susciter de l'intérêt pour l'amélioration de la santé maternelle et à mettre en place un cadre favorable à la transformation des données probantes et de la volonté politique en actions concrètes, en permettant la concertation des chercheurs et des décideurs et en ouvrant la voie à la recherche d'un terrain d'entente entre ces deux groupes. Cette étude a abouti à l'élaboration de nouvelles directives de soins maternels intégrant les résultats d'essais randomisés reconnus sur le plan international et recommandant l'utilisation du MgSO<sub>4</sub> en traitement de la PE/E (Daniels et Lewin, 2008).

Bien que la majorité des études se soient concentrées sur l'administration du MgSO<sub>4</sub> par les prestataires de soins, ce médicament peut également être administré au niveau communautaire ; peu de données probantes ont cependant été publiées à ce sujet. Les résultats d'une intervention quasi expérimentale menée en milieu rural au Bangladesh ont montré des progrès remarquables dans l'utilisation du MgSO<sub>4</sub> au niveau communautaire face à des cas d'éclampsie ou d'éclampsie sévère. Sur les 256 femmes participant à l'étude, seuls trois décès maternels ont été signalés dans le groupe de l'étude (2,3 %), contre 14 (10,4 %) dans le groupe de non-intervention (Shamsuddin et coll., 2005). La nécessité de recherches supplémentaires sur la distribution communautaire du MgSO<sub>4</sub> est donc clairement établie.

### Conclusion, lacunes et recommandations

Les obstacles à l'adoption du MgSO<sub>4</sub> étaient de même nature dans les différentes études passées en revue : le manque de volonté politique, l'absence de directives spécifiques à chaque pays concernant l'administration du médicament, la faible disponibilité du médicament, l'absence d'incitations pour les prestataires de soins, la méconnaissance des symptômes de la PE/E, la résistance au changement et la connaissance lacunaire ou inexacte du MgSO<sub>4</sub> de la part des prestataires de soins, avec notamment une perception erronée des effets secondaires du médicament sur la mère et le fœtus. Voici la liste des recommandations spécifiques visant à augmenter l'utilisation des MgSO<sub>4</sub>.

1. Mieux informer les prestataires de soins sur les options thérapeutiques et les directives concernant la PE/E. Les études montrent que les prestataires ne se sentaient pas suffisamment au fait du mode d'administration du MgSO<sub>4</sub>. Une perception erronée des effets secondaires potentiels pour la mère et pour l'enfant à naître pouvait également expliquer la réticence à administrer le MgSO<sub>4</sub> en temps opportun pour traiter la PE/E. De plus, les prestataires n'étaient pas familiarisés avec les recommandations officielles de traitement de la PE/E par MgSO<sub>4</sub>. Les stratégies de mise en œuvre examinées montrent l'importance du partenariat et de la collaboration entre chercheurs, prestataires de soins et leaders locaux, tout en proposant des exemples pratiques d'efforts concluants.
2. Promouvoir le soutien des politiques en faveur du MgSO<sub>4</sub>. Bien que l'efficacité du MgSO<sub>4</sub> soit établie de longue date et que ce médicament soit inscrit sur la liste des médicaments essentiels dans la plupart des pays, il reste nécessaire de développer la volonté politique afin d'assurer la disponibilité du MgSO<sub>4</sub> et la transposition des directives cliniques internationales dans la pratique clinique locale. Dans les zones à forte densité démographique et à taux de mortalité maternelle élevé, des projets de démonstration permettent d'informer les communautés, les prestataires et les responsables politiques sur l'utilisation du MgSO<sub>4</sub> comme facteur de réduction de la mortalité et morbidité.
3. Conduire plus d'études sur les obstacles à l'adoption du MgSO<sub>4</sub> rencontrés au niveau communautaire. La présente revue n'a livré que très peu d'informations sur les efforts relatifs au MgSO<sub>4</sub> menés au niveau communautaire, ce qui révèle une lacune significative dans la recherche. Il est nécessaire de recueillir davantage de données probantes pour appréhender les obstacles à l'adoption du MgSO<sub>4</sub> rencontrés au niveau communautaire, ce qui suppose notamment de remédier à la méconnaissance de ce médicament et au diagnostic tardif des complications liées à la grossesse, tout particulièrement en ce qui concerne la PE/E.

**Produits de santé néonatale : Antibiotiques injectables, corticoïdes prénataux, chlorhexidine, appareils de réanimation néonatale**

Environ 3,1 millions de nouveau-nés décèdent chaque année avant leur premier anniversaire. Ces décès représentent 41 % du taux de mortalité des moins de cinq ans (Rajaratnam et coll., 2010). Le risque de décès le plus élevé se situe au cours du premier jour de vie, et les trois quarts des décès néonataux interviennent durant la première semaine (Bryce, Boschi-Pinto, Shibuya et Black, 2005 ; Kinney et coll., 2010 ; Lawn, Cousens et Zupan, 2005 ; Lawn, Ruban et Rubens, 2008 ; Seale, Mwaniki, Newton et Berkeley, 2009). Les pays en développement concentrent environ 99 % des décès néonataux

(Black et coll., 2010). Il existe pourtant des traitements et des médicaments qui, si leur utilisation était plus répandue, permettraient de prévenir une part importante de ces décès. La Commission a ainsi identifié quatre produits et dispositifs sous-utilisés spécifiquement destinés à l'amélioration de la santé néonatale : les antibiotiques injectables contre la septicémie néonatale, les corticostéroïdes prénataux pour la maturation pulmonaire fœtale, la chlorhexidine pour les soins du cordon ombilical et les appareils de réanimation pour la prise en charge de l'asphyxie à la naissance (UNCoLSC, 2012).

## Antibiotiques injectables



Le risque de décès néonatal en milieu hospitalier ou à domicile est élevé en cas d'infections graves, en partie du fait de l'administration tardive ou inadéquate des antibiotiques nécessaires. Les taux de mortalité associés à la septicémie sont compris entre 3 et 40 % pour la forme précoce (< 7 jours) et entre 2 et 20 % pour la forme tardive (> 5 jours). Des facteurs de comorbidité tels que le faible poids à la naissance ou le VIH peuvent précipiter le décès (UNCoLSC, 2012).

Les nouveau-nés atteints de septicémie présentent souvent des signes et des symptômes non spécifiques qui compliquent le diagnostic de la maladie, de sorte que le traitement (si tant est qu'il soit envisagé) est souvent administré trop tardivement. L'infection néonatale évolue très rapidement, ce qui explique l'urgence du diagnostic et du traitement.

### Présentation du produit

L'OMS préconise quatre antibiotiques injectables en traitement de la septicémie néonatale dans sa Liste des médicaments essentiels destinés à l'enfant : l'ampicilline ou la benzylpénicilline, la gentamicine et la ceftriaxone. L'OMS recommande un traitement par antibiotiques associant benzylpénicilline et gentamicine comme schéma thérapeutique de première intention pour le traitement de présomption des nouveau-nés présentant un risque d'infection bactérienne. Le traitement standard recommandé consiste en injections intramusculaires de 50 mg/kg de poids corporel d'ampicilline (ou d'une pénicilline comparable telle que la benzylpénicilline) toutes les six à huit heures (selon l'âge) plus 7,5 mg/kg de poids corporel de gentamicine (ou d'un aminoglycoside comparable), administrées en doses fractionnées (deux fois par jour) pendant au moins dix jours. Il importe de noter que la gentamicine et la benzylpénicilline ne doivent pas être mélangées dans une même seringue, ce qui implique d'administrer les injections séparément.

L'OMS recommande également la ceftriaxone administrée seule en tant que traitement de deuxième intention de la septicémie néonatale. Un essai clinique randomisé mené au Pakistan a démontré que la ceftriaxone présentait la même efficacité que la procaine benzylpénicilline et la gentamicine administrées en une dose unique quotidienne. La posologie recommandée pour la ceftriaxone est de 50 mg/kg en une prise quotidienne pour tous les nouveau-nés, excepté les sujets âgés de plus d'une semaine ou pesant plus de 2 kg. Chez ces nouveau-nés légèrement plus âgés et plus lourds, la dose est portée à 75 mg/kg en une prise quotidienne pendant dix jours.

Le coût moyen, selon le poids et la durée du traitement, est d'environ 0,13 \$ à 0,16 \$ par traitement pour la benzylpénicilline, 0,17 \$ à 2,03 \$ par traitement pour la gentamicine et 0,5 \$ à 0,9 \$ par traitement pour la ceftriaxone.

L'OMS ne recommande pas la procaine benzylpénicilline en traitement de première intention de la septicémie néonatale, excepté dans les contextes présentant une forte mortalité néonatale, sous réserve qu'elle soit administrée par des agents de santé formés en cas d'inaccessibilité des soins hospitaliers.

[Source : UNCoLSC, 2012 ; OMS, 2012]



L'examen des données probantes a permis d'identifier sept études liées à la création de la demande visant spécifiquement les antibiotiques injectables répondant aux critères d'inclusion, six d'entre elles ayant été publiées dans des revues à comité de lecture. Ces données provenaient d'Inde (1 article), du Bangladesh (1 article) et du Népal (3 articles). L'examen de la littérature a également permis d'identifier deux articles concernant la création de la demande de soins néonataux, y compris d'antibiotiques injectables, qui couvraient plusieurs pays.

### *Principaux moteurs sociaux et comportementaux*

Les lignes directrices actuelles de l'OMS recommandent que les antibiotiques injectables administrés dans le traitement de la septicémie néonatale soient administrés par des professionnels de santé expérimentés (OMS, 2012). Cependant, un certain nombre de barrières sociales et comportementales freinent le recours à ces produits par les prestataires expérimentés. Même dans les environnements de soins les plus sophistiqués, le diagnostic de la septicémie néonatale est toujours délicat (Qazi et Stoll, 2009 ; OMS, 2012). En conséquence, le traitement (si tant est qu'il soit envisagé) est souvent administré trop tardivement (Every Woman Every Child, 2012). Côté approvisionnement, les médicaments nécessaires au traitement de cette maladie sont souvent difficiles à se procurer et les ruptures de stock sont courantes. De plus, certaines structures sanitaires ne disposent pas de seringues pédiatriques, ce qui complique le dosage des antibiotiques pour les nouveau-nés (Every Woman Every Child, 2012).

Il existe également des obstacles d'ordre communautaire susceptibles de limiter l'utilisation des antibiotiques injectables comme traitement de la septicémie néonatale. Dans certains pays tels que l'Éthiopie, la faiblesse générale de la demande de soins de santé néonataux limite le recours aux services disponibles (Knippenburg et coll., 2005). L'accès limité aux médias, le faible nombre de messages pertinents et appropriés, le recours aux pratiques traditionnelles et les croyances fatalistes contribuent à limiter la demande de soins néonataux (Knippenburg et coll., 2005). Par exemple, au Népal, de puissants tabous culturels interdisent de faire sortir un nouveau-né du foyer familial. De plus, les soignants sont fréquemment hostiles à l'idée de pratiquer une injection sur un nouveau-né (Shrestha et coll., 2011). Une reconnaissance insuffisante de la septicémie, le retard des soignants à rechercher le traitement, le coût de ce traitement et le manque d'accès à des agents de santé convenablement formés à la prise en charge de cette maladie limitent l'adoption des antibiotiques injectables (Qazi et Stoll, 2008).

### *Stratégies de mise en œuvre et impact*

Le degré d'attention porté à la septicémie néonatale, que ce soit en termes d'approches ou de traitement, diffère selon les pays. Nombre de pays n'incluent pas les antibiotiques nécessaires au traitement de la septicémie néonatale dans leur liste de médicaments essentiels, et leurs politiques en matière de disponibilité et d'utilisation de ces médicaments aux différents niveaux du système de santé national sont inexistantes ou confuses. De même, peu de pays disposent

d'une stratégie couvrant le traitement et la prise en charge de la septicémie néonatale par des agents de santé non professionnels au niveau de la communauté, et les décideurs ne sont souvent pas parvenus à un consensus clair sur le traitement antibiotique optimal à cet échelon (Coffey et coll., 2012a ; Every Woman Every Child, 2012).

Les lignes directrices actuelles recommandent que le traitement de la septicémie néonatale soit prodigué par un agent de santé formé, ce qui est bien souvent difficile à appliquer dans les zones rurales et/ou défavorisées. Des interventions réalisées en Inde, au Bangladesh et au Népal ont testé le traitement de la septicémie néonatale par des agents de santé communautaires (ASC). Dans ces études, des ASC ont été formés à diagnostiquer et à traiter la septicémie néonatale au cours de leurs visites dans les foyers abritant des nouveau-nés. En Inde, des agents de santé de village (ASV) ont eu recours à la gentamicine en injection et au cotrimoxazole administré par voie orale pour traiter les suspicions de septicémie (Bang et coll., 2005). Au Bangladesh, des ASC ont traité des nouveau-nés dont la famille n'était pas en capacité de suivre à l'orientation proposée, mais consentait à un traitement à domicile par injections de pénicilline procaine et de gentamicine pendant 10 jours (Baqui et coll., 2009).

Au Népal, des femmes bénévoles en santé communautaire (VSCF) ont traité des nouveau-nés présentant un risque d'infection bactérienne grave par gentamicine en Uniject™ (Coffey et coll., 2012b). La majorité des agents de santé non professionnels savaient diagnostiquer correctement les cas de septicémie : dans une étude menée en Inde, 89 % des cas ont été signalés, tandis que, dans une étude portant sur le Bangladesh, 33 % des formes très graves de la maladie ont été détectées au plus tard le deuxième jour de vie et 67 % au plus tard le huitième jour (Baqui et coll., 2009). Les taux de létalité étaient plus faibles chez les nourrissons traités, 6,9 % contre 16,6 % (Bang et coll., 2005) et 4,4 % contre 28,5 % (Baqui et coll., 2009). Bien que ces quelques études aient démontré la faisabilité et l'efficacité de la prise en charge médicale communautaire de la septicémie néonatale, l'OMS préconise des travaux de recherche et des évaluations supplémentaires dans ce domaine.

Les principales stratégies de création de demande n'ont été présentées que dans le cadre des recommandations formulées par les auteurs de ces deux études. Bang et coll. (2005) ont montré que la mortalité liée à la septicémie néonatale dans le contexte communautaire de l'Inde rurale avait pu être réduite grâce au soutien actif apporté à cette approche par les leaders d'opinion et les décideurs nationaux. Bien que les membres de la communauté aient été initialement sceptiques quant à la capacité des ASV à traiter les nourrissons malades avec des antibiotiques injectables administrés à domicile, ils sont devenus des supporters ardents de l'intervention une fois sa réussite établie. Pour les zones rurales du Bangladesh, Baqui et coll. (2009) indiquent que la prise en charge à domicile des infections néonatales est subordonnée aux conditions minimales suivantes : un processus fort de surveillance et d'évaluation, un encadrement de soutien, un environnement politique propice et la prise de décisions politiques concernant



la mise en œuvre de la prise en charge à domicile. Cette étude a également établi qu'un effort d'éducation et de mobilisation communautaires était nécessaire pour assurer une sensibilisation et développer la demande de services.

Knippenberg et coll. (2005) ont examiné la littérature relative au développement à grande échelle des soins néonataux – ce qui comprenait de nombreuses interventions axées sur le traitement de la septicémie du nouveau-né et l'amélioration des soins néonataux. Les auteurs ont ainsi identifié les stratégies les plus fortement recommandées pour lever les obstacles à la demande freinant l'extension des soins du nouveau-né : conduire des recherches visant à appréhender les pratiques, les croyances, et les rôles et réseaux communautaires ; renforcer les compétences des ASC en place ; tisser des partenariats avec les leaders d'opinion communautaires et notamment les groupes de femmes ; développer des messages spécifiques et employer les canaux appropriés ; promouvoir la collaboration et l'implication des organisations non gouvernementales (ONG) ; renforcer les processus logistiques de la chaîne d'approvisionnement ; mettre en œuvre des systèmes de distribution communautaire ; et développer le marketing social de façon à favoriser l'éducation et l'engagement des communautés.

Dans les zones rurales du Népal, une étude basée sur une intervention participative sur l'issue des grossesses impliquant des groupes de femmes a permis de promouvoir la demande de soins à travers neuf groupes animés par des femmes, qui tenaient mensuellement des réunions d'éducation abordant les questions prénatales sous différents angles : jeux de cartes illustrées, fonds de santé, systèmes de civières, fabrication et distribution de trousse de naissance à domicile propres, et visites à domicile (Manandhar et coll., 2004). Ces groupes de femmes ont entraîné des changements dans les pratiques de soins à domicile et dans les comportements de recherche de soins répondant à la morbidité néonatale aussi bien que maternelle. Le seul obstacle à la mobilisation des groupes de femmes en faveur de l'extension de l'utilisation des antibiotiques injectables tenait au fait que les ASC n'auraient pas été en mesure de distribuer de tels médicaments en dehors du cadre de l'intervention sans l'implication et le soutien des décideurs.

### **Conclusion, lacunes et recommandations**

L'infection néonatale évolue rapidement, d'où le caractère d'urgence du diagnostic et du traitement de présomption. Cependant, un certain nombre de barrières sociales et comportementales freinent le recours aux antibiotiques injectables par les prestataires de soins de santé. Les recommandations pour lever chacun de ces grands obstacles sont présentées dans la colonne suivante.

1. Éduquer les communautés sur les signes de gravité chez le nouveau-né et sur l'importance du recours aux soins, notamment en ce qui concerne le traitement de la septicémie néonatale. La pauvreté, les facteurs culturels et l'accès limité aux médias, lesquels communiquent parfois des messages inappropriés ou inexacts, concourent au manque général de demande de soins néonataux.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin d'identifier les meilleures stratégies d'éducation des mères et des soignants sur la septicémie néonatale. Dans certains pays où les ASC sont habilités à traiter la septicémie néonatale, les études ont montré que les familles refusent fréquemment le traitement. Malgré le caractère limité de la recherche sur ce sujet, l'éducation et la mobilisation communautaires par l'intermédiaire des groupes de femmes apparaissent comme des approches possibles pour l'information des communautés et l'extension de l'utilisation des antibiotiques injectables. Il importe cependant que ces approches s'inscrivent dans un environnement favorable et bénéficient du soutien des décideurs.

2. Soutenir la recherche portant sur la prise en charge médicale communautaire de la septicémie néonatale par les agents de santé non professionnels dans divers pays. Peu de pays autorisent les agents de santé de village ou communautaires à traiter la septicémie néonatale. Quelques études font toutefois état d'agents de santé non professionnels ayant traité avec succès des cas suspects de septicémie du nouveau-né à l'aide d'antibiotiques injectables. Dans les zones rurales et les zones connaissant une pénurie de prestataires de soins de santé formés, le fait d'autoriser les ASC à administrer ce traitement pourrait favoriser l'adoption de ce médicament et réduire la mortalité néonatale de façon significative.
3. Aider les décideurs à parvenir à un consensus sur le traitement antibiotique optimal en fonction du contexte communautaire. Un consensus sur le traitement optimal permettrait d'enregistrer des progrès dans l'évaluation et le développement d'une stratégie communautaire.
4. Garantir un approvisionnement constant, adéquat et abordable. Le développement de l'utilisation des antibiotiques injectables dans le traitement de la septicémie néonatale présuppose la disponibilité de seringues de taille appropriée et de doses d'antibiotiques adaptées aux nouveau-nés. Les études ont révélé que certains problèmes rencontrés côté approvisionnement, comme le fait que les structures sanitaires disposent uniquement de seringues pour adultes ne permettant pas un dosage correct pour les nourrissons, son susceptibles de freiner considérablement l'utilisation à grande échelle de ce type de produit. Certaines études ont également montré que l'orientation vers la clinique est souvent refusée ou laissée sans suite par la famille en raison du coût du traitement et de l'incapacité à y faire face. L'approvisionnement en produits adéquats et abordables est une condition primordiale du développement à grande échelle de l'utilisation d'antibiotiques injectables pour traiter la septicémie néonatale.

## Corticoïdes prénataux



La naissance avant terme est le problème de santé qui représente la plus forte charge parmi les maladies et traumatismes mentionnés dans le rapport du projet Charge mondiale de morbidité (OMS, 2012). Plus d'un million de bébés meurent chaque année de complications liées à leur prématurité, le plus fréquemment d'un syndrome de détresse respiratoire (SDR) dû à une immaturité pulmonaire. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité infantile après la pneumonie (Black et coll., 2010). En corollaire à cette forte mortalité, la morbidité sévère qui frappe les bébés survivants se traduit chez des millions d'entre eux par des incapacités à long terme laissant place à des maladies chroniques chez l'adulte, d'où un stress financier et émotionnel pour les familles, les communautés et la société, et par conséquent un frein potentiel à la croissance économique mondiale (OMS, 2012).

Une injection de CSA peut être administrée aux femmes présentant un risque d'accouchement prématuré afin d'accélérer la maturité pulmonaire du fœtus. Les interventions axées sur la disponibilité et l'utilisation systématique d'injections de CSA pourraient sauver plus de 400 000 vies par an si elles étaient mises en œuvre dans les pays à plus forte charge de morbidité (March of Dimes, PMNCH, Save the Children et OMS, 2012). Les études ont démontré que l'injection de CSA administrée aux femmes présentant un risque d'accouchement prématuré est la procédure la plus efficace pour réduire le risque de SDR chez les bébés nés avant terme. Il s'agit d'une norme de soins dans la plupart des pays à revenu élevé, où elle a permis de réduire la mortalité néonatale de 31 % et les cas de SDR modéré/aigu de 45 %. Malheureusement, dans les pays à revenu moyen ou faible et à forte charge de morbidité, la couverture des CSA n'excède pas 10 % (Lawn et coll., 2008).

### *Présentation du produit*

La bétaméthasone et la dexaméthasone sont deux corticostéroïdes utilisés pour améliorer le développement du poumon chez les bébés prématurés. Ces deux produits s'administrent par injection intramusculaire. Le bénéfice apporté en termes de santé pulmonaire du nouveau-né est plus important lorsque la première dose est injectée au moins 24 heures avant la naissance.

Ces deux médicaments sont depuis longtemps largement utilisés et connus pour leur grande efficacité et leur administration sûre. Afin de pouvoir émettre des recommandations définitives quant au choix de l'un de ces stéroïdes et de mesurer de façon fiable le risque de retombées plus rares, il serait nécessaire d'entreprendre un essai ou une série d'essais à très grande échelle, dont le coût serait, dans les deux cas, prohibitif. Quoi qu'il en soit, les données probantes actuellement disponibles plaident en faveur de l'utilisation de l'un ou l'autre produit pour sauver des vies dans des conditions sûres. L'un des avantages liés à l'utilisation de la bétaméthasone est que celle-ci ne requiert que deux injections, au lieu de quatre dans le cas de la dexaméthasone, ce qui peut présenter un grand intérêt aux niveaux inférieurs du système de santé. En revanche, la bétaméthasone injectable est moins couramment disponible et plus coûteuse. Le prix de gros moyen du traitement complet s'établit à environ 40 \$ dans les pays développés. La dexaméthasone injectable est largement disponible à bas prix auprès de nombreux fabricants de médicaments génériques. Le prix moyen calculé à l'échelle d'une bonne dizaine de fournisseurs indiens est de 0,51 \$ par traitement.

En dépit de l'abondance et de la haute qualité des données probantes concernant l'utilisation des CSA dans l'indication de maturation pulmonaire fœtale, seules l'Argentine, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont homologué ces produits pour une telle indication. Dans d'autres pays, l'utilisation des CSA aux fins de maturation pulmonaire fœtale s'effectue techniquement hors indication, tout en étant considérée comme une norme de soins par les ministères de la Santé aussi bien que par les sociétés d'obstétrique.

[Source : Every Woman Every Child, 2012]

L'examen des données probantes a permis d'identifier six documents liés à la création de la demande de corticostéroïdes prénataux répondant aux critères d'inclusion, cinq d'entre eux ayant été publiés dans des revues à comité d'évaluation. Étant donné le peu de littérature disponible, deux études menées dans des pays développés ont été retenues dans le cadre de cet examen. Les données probantes provenaient d'Amérique latine (1 étude multipays), d'Afrique (2 études menées au Cameroun), des États-Unis (1 étude) et du Royaume-Uni (1 étude), ainsi que d'un document issu des actes d'une conférence. Cette revue n'a identifié aucune étude provenant de pays pionniers.

### Principaux moteurs sociaux et comportementaux

Abstraction faite de certains obstacles non comportementaux bien connus, tels que le manque d'approvisionnement, l'indisponibilité ou l'inadéquation des financements et l'absence de promotion des interventions à l'échelon gouvernemental, les études montrent que la sensibilisation des prestataires aux CSA et leur connaissance de ces médicaments constituaient des facteurs déterminants pour leur utilisation. Au Cameroun, une étude axée sur les agents de santé a établi que seuls 29 % (95/328) de ces derniers avaient connaissance des CSA et que seulement 10,2 % (33/328) d'entre eux les avaient déjà utilisés. Barriers to awareness cited by these providers included: manque de formation continue ; manque de formation formelle adéquate (en particulier, les programmes de formation ne mettent pas l'accent sur l'utilisation de soins basés sur des données probantes) ; manque d'accès aux ressources éducatives (par exemple, journaux, bulletins ou bases de données) ; manque d'habitudes d'autoformation (en termes de culture de la lecture aussi bien que de mise à jour des connaissances) ; manque d'exposition aux interventions basées sur des données probantes ; et lenteur de la diffusion des nouvelles interventions (Tita et coll., 2005).

Une autre étude menée au Cameroun (Tita et coll., 2006) a cherché à identifier les facteurs déterminant les variations de sensibilisation et de pratique relatives aux interventions obstétricales basées sur les données probantes. Les résultats indiquent une corrélation entre la sensibilisation aux CSA et une augmentation de facteur 15 de leur utilisation. Deux autres facteurs étaient associés à un accroissement de la sensibilisation, mais pas de la pratique : une formation en obstétrique/gynécologie et une expérience professionnelle de 5 à 15 années. L'accès aux informations *via* Internet était uniquement corrélé à une augmentation de la pratique. Dans l'analyse des données brutes, la participation à des événements de formation sur la santé reproductive, l'accès à la Bibliothèque de Santé Génésique (BSG) de l'OMS et une expérience professionnelle dans une caisse d'assurance maladie autonome militaire ou nationale apparaissaient comme autant de facteurs associés à une sensibilisation accrue aux soins obstétricaux basés sur les données probantes. Bien que tous ces facteurs ne répondent pas aux critères de significativité statistique, les auteurs soulignent qu'ils constituent des indicateurs de variations potentiellement importantes – d'au moins 50 % – de la sensibilisation ou de la pratique.

En Amérique latine, les CSA connaissent une utilisation plus fréquente, même s'il existe des variations importantes d'un pays à un autre. Selon les résultats d'une étude régionale multipays (Aleman et coll. 2013), la proportion de prestataires qui administraient des CSA aux femmes présentant une menace de travail prématuré variait de 70 % au Mexique à 97 % en Équateur. Au Mexique, les prestataires étaient moins susceptibles d'administrer les CSA aux femmes enceintes présentant des complications (telles que diabète, hypertension ou toute forme d'infection). En Équateur, l'étude fait mention d'une administration plus fréquente des CSA dans les cas de grossesse multiple, de rupture prématurée des membranes avant terme ou d'hémorragies au cours de la deuxième moitié de la grossesse. Des antécédents de travail prématuré ou une pré-éclampsie sans menace de travail prématuré sont cités parmi les indications des CSA par plus de 50 % des soignants professionnels de tous les pays.

Cependant, plus de 25 % des prestataires salvadoriens et équatoriens et plus de 50 % des prestataires mexicains n'administraient pas les CSA à une femme enceinte bien portante à 27 semaines de gestation hospitalisée pour une menace de travail prématuré. Par contre, la quasi-totalité des prestataires uruguayens administrerait les CSA dans la même situation. Près des deux tiers des prestataires salvadoriens, équatoriens et uruguayens ne donneraient pas de CSA supplémentaires à une femme présentant ce tableau clinique après sa sortie de l'hôpital. En revanche, dans le cas d'une femme réhospitalisée avec une menace de travail prématuré, près de 40 % des prestataires de tous les pays administreraient une dose supplémentaire de CSA. Les obstacles à l'adoption et à l'utilisation des CSA relevés dans l'étude sur l'Amérique latine étaient au nombre de deux : la disponibilité des CSA (de 7,5 % à 32 %) et les craintes ou les doutes des prestataires à l'égard des effets secondaires (de 9 % à 33 %) (Aleman et coll., 2013). Des résultats similaires ont été observés pour les questions relatives à la diffusion d'informations erronées concernant l'utilisation correcte des CSA. Les autres obstacles cités comprenaient les barrières d'ordre économique et les informations erronées dont disposaient les femmes au sujet de l'utilisation correcte des CSA. Nombre de prestataires limitaient l'utilisation des CSA à certaines conditions obstétricales bien précises, sans toutefois s'appuyer sur la littérature pour justifier leur décision.

Chan, Kean et Marlow (2006) ont démontré que les médecins et les infirmiers du service de soins néonataux d'un hôpital du Royaume-Uni étaient sensiblement plus enclins que les obstétriciens ou les sages-femmes à recommander ce traitement à des stades de gestion antérieurs à 26 semaines :

- à 21 semaines : 32 % contre 0 % (p = 0,003)
- à 22 semaines : 32 % contre 0 % (p = 0,003)
- à 23 semaines : 80 % contre 17 % (p = 0,00)
- à 24 semaines : 100 % contre 82 % (p = 0,01)
- à 25 semaines : 100 % contre 85 % (p = 0,01)

En dépit de la recommandation de démarrer le traitement par CSA entre la 24<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine de gestation dans toute la mesure du possible, il n'existait pas de consensus généralisé entre les praticiens, en particulier chez les sages-femmes,

quant à l'administration de corticostéroïdes à 24 semaines de gestation. Le personnel de soins néonataux était beaucoup plus enclin que celui des soins obstétriques à prescrire l'administration de corticostéroïdes à un stade gestationnel très précoce. Les obstétriciens étaient moins enclins à administrer des corticostéroïdes dès lors qu'ils étaient pessimistes relativement à la survie de l'enfant. L'étude concluait en considérant que les décisions prises par les professionnels de santé au sujet des interventions étaient largement déterminées par leurs connaissances et leurs attitudes.

### Stratégies de mise en œuvre et impact

Une étude conduite aux États-Unis a évalué les stratégies de diffusion destinées à accroître l'utilisation appropriée des CSA pour la maturation fœtale (Leviton et coll., 1999). Les chercheurs ont réparti de manière aléatoire 27 établissements de soins en deux groupes, dont l'un a continué de bénéficier du mode de diffusion usuel pour les recommandations de pratiques cliniques, tandis que l'autre s'est vu appliquer ce même mode de diffusion usuel associé à un effort ciblé de diffusion active, incluant un programme d'éducation d'une année mené dans chaque établissement par des médecins et des infirmiers influents (et associé à des visites de patients, à des aides-mémoire, à des discussions en groupe sur des cas cliniques, ainsi qu'à un dispositif de surveillance et de feedback). L'effort de diffusion ciblé a considérablement augmenté la probabilité d'utilisation des CSA (OR = 1,63), l'utilisation des corticostéroïdes ayant augmenté de 108 % suite à la diffusion active contre 75 % seulement dans les établissements associés au mode de diffusion usuel. Cette augmentation variait cependant d'un hôpital à un autre, et ne s'expliquait pas par l'effet du traitement. Certaines caractéristiques de la patiente, telles que l'âge gestationnel et l'existence d'une rupture prématurée des membranes, étaient corrélées à l'utilisation des CSA dans les deux environnements.

McClure et coll. (2011), rapportant les conclusions de la conférence de 2011 sur le programme intégré de santé maternelle et néonatale (PISMI), ont souligné qu'en ce qui concerne les systèmes de santé, le recrutement et/ou la formation d'accoucheuses expérimentées capables d'identifier les femmes à risque d'accouchement prématuré, sachant quand et comment utiliser les CSA, et aptes à orienter les mères vers des services de soins plus spécialisés, constituent un préalable indispensable pour assurer l'utilisation à grande échelle de ces médicaments. Leur recommandation était de fonder le développement de l'utilisation des CSA sur la formation des prestataires et la maintenance de la chaîne d'approvisionnement. Les études présentées à cette conférence ont également identifié un certain nombre de problèmes cruciaux au sein des communautés dans lesquelles la majorité des naissances et des soins néonataux ont lieu à domicile ; par exemple, comment impliquer les mères qui souhaitent accoucher à domicile et leurs soignants dans la reconnaissance des signes précoces de travail prématuré, et comment encourager les familles à rechercher des soins auprès de structures hospitalières délivrant des CSA et des soins néonataux. Les auteurs indiquaient en conclusion que l'inclusion de la communauté était importante dans la réussite de la plupart des stratégies visant à résoudre les problèmes de naissances prématurées.

### Conclusions, lacunes et recommandations

De même que pour les antibiotiques injectables, le champ de la recherche sur la création de demande de CSA est extrêmement limité. Plusieurs recommandations provisoires pour surmonter les obstacles identifiés, élaborées à partir de la littérature disponible sont néanmoins présentées ci-après.

1. Mieux informer les prestataires de soins sur les CSA. Les études disponibles montrent que la sensibilisation aux CSA et la connaissance de ces produits influent de manière déterminante sur leur utilisation par les prestataires. Les obstacles à la sensibilisation aux CSA cités par les prestataires incluaient : manque de formation continue, manque de formation formelle adéquate, manque d'accès aux ressources éducatives, manque d'habitudes d'autoformation, manque d'exposition aux interventions basées sur des données probantes et lenteur de la diffusion des nouvelles interventions (Tita et coll., 2005). Les chercheurs ont établi une corrélation entre la sensibilisation aux CSA et une augmentation de facteur 15 de leur utilisation (Tita et coll., 2006).

Une étude suggérait de recourir à des visites de patients conduites par un médecin et à des conférences hebdomadaires, complétées par des séminaires et des actions de formation continue en milieu hospitalier, en vue de développer l'utilisation des CSA (Tita et coll., 2005). Une autre étude a également fait état d'une utilisation accrue des CSA consécutive à un effort ciblé de diffusion active mené par des pairs influents et associé à des visites de patients, à des aides-mémoire et à des discussions en groupe sur des cas cliniques, ainsi qu'à un dispositif de surveillance et de feedback (Leviton et coll., 1999).

2. Former des accoucheuses expérimentées et impliquer les communautés dans l'identification des signes précoces de travail prématuré et dans l'orientation vers les structures hospitalières. En ce qui concerne les systèmes de santé, le recrutement et/ou la formation d'accoucheuses expérimentées capables d'identifier les femmes à risque d'accouchement prématuré, sachant quand et comment utiliser les CSA, et aptes à orienter les mères vers des services de soins plus spécialisés, constituent un préalable indispensable pour assurer l'utilisation à grande échelle de ces médicaments (McClure et coll., 2011).

La conférence PISMI de 2011 a identifié un certain nombre de problèmes cruciaux au sein des communautés dans lesquelles la majorité des naissances et des soins néonataux ont lieu à domicile, et établi que l'inclusion des communautés jouera un rôle important dans la réussite de la plupart des stratégies axées sur la prise en charge des naissances prématurées (McClure et coll., 2011). Des recherches supplémentaires sont cependant nécessaires pour mieux comprendre comment impliquer efficacement les communautés dans l'identification des signes précoces de travail prématuré et dans la recherche de soins auprès de structures hospitalières aptes à administrer les CSA pour favoriser le développement pulmonaire fœtal.



## Chlorhexidine



L'infection sévère est l'une des trois premières causes mondiales de mortalité néonatale, responsable chaque année d'environ 13 % des décès de nouveau-nés. Dans les contextes de faibles ressources et de mortalité élevée, les infections sont la cause de plus de la moitié des décès de nouveau-nés (Chlorhexidine TRT, n.d.). Un cordon ombilical qui vient d'être coupé peut constituer un point d'entrée pour les bactéries, d'où un risque d'infection du cordon et de septicémie pouvant mettre en danger la vie du nourrisson. Des techniques de soins du cordon à risques peuvent ainsi conduire à une maladie qui aurait pu être évitée et à une mort néonatale due au tétanos ou à d'autres infections. De plus, la préférence des prestataires pour les soins du cordon sec se traduit par une prise en charge insuffisante du risque de septicémie néonatale (Chlorhexidine TRT, n.d.).

L'examen des données probantes a permis d'identifier 16 documents liés à la création de la demande de chlorhexidine et/ou de soins néonataux du cordon et répondant aux critères d'inclusion. Ces données provenaient d'Asie et d'Afrique.

### *Principaux moteurs sociaux et comportementaux*

Au niveau individuel, les pratiques traditionnelles de soins du cordon et le manque d'accès aux connaissances sur les nouvelles interventions, telles que le recours à la chlorhexidine, constituent les deux principaux obstacles à la santé néonatale ainsi qu'à l'utilisation à grande échelle de ce produit. Au Bangladesh et au Népal, les études ont révélé que plusieurs pratiques traditionnelles de soins du cordon sont effectuées dans de mauvaises conditions de salubrité. Au Bangladesh, plus de la moitié des familles observées ont appliqué des substances sur le moignon ombilical une fois coupé, notamment du curcuma et du bore en poudre (soit respectivement, 83 % et 53 % des familles). D'autres substances telles que l'huile de moutarde, la cendre, le Dettol, l'huile de noix de coco, l'onguent Nebanol, le gingembre et le riz mâché ont également été couramment utilisées (Alam et coll., 2008).

En outre, la recherche a révélé que près de 40 % des nouveau-nés ont été baignés le jour de leur naissance et que les soins du moignon ombilical comprenaient le bain, le massage de la peau à l'huile de moutarde et le massage chaud du moignon ombilical (Alam et coll., 2008). Des pratiques traditionnelles de soins du cordon similaires ont été observées au Népal. L'application d'huile de moutarde chaude mélangée à d'autres substances sur le moignon ombilical à peine le cordon coupé et durant la première semaine après la naissance constituait une pratique extrêmement courante au sein des différentes castes étudiées (Nepal Family Health Program, 2007).

Les études réalisées en Afrique ont montré que les mères ont prodigué la plupart des soins du cordon et de la peau. En revanche, les soins du cordon sec étaient rares. Au Nigeria, les soins bénéfiques du cordon sont principalement conditionnés par le niveau d'éducation des mères (Abullimhen-lyoha et Ibadin, 2012 ; Opara et coll., 2012). Lors d'une étude au cours de laquelle les personnes interrogées ont accouché au sein d'une structure sanitaire et bénéficié de soins prénataux (SAN) et de conseils sur les soins du cordon, 95,3 % d'entre elles ont nettoyé le moignon ombilical avec de l'alcool dénaturé, dont 32,4 % y ont ajouté d'autres substances (Opara et coll., 2012).

Parmi celles-ci se trouvaient des antiseptiques, des liquides, des huiles, des poudres, des cendres et des préparations aux plantes. D'autres pratiques ont un impact potentiel sur l'utilisation de chlorhexidine, notamment concernant le moment où le moignon ombilical tombe. En Tanzanie, les mères et leurs bébés restent chez eux jusqu'à la chute du cordon, afin de prévenir tout acte de sorcellerie sur le nouveau-né (Mrisho et coll., 2008). En Ouganda, les soins du cordon sec se heurtent aux croyances liées à l'utilisation de plantes locales (Byaruhanga et coll., 2011). En Zambie et ailleurs, le temps de détachement du cordon était une préoccupation presque universelle (Herlihy et coll., 2013). De la même façon au Bangladesh, parmi les soignants, le temps de détachement du cordon ombilical constituait un sujet de préoccupation, voire d'inquiétude si ce délai dépassait une semaine.

### **Présentation du produit**

Le digluconate de chlorhexidine, qui entre dans la composition de nombreux produits finis à base de chlorhexidine, est immédiatement disponible sur tous les continents, à moindre coût. Les matières premières contenues dans le produit fini destiné aux soins du moignon de cordon ombilical (chlorhexidine sans alcool à 4 % ou digluconate de chlorhexidine à 7,1 %) coûtent environ 0,23 \$ par enfant. La chlorhexidine ne comporte aucun risque de toxicité, de mauvaise utilisation potentielle et ne requiert pas de conditions de stockage particulières.

Le digluconate de chlorhexidine est un antiseptique couramment utilisé, peu coûteux et efficace contre les principaux agents infectieux néonataux. Depuis son introduction dans les années 1950, il est régulièrement utilisé comme antiseptique chirurgical et de détail. En outre, il fait l'objet d'études attentives pour mesurer sa sécurité et son efficacité. Les recommandations de l'OMS en matière de soins du cordon ombilical (1998) indiquent que la recherche dans les pays développés a démontré que par rapport à l'absence de traitement, l'application d'un antimicrobien local sur le moignon du cordon réduit la colonisation par des bactéries nuisibles dans les pouponnières d'hôpitaux. Toutefois, son effet sur la réduction des infections est moins évident. En outre, ces mêmes recommandations précisent que les preuves ne sont pas suffisantes pour généraliser l'usage d'antimicrobiens locaux sur le moignon du cordon et que leur utilisation dépend en grande partie de la conjoncture locale.

Les recommandations divergent selon le lieu de naissance et le contexte environnemental. En milieu hospitalier, l'usage d'un antimicrobien local est recommandé si les nouveau-nés sont gardés en pouponnière ou en unité de soins intensifs, mais pas lorsqu'un système de soins quotidiens à domicile est mis en place et que la mère est la principale personne à dispenser les soins. Pour l'usage à domicile, la propreté des soins du cordon suffit et l'application d'un antiseptique n'est pas nécessaire. Toutefois, dans des zones sujettes à un risque de tétanos néonatal élevé ou à la prédominance de pratiques dangereuses, telles que l'application de bouse de vache sur le moignon, un antimicrobien local peut être recommandé pour remplacer la substance nocive. L'antimicrobien en question doit être à large spectre d'action contre les bactéries, abordable, culturellement acceptable (un antiseptique coloré est souvent privilégié) et disponible. Si d'autres pratiques dangereuses sont répandues, elles doivent être combattues ou remplacées par des solutions plus sûres. Par exemple, s'il est d'usage de bander le moignon du cordon, il peut être recommandé d'utiliser de la gaze propre.

Depuis 2007, les membres du groupe de travail sur la chlorhexidine (Chlorhexidine Working Group) plaident en faveur de la révision des directives en matière de soins du cordon, afin d'y inclure davantage d'antiseptiques locaux efficaces comme la chlorhexidine. En septembre 2012, l'OMS a convoqué une consultation d'experts pour examiner les données concernant les soins postnataux. Les participants à cette réunion consultative ont examiné les données probantes sur les soins du cordon par la chlorhexidine et effectué les recommandations suivantes à l'OMS : l'application quotidienne de digluconate de chlorhexidine à 7,1 % sur le moignon de cordon ombilical immédiatement et pendant la première semaine de vie est recommandée dans le cas d'accouchement à domicile, dans les contextes où le taux de mortalité néonatale est élevé (supérieur à 30 ‰ des enfants nés vivants). Bien que le digluconate de chlorhexidine à 7,1 % (qui libère 4 % de chlorhexidine) pour les soins du cordon ombilical figure sur la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels destinés à l'enfant datant de juillet 2013, les recommandations de 1998 en matière de soins du cordon n'ont toujours pas été actualisées. L'OMS devrait prochainement publier une mise à jour de ses recommandations sur les soins du cordon ombilical.

De récents essais contrôlés randomisés au niveau communautaire menés au Népal, au Pakistan et au Bangladesh ont permis de démontrer que l'application de digluconate de chlorhexidine à 7,1 % (qui libère 4 % de chlorhexidine sans alcool) sur le cordon ombilical peut sauver des vies (ICDDR, 2012 ; Mullany et coll., 2006 ; Soofi et coll., 2012). Dans ces pays, les données recueillies auprès de plus de 54 000 nouveau-nés ont mis en évidence une réduction de 23 % de la mortalité néonatale (sans compter les décès survenant dans les premières heures de vie) et une réduction de 68 % des infections sévères, au sein des groupes d'intervention utilisant de la chlorhexidine. Il s'agit de certains des effets les plus importants observés au cours d'interventions néonatales (UNCoLSC, 2012). On estime que la chlorhexidine permettrait de réduire le risque de mortalité néonatale de près de 18 %, soit plus de 500 000 nouveau-nés épargnés (Hodgins, Pradhan, Khanal, Upreti et KC, 2013 ; UNCoLSC, 2012).

L'examen de la littérature a montré que ce sont les mères qui ont prodigué la plupart des soins du cordon et de la peau, au cours de la période néonatale. Toutefois, on constate que certains facteurs liés à la famille ou aux pairs et à la communauté influencent les pratiques de soins du cordon, notamment le manque d'appui social à l'utilisation de chlorhexidine. Une étude menée au Nigeria a révélé l'influence prépondérante des infirmiers en matière de soins du cordon (51,3 %), suivie par celle de la grand-mère maternelle (32 %), puis de la grand-mère paternelle (5,8 %) (Abullimhen-lyoha et Ibadin, 2012). En Ouganda, les grands-mères jouent un rôle déterminant dans le choix des pratiques de soins du cordon, notamment auprès des jeunes mères. D'autres membres de la famille et de la communauté tels que les sœurs, les enfants plus âgés et le voisinage participent également aux soins néonataux. Le réseau familial constitue une source essentielle d'information concernant les soins du cordon (Ayiasi et coll., 2013). Deux études menées au Bangladesh ont montré que les mères, grands-mères et autres soignantes féminines considéraient les pratiques traditionnelles, telles que l'application d'huile de moutarde sur le cordon, comme indispensables à la protection du nouveau-né contre le froid et les problèmes sanitaires qui en découlent (Alam et coll., 2008 ; Winch et coll., 2005).

Au niveau social, les rapports de force liés au genre au sein des familles ainsi que le manque d'accès au produit constituent les principaux obstacles. Les mères n'ont souvent pas été en mesure de prendre les décisions relatives à la recherche de soins et de traitement, ce qui a constitué un facteur déterminant potentiellement important à prendre en compte. Au Bangladesh, en Inde et au Népal, la majorité des accouchements surviennent à domicile, souvent assistés par des accoucheuses peu ou pas expérimentées qui méconnaissent la chlorhexidine et n'en disposent pas. En général, dans ces pays, la chlorhexidine n'est pas fournie dans les trousseaux d'accouchement destinés à l'accouchement à domicile.

Les obstacles, tels que le coût élevé, le manque d'accès au médicament, de conseils clairs et d'engagement de la part des médecins, étaient également présents au niveau du système de santé. Une étude menée en zone rurale au Bangladesh a permis d'évaluer la volonté de 1 717 couples à payer pour trois types de produits antiseptiques locaux (liquide à dose unique, liquide multidose et préparation en gel) contenant de la chlorhexidine à 4 % et susceptibles de prévenir les infections du cordon ombilical chez le nouveau-né (RTM International, 2009). La majorité des personnes interrogées ne souhaitent payer le prix prédéterminé pour aucun de ces produits, mais toutes étaient d'accord pour payer une certaine somme pour celui

qui avait leur préférence. La plupart d'entre elles étaient prêtes à emprunter de l'argent pour assumer les coûts plus élevés, afin de prévenir l'infection néonatale. Ceci indique une forte motivation parmi ces utilisateurs potentiels.

Selon l'étude, le prix unitaire de la chlorhexidine liquide à 4 % multidose compris entre 15 taka et 25 taka (0,21 \$ à 0,35 \$) serait abordable pour les principales populations visées dans les zones rurales du Bangladesh (ICDDR, 2012). À ce prix, le produit pourrait occuper une place importante sur le marché. Une étude de marché conduite dans ce même pays a montré que les pharmaciens étaient intéressés par la distribution de chlorhexidine, à condition qu'elle soit préconisée par des médecins (RTM International, 2009).

La chlorhexidine étant une nouvelle intervention, les sources de distribution ne sont pas encore établies et elle doit encore faire ses preuves sur le marché avant d'approvisionner les stocks de manière régulière. Dans les zones rurales du Bangladesh, l'efficacité de la chlorhexidine alliée à la volonté des couples de payer pour cette intervention indique qu'il pourrait s'agir d'un produit intéressant à développer et distribuer à travers le pays, pour les sociétés pharmaceutiques. L'enjeu est particulièrement stratégique dans des pays tels que le Bangladesh, l'Inde et le Népal, où la majorité des accouchements surviennent à domicile et sont souvent assistés par des accoucheuses peu ou pas expérimentées. Dans de tels cas, les mères, les membres de la famille et les accoucheuses doivent être en mesure d'acheter de la chlorhexidine sans prescription ou approbation médicale.

En général, on a pu constater que les SAN et les prestataires de soins expérimentés jouaient un rôle limité dans la formation aux soins du cordon ou, plus globalement, du nouveau-né. La qualité des SAN, notamment l'éducation sanitaire et plus particulièrement l'éducation aux soins néonataux, a constitué l'un des principaux obstacles aux soins bénéfiques du cordon (Ayiasi et coll., 2013). En Égypte, seule la moitié des mères ont reçu des conseils en matière de soins néonataux au cours des visites de SAN. Parmi celles-ci, seule la moitié ont reçu des conseils spécifiques en matière de soins du cordon (Darmstadt et coll., 2008). Étant donné la forte proportion d'accouchements à domicile, notamment en zone rurale, les systèmes de santé doivent être en mesure de collaborer avec les accoucheuses traditionnelles, et le souhaiter, afin d'améliorer les soins du cordon et autres pratiques de soins essentiels néonataux (SENN). L'absence de liens constatée entre les prestataires de soins et les communautés témoigne de la nécessité pour eux, de collaborer au développement de stratégies d'amélioration des soins et des résultats (Moyer et coll., 2012). En Ouganda, les communautés et les prestataires de soins ont considéré que les pratiques de soins néonataux recommandées étaient acceptables. Cependant, des obstacles tels que le fait que les femmes enceintes, lorsqu'elles ne se sentaient pas malades, ne comprenaient pas l'intérêt de se rendre fréquemment et dès le début de leur grossesse à des visites de SAN, le coût des médicaments et du matériel de soins, l'absence de

soins postnataux et le rejet des soins du cordon sec par les prestataires de soins et les parents, ont souvent entravé le recours aux pratiques de soins néonataux recommandées (Waiswa et coll., 2008).

Les conseils et la formation sur l'utilisation de la chlorhexidine font globalement défaut. En réalité, les plus récentes recommandations de l'OMS publiées en 1998 portent sur les soins du cordon sec, sauf dans des conditions insalubres où les antiseptiques tels que la chlorhexidine sont recommandés. À partir de cette recommandation, on ne peut attendre des agents de santé qu'ils utilisent correctement la chlorhexidine, estimation confirmée par l'étude de marché menée au Bangladesh (RTM International, 2009). Outre la nécessité d'actualiser les directives nationales et internationales, les recommandations mondiales sont insuffisantes pour influencer des prestataires de soins et des soignants. La recherche au Bangladesh a souligné la faible connaissance des recommandations de l'OMS par les prestataires de soins.

La formulation de la chlorhexidine doit également être envisagée avant la distribution du produit à grande échelle. Les résultats de deux études conduites au Népal indiquent que la chlorhexidine sous forme de liquide, de gel ou de lotion était plus acceptable pour les utilisateurs (ICDDR, 2012 ; Nepal Family Health Program, 2007). Les résultats d'un essai randomisé en hôpital sur la chlorhexidine sous forme de gel et de solution indiquent une satisfaction et une conformité élevées pour ces deux produits. En outre, la formule en gel n'a pas été moins utilisée que la formule liquide (ICDDR, 2012). Au Népal, les chercheurs ont constaté que la lotion était le type de formulation de chlorhexidine privilégié pour les applications sur moignon de cordon récemment coupé. En effet, elle est simple d'utilisation, s'étale facilement sur la peau et possède un bon pouvoir d'absorption. Elle est également à bonne température, ce que les personnes interrogées ont particulièrement apprécié pour leurs nouveau-nés (Nepal Family Health Program, 2007).

### **Stratégies de mise en œuvre et impact**

Les mères, les membres de la famille et les accoucheuses traditionnelles ont été les principaux publics visés par les interventions mentionnées dans les données des études. Une étude de recherche opérationnelle a exploré la façon de mettre à disposition, de façon évolutive et à bas coût, de la chlorhexidine pour soins néonataux dans les zones rurales du Bangladesh, en répondant aux problèmes de distribution, d'utilisation, de changement de comportement et de perception par la communauté (ICDDR, 2012). Au cours de la première étape de cette intervention, les agents de santé communautaires (ASC) se sont rendus à des réunions familiales ou communautaires et ont distribué gratuitement de la chlorhexidine, lors des visites de soins prénataux. Au cours de la deuxième étape, la chlorhexidine a été fabriquée au Bangladesh, préconisée par le biais de plusieurs canaux de communication tels que des réunions communautaires, des affiches, des dépliants, des autocollants et des chants populaires, puis fournie gratuitement dans les trousseaux d'accouchement. Les données sur le degré d'acceptation et de couverture de la chlorhexidine ont été collectées par le biais d'enquêtes, d'observations et d'entretiens. Au cours de l'intervention, le degré de couverture est passé de 0 % à 60 % en cinq mois, en grande partie grâce aux accoucheuses

traditionnelles. Pour surmonter les obstacles à l'utilisation, les auteurs préconisent la promotion de la chlorhexidine et sa mise à la disposition des communautés et des structures sanitaires. Les efforts promotionnels doivent cibler à la fois les utilisateurs de chlorhexidine et les personnes chargées d'encourager son utilisation. Le suivi et l'approvisionnement en chlorhexidine des distributeurs sont également nécessaires (ICDDR, 2012).

Dans le district népalais de Sarlahi, un essai randomisé par groupes a été mené auprès de 413 communautés (Mullany et coll., 2006). Chaque nourrisson s'est vu attribuer l'un des trois régimes de soins du cordon suivants : application de chlorhexidine à 4 %, nettoyage à l'eau et au savon ou soins du cordon sec. Cet essai sur le nettoyage du cordon s'inscrivait dans le cadre d'une étude sur les effets d'un nettoyage antiseptique complet du corps sur la mortalité néonatale. Ainsi, immédiatement après la naissance, les agents de santé locaux ont nettoyé le corps des nouveau-nés avec de la chlorhexidine à 0,25 % ou une solution placebo. Dans chaque groupe, les nouveau-nés ont suivi l'un des trois régimes de manière aléatoire. Au sein de chaque groupe, le cordon ombilical a été nettoyé à domicile par un agent non médical faisant partie du projet, du premier au quatrième jour, les sixième, huitième et dixième jours. Les principaux résultats de l'étude d'intervention sur le nettoyage du cordon ont révélé une incidence sur l'omphalite et la mortalité néonatale (Mullany et coll., 2006).

Dans le groupe traité avec de la chlorhexidine, la fréquence de l'omphalite a diminué de manière significative. En effet, les cas d'omphalite sévère ont diminué de 75 % par rapport aux groupes prodiguant des soins du cordon sec. La mortalité néonatale était 24 % plus faible dans le groupe traité avec de la chlorhexidine. Dans ce même groupe, chez les nourrissons traités dans les premières 24 heures de vie, la mortalité a été réduite de 34 % (Mullany et coll., 2006). En raison des similarités culturelles, sociales et économiques, les auteurs postulent que ces résultats pourraient s'appliquer à d'autres régions du pays ainsi que dans le nord de l'Inde, au Pakistan et dans le nord-ouest du Bangladesh (Mullany et coll., 2006). Ainsi, les bons résultats en matière de sécurité, le bas coût et la facilité de mise en place font du nettoyage du cordon à la chlorhexidine à 4 % une intervention idéale. Les mères, les accoucheuses traditionnelles et d'autres personnes ayant suivi une courte formation susceptible d'aider à l'accouchement en milieu défavorisé pourraient mettre cette intervention en pratique. Les auteurs émettent des propositions pour augmenter l'usage de la chlorhexidine en milieu défavorisé. Ils suggèrent notamment d'inclure des antiseptiques locaux dans les trousseaux d'accouchement à l'intention des accoucheuses et soignants expérimentés et d'intégrer cette intervention à des efforts globaux de sensibilisation communautaire pour améliorer les soins néonataux (Mullany et coll., 2006).

Des résultats similaires ont été observés au Pakistan, lors d'un essai randomisé par groupes selon un plan factoriel deux à deux, dans la ville de Dadu, située dans une zone rurale de la province de Sindh (Soofi et coll., 2012). Dans cette étude, les enfants nés vivants ont été aléatoirement placés dans quatre groupes différents. Dans le groupe A, les accoucheuses traditionnelles ont fourni aux familles une trousse de naissance de nettoyage contenant une solution de chlorhexidine à 4 % ainsi qu'un pain de savon. Après avoir coupé le cordon, elles ont appliqué la chlorhexidine et enseigné cette méthode aux



mères et aux soignants. Elles leur ont conseillé d'appliquer la solution une fois par jour pendant 14 jours et les ont encouragés à se laver les mains à l'eau et au savon avant de prodiguer les soins au nouveau-né. Dans le groupe B, les familles ont reçu une trousse de naissance contenant un pain de savon, mais pas de chlorhexidine. On a conseillé aux soignants d'appliquer les soins du cordon sec classiques après s'être lavé les mains, à l'instar du groupe A. Dans le groupe C, les familles ont reçu une trousse de naissance contenant une solution de chlorhexidine à 4 %, mais pas de savon. Les accoucheuses traditionnelles ont d'abord appliqué la chlorhexidine, puis elles ont conseillé aux soignants d'appliquer la solution pendant 14 jours. En revanche, elles n'ont pas abordé le fait de se laver les mains. Les familles du groupe D (groupe contrôle) ont reçu une trousse de naissance classique, sans solution de chlorhexidine ni savon. On leur a préconisé de pratiquer des soins du cordon sec. Ce groupe n'a reçu aucune formation aux techniques de lavage des mains (Soofi et coll., 2012).

Les résultats ont montré que l'application de chlorhexidine sur le cordon ombilical permettait de réduire le risque d'omphalite et de mortalité néonatale dans les zones rurales du Pakistan. Sur 9 741 nouveau-nés mis au monde avec l'intervention d'une accoucheuse traditionnelle, on a observé des données probantes de réduction de la mortalité néonatale chez les sujets ayant été nettoyés à la chlorhexidine (RR = 0,62 [IC à 95 % 0,45–0,85] ; p = 0,003). En revanche, la promotion du lavage des mains n'a démontré aucune incidence sur la mortalité néonatale (RR = 1,08 [IC à 95 % 0,79–1,48] ; p = 0,62) (Soofi et coll., 2012).

En raison des similarités culturelles, sociales et économiques, les auteurs estiment que ces résultats pourraient s'appliquer dans toute l'Asie du Sud (Soofi et coll., 2012). Pour développer l'utilisation à grande échelle de la chlorhexidine, ils suggèrent de l'inclure dans les trousse de naissance destinées aux communautés et aux structures publiques. Ils recommandent également d'évaluer l'efficacité de cette approche dans le cadre de programmes à grande échelle et de mettre cette intervention à la disposition des femmes agents de santé (LHW) au Pakistan (Soofi et coll., 2012).

### Conclusions, lacunes et recommandations

La décision d'appliquer un antimicrobien local sur le moignon du cordon dépend des circonstances locales (OMS, 1998). Toutefois, les études portant sur l'utilisation communautaire de la chlorhexidine pour les soins néonataux du cordon n'ont été conduites que dans quatre pays : le Népal, le Bangladesh, le Pakistan et l'Inde. Ces résultats ne reflètent donc pas la réalité d'autres pays et contextes. Il est important de souligner que les stratégies de changement de comportement les plus efficaces sont celles qui respectent la culture locale. Ainsi, les observations effectuées au Bangladesh, au Népal ou en Inde peuvent ne pas s'appliquer ailleurs. Chaque pays devra identifier les stratégies qui, selon le contexte culturel, lui semblent les plus pertinentes pour accroître l'utilisation de chlorhexidine, dans le respect des directives reconnues sur le plan international. Pour y parvenir, les auteurs émettent les propositions suivantes :

1. Étudier les croyances et les pratiques locales en matière de soins du cordon au niveau communautaire, notamment dans les pays où le risque de tétanos néonatal est élevé. À l'heure de planifier des activités de création de la demande de chlorhexidine, il convient de s'appuyer sur les informations disponibles concernant l'absence potentielle de perception des risques liés aux pratiques dangereuses.

En général, l'application d'un antiseptique local retarde la séparation du cordon. C'est pourquoi, dans les situations où les soignants s'inquiètent lorsque celui-ci tarde à se détacher, il convient de les informer de cette éventualité lors de la promotion de l'usage de la chlorhexidine (Alam et coll., 2008).

2. Concevoir et mettre en place des tests pilotes sur les programmes de création de la demande dans différents contextes, notamment dans les pays où le risque de tétanos néonatal est élevé. Mener des activités d'information, d'éducation et de communication à l'adresse des familles et des accoucheuses traditionnelles basées sur les résultats de la recherche. Les pratiques bénéfiques de soins du cordon doivent être encouragées, les pratiques neutres conservées telles quelles et les pratiques dangereuses remplacées par des solutions plus sûres, acceptables pour la communauté. Par exemple, dans les communautés où il est d'usage d'appliquer de la bouse de vache sur le moignon du cordon, on peut recommander l'utilisation d'un antimicrobien en remplacement. Les mères, les membres de la famille, les accoucheuses traditionnelles et tous les soignants potentiels doivent être ciblés en priorité par les programmes de création de la demande destinés à augmenter l'usage de la chlorhexidine.
3. Envisager l'intégration de la chlorhexidine dans les programmes et les services prénataux et néonataux existants. Par exemple, inclure de la chlorhexidine dans les trousse de naissance peut s'avérer utile pour prévenir la mortalité néonatale là où elle est élevée (Soofi et coll., 2012).
4. Permettre aux personnes appropriées de disposer d'un stock permanent d'une forme de chlorhexidine acceptable. Selon les résultats de la recherche, il convient de garantir aux personnes amenées à manipuler la chlorhexidine (les mères, accoucheuses traditionnelles et autres soignants) un approvisionnement régulier du produit dans toutes les situations où il est nécessaire. En outre, la prise en compte de la formulation est essentielle pour augmenter l'utilisation en fonction des circonstances. La recherche limitée montre que les mères et autres soignants préfèrent la forme en gel ou en lotion. En parallèle, une étude de marché doit être effectuée auprès des fournisseurs publics et privés, afin d'identifier les obstacles et solutions envisageables pour favoriser un approvisionnement régulier, à un prix raisonnable. Pour que l'acquisition des produits ne soit pas trop lourde à assumer pour les ménages, le prix unitaire doit être soigneusement étudié par toutes les parties prenantes côté approvisionnement.

## Appareils de réanimation néonatale



À l'échelle mondiale, près d'un quart des décès néonataux sont dus à une asphyxie à la naissance (OMS, 2012). Une grande partie de ces décès pourrait être évitée grâce à une réanimation néonatale efficace. Avec un ballon (ou insufflateur manuel ou BAVU) et un masque de ventilation néonatale, du matériel d'aspiration et un mannequin d'entraînement, la réanimation du nouveau-né peut s'avérer efficace dans des situations qui auraient abouti à un décès, soit environ 30 % des bébés nés à terme et 5 % à 10 % des naissances prématurées (Every Woman Every Child, 2012).

Toutefois, dans la plupart des milieux défavorisés, l'équipement de base n'est pas disponible. Dans le cadre des efforts visant à réduire la mortalité néonatale, il est indispensable de garantir un accès universel à la réanimation néonatale. Toutefois, d'importants défis restent à relever. En 2012, l'OMS a publié des directives sur la réanimation néonatale de base, afin de fournir des recommandations applicables en milieu défavorisé. Dans ces directives, chaque recommandation est définie comme forte ou faible, selon la disponibilité et les implications des données probantes existantes.

L'examen des données probantes a permis d'identifier quatre documents publiés dans des revues à comité de lecture relatifs aux attitudes, connaissances, compétences et pratiques des prestataires de soins en matière de réanimation néonatale. Les données proviennent de quatre pays (dont deux pays pionniers) : le Sénégal, le Pakistan, le Kenya et le Malawi.

Malheureusement, il s'est avéré difficile d'identifier les articles faisant état de la création de la demande, tant par le public que par les prestataires de soins. Dans les structures sanitaires, les accoucheuses expérimentées (médecins, infirmiers et sages-femmes) ainsi que les agents de santé expérimentés présents dans les blocs opératoires, les salles d'urgences, de post-partum, les pouponnières et les unités spéciales de soins néonataux

sont les principaux publics visés pour la création de demande d'appareils de réanimation néonatale. Au niveau communautaire, les comités associant communautés et structures sanitaires, comme c'est le cas dans certains pays comme le Sénégal, peuvent représenter une importante cible pour la création de demande. Les gouvernements encourageant les naissances dans des structures sanitaires, ces comités peuvent jouer un rôle particulièrement important en apportant leur soutien aux structures périphériques. Les autres publics visés peuvent être des agents de santé communautaires expérimentés, tels que des sages-femmes ou des auxiliaires de puériculture communautaires.

### *Moteurs sociaux et comportementaux*

Au Malawi, une étude qualitative a été menée pour déterminer les facteurs favorables et défavorables rencontrés par les prestataires de soins obstétricaux dans un hôpital situé en centre-ville, par rapport à la formation et la prestation de réanimation néonatale (Bream, Gennaro, Kafulafula, Mbweza et Hehir, 2005). Les chercheurs ont dégagé quatre axes principaux : (1) les infirmiers/sages-femmes étaient très expérimentés et confiants dans leur aptitude à traiter des problèmes graves d'asphyxie néonatale ; (2) le manque de ressources, notamment de protocoles, était particulièrement frustrant ; (3) la forte conviction que les infirmiers/sages-femmes étaient capables d'instituer et d'assurer des programmes de réanimation néonatale de base ; (4) l'assurance que des solutions à court et long terme pouvaient être mises en place.

**Présentation du produit**

Les directives de l'OMS décrivaient trois produits clés destinés aux milieux défavorisés, notamment les appareils de réanimation néonatale suivants :

- **Masque et ballon (ou insufflateur manuel ou BAVU) de ventilation.** Les masques de ventilation néonatale pour réanimateurs existent généralement en deux tailles, pour s'adapter aux nouveau-nés de poids faible et normal. La soupape est un élément important de la sécurité. Elle est conçue pour limiter la pression insufflée au nouveau-né et ainsi prévenir tout dommage pulmonaire. En outre, d'autres caractéristiques simplifient encore l'utilisation, notamment des parties striées qui facilitent le montage et le démontage mains mouillées, et les parties signalées par un code couleur qui permettent de distinguer les différents composants. Un ballon de réanimation (dont le volume est généralement de 240 ml ou 500 ml) spécifiquement conçu pour libérer des volumes courants (volume d'air entre l'inspiration et l'expiration normale) adaptés au nouveau-né permet de diminuer les erreurs d'utilisation et de simplifier la formation. Le prix varie de 8 \$ à plus de 100 \$.
- **Le matériel d'aspiration néonatal** sert à libérer les voies aériennes du nouveau-né, afin de l'aider à respirer. Les directives de l'OMS recommandent l'utilisation d'une source mécanique de pression négative (une pompe à vide à commande au pied ou électrique) ou à défaut, d'une poire à succion. Une pompe d'aspiration à vide est composée de tubes stériles à usage unique jetables reliés à un appareil d'aspiration à basse pression. Il n'existe aucune norme industrielle de référence pour le matériel d'aspiration néonatale. Les poires à succion manuelles doivent respecter les caractéristiques de conception suivantes : (a) être destinées à l'aspiration du mucus et du liquide amniotique chez le nouveau-né, (b) permettre l'aspiration par le nez ou la bouche, (c) être simples d'utilisation, (d) durables et réutilisables, (e) abordables et (f) faciles à nettoyer et désinfecter. Le prix varie de 2 \$ à 10 \$ chacune.
- Un **mannequin d'entraînement** représente un modèle de bébé sur lequel on peut visualiser les différents signes d'une ventilation efficace, tel que le soulèvement du thorax. Bien qu'il ne soit pas indispensable à la réanimation d'un bébé, il constitue l'un des éléments stratégiques des programmes, puisqu'il permet aux agents de santé de s'entraîner avant de pratiquer l'intervention en conditions réelles. En outre, il est utile au suivi de l'entraînement et lors des visites d'encadrement destinées à améliorer la qualité des soins, notamment dans les centres où la rareté des naissances, et donc des cas de réanimation, engendre une perte des compétences. Le prix varie de 50 \$ à 1 500 \$.

Bien que le rapport du commissaire de l'ONU (UNCoLSC, 2012) ne mentionne que trois produits (le réanimateur, le matériel d'aspiration et le mannequin d'entraînement), il préconise également des éléments supplémentaires pour les pays où ils sont accessibles, notamment des stéthoscopes infantiles et des thermomètres médicaux sans mercure. D'autres réflexions abordent également l'importance de maintenir la température du nouveau-né, sur laquelle tous les programmes de formation aux soins essentiels néonataux et à la réanimation de base mettent l'accent. Le cas échéant, la présence d'un équipement de réchauffement sur le lieu de réanimation est nécessaire. Un tel dispositif peut se présenter sous la forme d'une table équipée de lampes ou de résistances chauffantes fabriquée localement jusqu'à une couveuse manufacturée. Le coût supplémentaire entraîné par ces éléments justifie leur absence de la liste des produits d'urgence recommandés par l'ONU. Toutefois, ils doivent être préconisés au cours des soins essentiels néonataux.

[Source : OMS, 2012]

Bien que les résultats ne concernent qu'un seul hôpital, ils reflètent le manque global de protocoles et de formation, de dilemmes éthiques concernant les « soins futiles » et de détermination des nouveau-nés qui ne devraient pas être réanimés. Les prestataires de soins ont indiqué qu'ils ne se sentaient pas capables de lancer la procédure sur les bébés susceptibles de ne pas répondre ou qui nécessiteraient plus de cinq minutes de réanimation. Les infirmiers/sages-femmes n'étaient pas certains de la durée de la réanimation, craignaient de ne pas savoir à quel moment arrêter la réanimation et d'être accusés de l'avoir arrêtée trop tôt. Ils ont souvent dû décider de soigner

soit l'enfant, soit la mère, soit une autre mère ou un autre enfant, ce qui les a souvent poussés à accorder la priorité à la mère. Les sages-femmes ont exprimé leur frustration à devoir ainsi hiérarchiser les besoins et se sont accordées sur l'utilité de développer des normes et protocoles déontologiques communautaires. Cette absence de protocoles clairs est considérée comme un obstacle majeur à l'harmonisation des gestes de réanimation. Malgré l'application des directives publiées en matière de réanimation néonatale par les anesthésistes au bloc opératoire, celles-ci ne sont pas encore adoptées en salle de travail.

Au Kenya, le développement de conseils et de protocoles en matière de réanimation néonatale a également été défini comme une priorité (Opiyo et coll., 2008). L'étude a mis en évidence que de telles recommandations doivent être développées par un groupe interdisciplinaire et ne pas se cantonner à la seule salle de travail, dans la mesure où la réanimation néonatale peut aussi bien survenir en pouponnière, au service des urgences ou au bloc opératoire. En outre, elles doivent aborder cette intervention lors du transfert vers le service pédiatrique. La confusion qui régnait quant à l'identification des personnes responsables de la décision de réanimation néonatale a engendré des obstacles qui auraient pu être évités.

### *Stratégies de mise en œuvre et impact*

Au Kenya, Opiyo et coll. (2008) ont tenté de déterminer si une journée de formation à la réanimation néonatale pouvait influencer les pratiques de réanimation des agents de santé en hôpital public. La formation en question reposait sur la technique de réanimation ABC (acronyme anglais pour « Airway » [libération des voies aériennes], « Breathing » [ventilation artificielle] et « Circulation » [assurer la circulation du sang par un massage cardiaque externe]), définissant clairement la marche à suivre au cours des premières minutes de réanimation à la naissance. À cela s'ajoutaient des cours spécialisés dans la compréhension de l'approche moderne de la réanimation et des séances de mise en pratique à l'aide d'un mannequin, afin de développer des compétences en matière de libération des voies aériennes, d'utilisation du dispositif ballon-soupape-masque et de compressions thoraciques.

Afin de se préparer, les candidats se sont vus remettre un simple mode d'emploi deux semaines avant la formation. À l'issue de la journée, les compétences pratiques des participants ainsi que leur application en contexte médical ont été évaluées par le biais d'un questionnaire à choix multiple et d'un scénario formel. Le respect des étapes de réanimation initiale adéquates a été plus important chez les prestataires de soins formés que dans le groupe de contrôle (66 % contre 27 % ; RR = 2,45 [95 % IC 1,75–3,42] ;  $p = 0,001$ , corrigé pour l'agrégation des cas). En outre, on a constaté une réduction statistique significative de la fréquence des pratiques inadéquates et potentiellement dangereuses de réanimation dans le groupe formé (0,53 contre 0,92 ; soit une différence de 0,40 [95 % IC 0,13–0,66],  $p = 0,004$ ). Les participants ont manifesté le besoin d'une politique de formation continue et de renouvellement des compétences.

Au Pakistan, les médecins et infirmiers ont été invités à participer à des programmes de formation modulaires organisés par les autorités sanitaires locales (Zaem-ul-Haq et coll., 2009). Au cours de cette formation, on a enseigné aux participants les compétences nécessaires pour sauver des vies lors des « heures d'or » en situation d'urgence. La formation se composait d'une approche structurée (ABC) destinée à libérer les voies aériennes, utiliser la ventilation artificielle et assurer la circulation du sang par massage cardiaque externe, afin de sauver des vies, par le biais d'interventions manuelles

et pharmacologiques, de manière progressive et structurée. 90 % des personnes interrogées ( $n = 100$  : 81 médecins et 19 infirmiers) ont indiqué utiliser les compétences acquises et l'approche structurée ABC, lors de la prise en charge médicale des urgences. Le manque d'équipement et de soutien provenant de plus hauts niveaux a constitué un obstacle courant et 81 % des personnes interrogées ont déclaré que ces sessions de formation avaient abouti à une meilleure disponibilité et utilisation de l'approvisionnement dans leur structure. À l'issue de la formation, 88 % des participants ont tâché d'institutionnaliser les formations et discussions. Le lavage des mains a été la pratique la plus couramment mise en place, suivie de l'utilisation du ballon à soupape et du masque de réanimation, à la naissance du nouveau-né. Après la formation, les prestataires de soins néonataux se sont sentis plus aptes à suivre des procédures obstétriques et les obstétriciens ont manifesté une plus grande confiance en eux à l'heure de pratiquer une réanimation néonatale. Les résultats suggèrent qu'une formation basée sur les compétences pratiques devrait faire partie intégrante de toute formation continue médicale préalable ou sur le terrain.

Une étude effectuée dans trois régions du Sénégal (Ziguinchor, Louga et Thies) a été menée auprès de 69 structures sanitaires (hôpitaux régionaux et centres de santé) (Sylla et coll., 2012). Elle tendait à évaluer l'état et les conditions d'utilisation de l'équipement de base destiné aux soins néonataux, trois ans après leur distribution et la formation du personnel clé. L'étude a montré que les structures sanitaires étaient généralement dotées de ballons et masques de ventilation (60 sur 69).

Toutefois, plus de la moitié des centres de santé (20 sur 38) n'utilisaient pas ledit équipement, souvent car les équipes avaient changé et les nouveaux prestataires n'étaient pas formés à son utilisation. 85 % (59 sur 69) des structures sanitaires étaient équipées d'au moins un appareil d'aspiration, généralement adapté au nouveau-né (pression négative, 100 mmHg). Globalement, la maintenance du matériel était satisfaisante, puisque les bouteilles d'aspiration étaient le plus souvent propres. À l'instar des tubes d'aspiration, il y en avait toujours en stock. Toutefois, on a constaté des ruptures de stock dans certains centres de santé. Seuls 52 % (36 sur 69) des structures sanitaires disposaient de tables de réchauffement, dont 15 % n'étaient pas conformes aux spécifications initiales.

### *Conclusions, lacunes et recommandations*

Les résultats présentés ici sont limités et ne peuvent être généralisés, car le nombre d'études conduites sur les attitudes, connaissances et comportements des prestataires de soins de santé à l'égard de l'utilisation du matériel de réanimation néonatale est insuffisant. Aucun article étudiant les connaissances individuelles et communautaires sur la disponibilité de la réanimation néonatale n'a été retrouvé.. Aucune information n'était disponible sur les connaissances et les compétences des accoucheuses traditionnelles ou expérimentées en matière de réanimation néonatale. En revanche, les quatre études examinées ont mis en évidence

certains freins à l'utilisation de la réanimation néonatale. Les recommandations pour lever ces obstacles sont détaillées ci-dessous.

1. Adopter une approche pluridisciplinaire standard constamment réévaluée de la réanimation néonatale. Cette approche s'avère utile dans les environnements défavorisés. Les études indiquent que même après la formation initiale, la formation continue et le renouvellement permanent des compétences des prestataires de soins expérimentés ainsi que la formation des nouveaux prestataires de soins sont essentiels pour augmenter et pérenniser l'utilisation d'équipement de réanimation néonatale.
2. Développer des connaissances techniques à divers niveaux. Dans cette région, le développement des connaissances profiterait tant au personnel ministériel et administratif responsable de l'acquisition de l'équipement, à la définition de politiques, normes et directives, qu'à la mise en place de normes et réglementations liées à ces produits. De même, il serait très utile aux personnes chargées de mettre en place la réanimation néonatale dans le pays dans le cadre des soins essentiels néonataux et de la santé maternelle. Les distributeurs chargés d'acheter et vendre les produits, les équipes des structures sanitaires, notamment les responsables administratifs de l'acquisition, la réparation et le remplacement des équipements, ainsi que les auxiliaires de santé expérimentés soignant les nouveau-nés sur tous les sites font également partie du public visé. Ces derniers doivent également être capables d'assurer la maintenance quotidienne des appareils, notamment le démontage, la désinfection, le nettoyage, la stérilisation et le remontage, le cas échéant.
3. Élaborer des directives et protocoles locaux. Les protocoles permettent aux prestataires de soins de prendre des décisions vitales concernant les soins prodigués aux mères et aux enfants. Tous les services susceptibles de réanimer des nouveau-nés, notamment les salles de travail et d'accouchement, les blocs opératoires, les salles d'urgences et de soins pédiatriques devraient participer au développement de ces protocoles et directives. En outre, la transformation des protocoles et directives en outils de travail clairs et faciles à utiliser, tels que des cartes et affiches plastifiées, des SMS ou des vidéos courtes peut faire office de rappel et de matériel de référence aux prestataires de soins de santé.



**Produits de santé infantile :  
SRO, zinc et amoxicilline**



En 2011, la pneumonie a coûté la vie à près de 1,24 million d'enfants de moins de cinq ans, soit 18 % de la totalité de la mortalité infantile à travers le monde. Cette même année, bien que le nombre de décès dus à la diarrhée ait chuté à 760 000 chez les enfants de moins de cinq ans, les maladies diarrhéiques étaient encore responsables de près de 11 % de la mortalité infantile mondiale (ONU-IGME, 2012).

En traitement contre la diarrhée, l'OMS préconise des sels de réhydratation orale (SRO) et du zinc, très efficaces et abordables. Les SRO à faible osmolarité et le zinc permettent de prévenir la majorité des décès dus à la diarrhée et le traitement coûte moins de 0,5 \$. Les antibiotiques, notamment l'amoxicilline, permettent de prévenir la plupart des décès dus à la pneumonie et le traitement coûte entre 0,23 \$ et 0,63 \$ (UNICEF, n.d.). Malgré l'existence de ces traitements d'urgence simples, de nombreux enfants de pays en développement souffrant de diarrhée et de pneumonie n'y ont pas accès : seuls 38 % d'entre eux reçoivent des SRO, moins de 5 % du zinc et à peine 30 % de ceux atteints d'une pneumonie présumée bénéficient d'antibiotiques (Black et coll., 2010 ; UNICEF, 2011).

Des programmes pilotes et de recherche démontrent l'efficacité de certaines approches pour développer l'utilisation de traitements tels que l'amoxicilline et un nombre croissant de pays développent des programmes de gestion des cas à base communautaire intégrés. Toutefois, ceux-ci nécessitent un fort appui des systèmes pour toucher

la majorité des enfants nécessiteux. Une attention et un investissement supplémentaires dans des programmes complets et ambitieux permettraient d'améliorer de manière significative l'accès à ces produits simples et à faible risque. Améliorer l'accès aux SRO, au zinc et à l'amoxicilline ainsi que leur utilisation permettra d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 4 visant à réduire la mortalité infantile de deux tiers à l'horizon 2015 (Fisher Walker, Fontaine, Young et Black, 2009).

Les déterminants de la pneumonie et de la diarrhée sont souvent les mêmes ; pour les combattre, il existe des interventions et des traitements efficaces. Toutefois, les stratégies préventives et les plateformes de soins au sein des structures sanitaires, des familles, des communautés et des écoles ne sont pas toujours intégrées de manière optimale. Le Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea - GAPPD) fournit un cadre intégré d'interventions essentielles qui ont prouvé leur efficacité en matière de prévention et de traitement de la pneumonie et de la diarrhée infantiles (OMS et UNICEF, 2013). Le GAPPD rassemble des services et interventions stratégiques destinés à créer des environnements sains, promouvoir des pratiques visant à prévenir les maladies infantiles et garantir l'accès de tous les enfants aux mesures préventives et curatives éprouvées et adaptées (OMS et UNICEF, 2013).



## SRO et zinc



### Présentation du produit

Les SRO sont une solution orale de glucose et d'électrolytes visant à prévenir la déshydratation due à la diarrhée. Ils sont conditionnés en sachets de poudre aromatisée à diluer dans 200 ml, 500 ml ou 1 l de liquide. Les emballages hermétiques en aluminium sont à privilégier. Les SRO sont très abordables, puisqu'un sachet coûte entre 0,15 \$ et 0,25 \$.

La posologie est la suivante :

- Sans signes de déshydratation : 50 ml à 100 ml chez l'enfant de moins de 2 ans
- Jusqu'à l'arrêt de la diarrhée : 100 ml à 200 ml chez l'enfant âgé de 2 ans à 10 ans
- Signes de déshydratation : suivre la posologie des directives de l'OMS en matière de traitement antidiarrhéique ou multiplier le poids de l'enfant (en kg) par 75 ml pour obtenir la quantité de liquide nécessaire.

La diarrhée entraîne la baisse du taux de zinc dans le corps, mais la supplémentation en zinc permet de réduire la durée et la sévérité des épisodes diarrhéiques. Le zinc est disponible en comprimés sécables, dispersibles, de saveur masquée de 20 mg ou en solution orale concentrée de 10 mg pour 5 ml. Le zinc est très abordable, puisque le coût moyen de 10 comprimés est d'environ 0,5 \$.

La posologie recommandée est de 20 mg par jour pendant 10 jours (ou 10 mg par jour pendant 10 jours, pour les enfants de plus de 6 mois).

[Sources : Every Woman Every Child, 2013 ; USAID, UNICEF et OMS, 2005]

L'examen des données probantes a permis d'identifier 108 documents répondant aux critères d'inclusion, 42 d'entre eux ayant été soumis à un comité de lecture. Soixante-six documents concernent l'Afrique (12 pour le Kenya et 17 pour le Nigeria), 38 concernent l'Asie (18 pour l'Inde et 10 pour le Bangladesh), deux concernent l'Amérique latine et les Caraïbes, un concernait le Moyen-Orient et trois sont des études mondiales et régionales. Tous les pays pionniers ont été inclus dans la littérature : la RDC (1), l'Éthiopie (2), le Malawi (4), le Nigeria (17), le Sénégal (1), la Sierra Leone (3), la Tanzanie (5) et l'Ouganda (5).

### Principaux moteurs sociaux et comportementaux

Au niveau individuel, les prestataires de soins des secteurs public et privé de nombreux pays étaient souvent mal informés sur la diarrhée infantile et les traitements les plus efficaces, notamment le zinc et les SRO. Au Nigeria, les vendeurs de médicaments brevetés (VMB) privés étaient bien au fait des causes, signes et effets de la diarrhée, mais bien moins de la prévention de la diarrhée infantile (Aguwa, Aniebue et Obi, 2010 ; CHAI, 2011). Cette lacune est préjudiciable, étant donné que les soignants nigériens s'en remettent souvent aux conseils des vendeurs de

médicaments et des cliniques privées concernant le traitement antidiarrhéique. Dans la plupart des pays, les soignants sont mieux informés de l'action des SRO que du zinc (CHAI, 2012 ; Morris, Gilbert et Wilson, 2012 ; Mosites et coll., 2012a-f ; Shah et coll., 2012 ; Wilson, Morris et Gilbert, 2012a-e).

La diarrhée étant une affection peu redoutée, cela peut limiter l'utilisation de traitements adaptés. Au Nigeria, au Mali, en Ouganda et au Kenya, on a observé que la diarrhée pouvait être considérée comme commune et bénigne ; les soignants sont mal informés des risques qu'elle peut engendrer (CHAI, 2011 ; Ellis, Winch, Daou, Gilroy et Swedberg, 2006 ; Ipsos, 2012 ; Taffa et Chepngeno, 2005). Ainsi, la recherche de soins contre la diarrhée est retardée jusqu'à la survenue de symptômes sévères ou de risque vital.

Le sentiment d'inefficacité des SRO et du zinc peut également affecter la demande de produits, même lorsque la sensibilisation en la matière est bonne. Au Nigeria, les SRO peuvent être considérés comme faibles et inefficaces, certainement à cause des lacunes sur leur rôle. En effet, il s'agit d'un traitement préventif de la déshydratation plutôt que d'un traitement curatif visant à arrêter la diarrhée (CHAI, 2011). Les études menées au Mali et au Nigeria ont souligné que, même lorsque les soignants comprennent que les SRO viennent en remplacement des liquides, ils peuvent ressentir le besoin d'administrer des « médicaments » contre la diarrhée. Ils recherchent et utilisent alors des traitements supplémentaires, qu'ils pensent curatifs, tels que des antidiarrhéiques ou des antibiotiques (Ellis et coll., 2006 ; Uchendu, Ikefuna et Emodi, 2009). En Inde, au Cambodge et au Bénin, l'efficacité des SRO et/ou du zinc est également mal perçue et peut entraîner une double prescription de SRO et/ou de zinc avec des traitements inefficaces (Borapich et Warsh, 2010 ; FHI Solutions, 2011 ; Sanders et SHOPS Project, 2012 ; Shah et coll., 2012).

Lorsque les connaissances et le sentiment d'efficacité du produit ont été bien ancrés, les soignants se sont montrés compétents à l'heure de prescrire des traitements spécifiques. À titre d'exemple, dans le cadre d'une étude menée au Nigeria, l'observation des comportements des clients et des prestataires de soins a montré que 79 % des clients de VMB avaient demandé des médicaments spécifiques. En réponse, les VMB ont généralement vendu ledit médicament (Brieger, Osamor, Salami, Oladepo et Otusanya, 2004). En Ouganda, des comportements similaires ont été relevés parmi les professionnels de santé des secteurs public et privé (Sanders et SHOPS Project, 2012). Au Kenya, la recherche a montré que les fournisseurs reçoivent régulièrement des demandes de « vrais » médicaments ou de médicaments « occidentaux », souvent des antibiotiques (Blum, 2011 ; Ministère de la Santé publique du Kenya, 2010). Afin de conserver la fidélité de leurs clients dans un contexte concurrentiel, ces fournisseurs cèdent souvent à la pression de prescrire des traitements coûteux que les soignants pensent être

immédiatement efficaces contre les symptômes de la diarrhée. (CHAI, 2012).

Les documents analysés se sont peu intéressés à l'influence de la famille et des réseaux de pairs sur la demande en SRO et en zinc. Bien que les femmes puissent être socialement identifiées comme les prestataires de soins, dans certains cas, leur capacité à traiter la diarrhée dépend du fait que leur mari accepte ou non la recherche de soins et le coût du traitement. Par exemple, au Nigeria, les mères ont évoqué le fait que les hommes de la famille n'étaient pas bien informés sur les maladies infantiles, l'efficacité de leur prévention et de la recherche opportune de soins. Ainsi, leur capacité à rechercher des soins par elles-mêmes s'en est trouvée sérieusement restreinte (Bedford, 2012c).

Sur le plan social, divers facteurs favorables à la création de demande de SRO et de zinc ont été observés. C'est le cas notamment d'un environnement politique national et international favorable, de la fabrication des produits sur le territoire national et d'une gestion de projets reconnue (Morris et coll., 2012 ; Mosites et coll., 2012a-f ; Wilson et coll., 2012a-e). Toutefois, dans certains contextes, le rôle des facteurs sociaux est resté limité. Au Niger, par exemple, les croyances religieuses ont été des obstacles à la recherche de soins et ont accentué la nécessité de former et sensibiliser les responsables religieux, afin qu'ils encouragent le recours aux services médicaux et démentent les *a priori* négatifs (Bedford, 2012b).

Les difficultés liées à l'accès équitable aux produits et services influencent également la demande et l'utilisation des SRO et du zinc. Au Malawi, au Kenya, au Mali et en Ouganda, les études ont permis d'identifier plusieurs freins à l'accessibilité, notamment les coûts élevés, les longs trajets jusqu'aux structures sanitaires et la façon dont est perçue l'attitude des agents de santé. Cela souligne l'importance d'harmoniser les activités d'approvisionnement et de demande (Mbonye, 2003 ; Morris et coll., 2012 ; Opwora, Laving, Nyabola et Olenja, 2011 ; PSI Mali, 2009). Au Népal, la disponibilité des produits s'est avérée l'un des déterminants les plus fiables et valides pour l'utilisation du zinc (PSI Nepal, 2008).

Au Bangladesh, de nombreux soignants à la recherche de soins contre la diarrhée s'orientent vers les prestataires de soins du secteur privé (Larson, Koehlmoos et Sack, 2011). De la même façon, au Népal, le projet de désinfection de l'eau au point d'utilisation et traitement au zinc (Point-of-use Water Disinfection and Zinc Treatment - POUZN) a relevé que la plupart des soignants s'approvisionnaient en zinc à prix coûtant auprès du secteur privé, même si le produit est disponible gratuitement en clinique publique. Cela met en évidence l'importance des canaux du secteur privé pour la distribution de zinc dans le pays (Wang et MacDonald, 2009). Toutefois, au Nigeria, les SRO et le zinc peuvent être considérés comme non prioritaires par les fournisseurs, car la demande des clients de prestataires de soins du secteur privé et la rentabilité sont faibles (CHAI, 2011).

Les caractéristiques et le conditionnement du produit déterminent également la création de sa demande et son utilisation. En Éthiopie et au Malawi, la recherche formative a démontré que les agents de santé communautaires accordaient une grande importance au conditionnement et aux instructions visuelles, et que celle-ci pouvait déterminer l'administration de zinc et/ou de SRO (SC4CCM, 2013). La simplicité d'utilisation est également décisive. En effet, les soignants ont préféré les sirops, les comprimés dispersibles et les sachets, tandis que les comprimés sécables présentaient des risques de contamination et de mauvais dosage. Au Bangladesh, les soignants ont bien accepté les comprimés dispersibles de zinc et les ont correctement utilisés dans 98 % des cas (Nasrin, Larson, Sultana et Khan, 2005).

### *Stratégies de mise en œuvre et impact*

#### **Marketing social**

Le marketing social (MS) a été utilisé dans différents contextes afin de promouvoir l'utilisation des SRO et du zinc. Les programmes ont englobé les médias, les formations interpersonnelles et des prestataires de soins ainsi que l'image de marque, le prix et d'autres stratégies MS. Au Bénin, par exemple, un kit de traitement antidiarrhéique préconditionné de marque, contenant des SRO et du zinc, a été commercialisé par le biais des médias et autres canaux de communication (MacDonald, Banke et Rakotonirina, 2010). La part des soignants qui étaient en charge d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert de diarrhée au cours des deux semaines précédentes et qui leur ont administré des SRO ou une boisson adaptée préparée à domicile est passée de 30 % à 53 %. En dépit de la méconnaissance du produit lors de la conception du programme dans le pays, les traitements au zinc ont atteint 31 %. 88 % des soignants ayant administré du zinc ont déclaré qu'il s'agissait d'un traitement efficace et 94 % d'entre eux l'utiliseraient à nouveau (MacDonald et coll., 2010 ; PSI Benin, 2011).

En 2006, au Cambodge, seuls 21 % des enfants ont reçu des SRO ; le zinc n'était alors pas disponible. Un projet pilote visant à promouvoir et distribuer un kit de traitement antidiarrhéique, de la marque OraselKIT®, contenant des SRO et du zinc a été mis en place. Au total, 39 867 kits ont été vendus, soit le double de ce qui était prévu, ce qui a entraîné une rupture de stock. Une évaluation indépendante du projet a établi que les habitants des dix villages d'intervention ont obtenu de meilleurs résultats sur plusieurs indicateurs par rapport aux habitants des 17 villages sans intervention, notamment sur l'intérêt du produit (68 % contre 26 %), les connaissances sur le zinc (33 % contre 13 %) et la distribution des SRO (72 % contre 56 %) (Borapich et Warsh, 2010).

Au Malawi, une campagne de MS a amélioré le sentiment de disponibilité d'une marque commerciale de SRO. Les soignants d'enfants de moins de cinq ans conscients de la disponibilité des SRO étaient plus susceptibles d'en administrer que les autres. L'administration de SRO aux

enfants atteints de diarrhée est passée de 58,1 % en 2005, à 64,3 % en 2008. Bien que le programme n'ait pas été associé à l'utilisation de SRO, le sentiment de disponibilité et la bonne réputation de la marque suggèrent que les messages véhiculés sur les attributs du produit et l'endroit où se le procurer sont des éléments importants d'une campagne de communication (PSI Malawi, 2005, 2008).

Quelques études ont évalué l'utilisation et l'impact des réseaux sociaux sur la diffusion des connaissances, des attitudes ou des pratiques liées à la recherche de soins ou à l'utilisation des SRO et du zinc. Toutefois, au Burundi, les mères ont considéré les discussions interpersonnelles comme des canaux importants de diffusion des messages suite à une campagne de marketing social destinée aux femmes en âge de procréer. Ainsi, l'utilisation de SRO est passée de 20 % en 2006, à 30 % en 2007 (PSI Burundi, 2007).

#### **Médias**

Les médias ont constitué un élément clé de plusieurs initiatives visant à augmenter la demande de SRO et de zinc. Au Bangladesh, par exemple, premier pays à avoir lancé l'utilisation du zinc à l'échelle nationale pour traiter la diarrhée infantile, les médias ont constitué le principal canal de communication du projet de supplémentation en zinc du jeune enfant (Scaling Up Zinc for Young Children - SUZY). La campagne nationale a été relayée par la télévision, la radio, la presse, des articles, des panneaux d'affichage, des affiches, des fresques, des panneaux publicitaires sur les bus, entre autre matériel promotionnel (Mosites et coll., 2012a).

Les messages diffusés dans les médias ont été adaptés à la cible visée. Au Burundi, ils se sont axés sur l'efficacité du produit, sa disponibilité (où s'en procurer) et son accessibilité (prix) (PSI Burundi, 2007, 2010). Au Népal, il fallait que les soignants comprennent l'efficacité du zinc pour traiter la diarrhée et la dangerosité potentielle des traitements antidiarrhéiques inadaptés, soient informés des lieux d'approvisionnement et administrent un traitement adapté à base de SRO et de zinc pendant la durée préconisée (Wang et MacDonald, 2009).

Certaines études ont évalué l'effet des médias sur les résultats obtenus. Au Bénin, il est apparu que les médias ont été particulièrement efficaces pour sensibiliser les populations, notamment sur le zinc, souvent méconnu pour traiter la diarrhée (MacDonald et coll., 2010). Au Bangladesh, le projet SUZY, visant à améliorer la connaissance de la marque Baby Zinc chez les soignants d'enfants de moins de cinq ans, a permis d'augmenter la sensibilisation au produit. En effet, près de 95 % des mères d'enfants de moins de cinq ans en zone urbaine et semi-urbaine et 50 % en zone rurale étaient familiarisées avec le Baby Zinc et l'utilisation du zinc pour traiter la diarrhée. À l'issue de la campagne de promotion du zinc, des enquêtes écologiques ont démontré une meilleure sensibilisation des soignants au traitement de la diarrhée par le zinc, soit une augmentation de 5 % à 50 % en zone rurale et 90 % en zone urbaine hors bidonvilles (Larson, Saha et Nazrul, 2009).

Ailleurs, on a mesuré l'impact sur les comportements. À Madagascar, le lancement d'une campagne télévisée s'est accompagné d'un pic de vente du zinc (MacDonald et Banke, 2010). Au Bénin, une campagne dans les médias pour un produit combinant zinc et SRO, OraselZinc®, a révélé que les mères qui y avaient eu accès étaient beaucoup plus enclines à traiter la diarrhée avec ce produit (59,2 %) que les autres (11,7 %) (PSI Benin, 2011).

L'étude a démontré la corrélation de l'accès à la campagne avec l'âge et le niveau d'éducation des mères, la nécessité de pallier le manque d'accessibilité aux messages chez les mères d'enfants de moins de cinq ans pour faire évoluer le sentiment de disponibilité d'OraselZinc® et améliorer la connaissance des SRO comme traitement préventif et curatif efficace de la diarrhée. Les données relevées lors du projet SUZY au Bangladesh ont indiqué que l'utilisation du zinc est passée de quantité négligeable au début du projet, à 10 % en zone rurale et 25 % en zone urbaine hors bidonvilles (Larson et coll., 2009). Toutefois, l'utilisation réelle du zinc et des SRO était souvent en décalage avec l'amélioration des connaissances et de la sensibilisation (Akhter et Larson, 2010 ; Larson et coll., 2009, 2011).

#### **À base communautaire**

Dans de nombreux pays, la gestion des cas à base communautaire de diarrhée chez l'enfant de moins de cinq ans a été menée par les ASC, ce qui a permis d'accroître les connaissances et l'utilisation des SRO et du zinc, notamment en zone rurale, où l'accès aux services de santé publique est limité. Les programmes ont montré que le zinc s'intégrait facilement à la gestion de la diarrhée par les ASC ; dans les villages, les agents ayant reçu une formation minime ont été capables de transmettre efficacement les messages. Toutefois, la réussite dépendait de la qualité de l'encadrement et de l'intervention des ASC (Gupta, Rajendran, Mondal, Ghosh et Bhattacharya, 2007 ; Littrell, Moukam, Libite, Youmba et Baugh, 2012 ; PSI, n.d. ; Winch et coll., 2008). Le recours à des incitations non pécuniaires pourrait permettre de reconnaître et récompenser les efforts des ASC (Littrell et coll., 2012 ; PSI, n.d.).

Un projet pilote mené dans une zone rurale du Mali a montré que les ASC ont facilement pu intégrer la supplémentation en zinc dans leur gestion de la diarrhée infantile et ont rencontré peu de difficultés à la prescrire (Winch et coll., 2008). Le zinc a été très bien accueilli et les membres de la communauté ont apprécié le conditionnement, le goût des comprimés et les résultats observés chez leurs enfants. Bien que seuls 28 % des soignants dans les deux zones d'étude connaissaient le recours au zinc après l'intervention, 59 % de ceux vivant dans des villages où se trouvait un ASC savaient de quoi il s'agissait. Dans les villages où se trouvait un ASC, l'utilisation du zinc a atteint 66 %, contre à peine 5 % dans les autres. La part des enfants ayant reçu des SRO contre la diarrhée quatre mois après l'intervention est passée de 11 % à 18,3 %, tandis que celle des enfants ayant reçu des antibiotiques a chuté de 65 % à 47 % (Winch et coll., 2008).

En outre, au Mali, le zinc a fait l'objet d'une campagne de promotion au niveau de la communauté, lors des mariages, baptêmes et autres événements et réunions. Les membres de la communauté ont suggéré d'autres canaux pour promouvoir le zinc, notamment des pièces de théâtre, des représentations folkloriques, des interventions scolaires et des saynètes jouées par des étudiants (Winch et coll., 2008). À l'instar des représentations de théâtre de rue dans les bidonvilles indiens (Abt Associates, 2008), les manifestations communautaires au Burundi se sont avérées efficaces pour intensifier l'utilisation des SRO (Kassegne, Kays et Nzohabonayo, 2011 ; PSI Burundi, 2007).

Au Kenya et au Niger, les soignants ont exprimé le souhait d'étendre l'éducation sanitaire en groupes au sein de leur communauté. En effet, celle-ci fait souvent défaut ou n'est pas menée de manière efficace : pour le public visé, les messages apparaissent confus et difficiles à mémoriser (Bedford, 2012a, 2012b). Dans certains contextes, il peut être judicieux de séparer les hommes et les femmes pour garantir la participation, respecter les coutumes et transmettre un message adapté. Autrement, notamment dans les communautés musulmanes pratiquant le purdah, il est possible d'envisager l'éducation des femmes au porte-à-porte.

#### **Services de premier recours et distribution**

La promotion et l'éducation des prestataires de soins ont été menées dans plusieurs pays, soit par des interventions ponctuelles, soit dans le cadre de campagnes intégrées. Au Bangladesh et au Népal, l'éducation des prestataires s'est orientée vers les cliniciens (médecins, infirmiers, ASC) et les prestataires de soins non cliniciens du secteur privé, tels que les représentants pharmaceutiques (vendeurs, pharmaciens, etc.). La formation a été conduite par le biais de visites de sensibilisation, de formations en face à face et du développement et de la distribution de matériel éducatif et promotionnel (Khanal et coll., 2009 ; Larson et coll., 2011). Ce matériel diffuse un message concentré sur les caractéristiques biologiques des SRO et du zinc, leur utilisation appropriée, les produits disponibles chez les fabricants locaux, les politiques et programmes gouvernementaux, les avantages des SRO et du zinc, la sécurité du produit et les éventuels effets secondaires. Toutefois, il convient de mettre l'accent sur le fait que le zinc constitue un traitement efficace et essentiel de la diarrhée, plutôt qu'un simple supplément, et sur la nécessité de lutter contre les antidiarrhéiques inutiles.

Plusieurs interventions ont montré que la prescription des SRO et du zinc par les professionnels de santé était en hausse et celle des antibiotiques en baisse. Au Népal, par exemple, avant l'intervention au cours de laquelle des visites de promotion des SRO et du zinc et de lutte contre les antibiotiques ont été effectuées auprès des prescripteurs pendant deux mois, seuls cinq avaient prescrit des SRO, deux avaient prescrit du zinc et la totalité avait prescrit un antibiotique quelconque pour traiter la diarrhée. Après l'intervention, ils étaient huit à prescrire des SRO et du zinc et seulement deux à prescrire des antibiotiques (Khanal et



coll., 2009). Toutefois, à Madagascar, malgré la formation et la mise à disposition des produits, les prestataires publics comme privés ont continué de prescrire des antibiotiques à mauvais escient (MacDonald et Banke, 2010). En Inde, la comparaison de la prescription combinée de SRO et de zinc avec la seule prescription de SRO a montré que la première est apparue comme plus satisfaisante et en adéquation avec les attentes des soignants en matière de traitement antidiarrhéique (Bhandari et coll., 2008).

### **Partenariats public/privé**

En Ouganda, le franchisage social a permis de créer une marque commune et identifiable parmi les prestataires de soins du secteur privé, Five & Alive, afin d'améliorer l'accès, la qualité et la demande de services. Le réseau met en relation des cliniques privées et des magasins de médicaments acceptant de respecter un ensemble de normes opérationnelles en matière de qualité des soins et de prix des produits et services. Les prestataires franchisés achètent des traitements préconditionnés auprès de la PACE pour un prix variant de 0,04 \$ à 0,16 \$ et reçoivent une formation initiale sur la procédure standard de diagnostic des enfants, soutenus par des assistants pour identifier les maladies infantiles courantes. Après la formation initiale, la qualité des soins du réseau de prestataires est surveillée et continuellement améliorée grâce à des visites de contrôle et de soutien mensuelles. En outre, les équipes de santé de village volontaires communautaires permettent de resserrer les liens entre les soignants ciblés et le réseau de prestataires grâce à une éducation sanitaire, à la promotion du réseau de franchisés, à l'identification des cas et au recours à des points de vente franchisés (PACE Uganda et PSI, 2011). Aucun résultat d'évaluation de ce projet n'a été identifié dans la revue de la littérature.

Dans d'autres pays, les partenariats mis en place avec l'industrie pharmaceutique pour fabriquer, distribuer et promouvoir le zinc se sont révélés être des stratégies gagnantes. À titre d'exemple, le projet SUZY au Bangladesh a considéré les partenariats avec le secteur privé comme des stratégies décisives, grâce à la recherche formative qui a montré que plus de 90 % des visites de soins de santé concernant la diarrhée infantile se sont effectuées dans le secteur privé (Larson et coll., 2011). En Inde, les partenariats ont exploité les ressources et les canaux marketing existants du secteur privé pour promouvoir les produits, ce qui est apparu comme un moyen durable de garantir un prix concurrentiel et à long terme du zinc (USAID et AED, 2010). Toutefois, en Tanzanie, les producteurs locaux de SRO n'ont pas beaucoup œuvré pour stimuler la demande (Wilson et coll., 2012d).

D'autres partenariats se sont concentrés sur l'engagement, plutôt que sur l'exploitation des ressources. C'est le cas notamment d'un projet de promotion du zinc au Népal qui a coparrainé des programmes de formation médicale continue

visant à intégrer le zinc par le biais de nouveaux protocoles de traitement pour les médecins et autres professionnels médicaux, ou de l'assistance et de la formation technique sur les messages adaptés à la mise à disposition du produit et aux bonnes pratiques. Toutefois, l'efficacité a été mitigée, car des pratiques indésirables telles que la prescription d'antidiarrhéiques perduraient (Wang et MacDonald, 2009).

### **Conclusion, lacunes et recommandations**

Certains pays ont connu de grandes avancées en matière de programmes nationaux de sensibilisation. Au Bangladesh, des campagnes marketing multicanales organisées par le comité pour le développement rural du Bangladesh (Bangladesh Rural Advancement Committee - BRAC) et Population Services International (PSI), entre autres, ont touché un grand nombre de soignants, ce qui a provoqué un bond formidable et durable de l'utilisation des SRO. Le succès des campagnes s'explique notamment par un environnement politique national et international favorable, par une fabrication locale, une vente sans ordonnance, la continuité de la gestion du projet, la gestion par un champion institutionnel local reconnu et le recours à des campagnes de marketing social en lien avec le secteur privé. À cela s'ajoute la communication interpersonnelle intensive à l'intention des usagers (Morris et coll., 2012 ; Mosites et coll., 2012a-f ; Wilson et coll., 2012a-e).

Pourtant, l'examen de la littérature a souligné plusieurs lacunes, notamment dans la compréhension du passage de la prise de conscience aux actes vecteurs de changement durable des comportements, parmi les soignants et les prestataires, concernant l'utilisation de zinc et de SRO pour traiter la diarrhée infantile. Des recherches approfondies sont également nécessaires pour identifier les meilleures stratégies de communication et les messages de promotion de ce passage, parmi les soignants et les prestataires de soins.

Le rôle des réseaux sociaux, de l'influence des pairs et du soutien social n'a pas encore été assez exploré ou intégré aux programmes de création de la demande de SRO et de zinc, tant pour les soignants que les prestataires de soins. La valeur de tels réseaux s'articule dans la théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers, 2003), qui met en évidence le rôle des leaders d'opinion qui transmettent leur propre interprétation des messages diffusés dans les médias, par le biais des réseaux sociaux. L'identification et le recours à ces leaders d'opinion permettent aux programmes de changement de comportement de mieux comprendre le flux d'informations reçues, traitées et utilisées par les soignants et prestataires de soins pour passer à l'action.

La revue a également mis en évidence des thèmes à prendre en compte lors de la planification des activités de création de la demande à venir. Voici la liste des recommandations spécifiques visant à augmenter l'utilisation des SRO et du zinc pour traiter la diarrhée infantile :

### 1. Utiliser tous les canaux disponibles de création de la demande et envisager des activités complémentaires.

Le marketing social, les médias et la formation des prestataires ont été les canaux les plus courants pour intensifier la demande de SRO et de zinc. Les médias constituent un canal de sensibilisation aux SRO et au zinc qui permet d'encourager les essais et l'utilisation, mais qui s'avère peu efficace dans le changement durable de comportement (MacDonald et Banke, 2011). Ces efforts doivent s'accompagner d'approches interpersonnelles plus intensives et de recommandations aux prestataires, afin de changer les comportements (Larson et coll., 2011 ; Panisset et coll., 2012).

D'autres canaux potentiels de création de la demande sont restés inutilisés, notamment les technologies de l'information et de la communication (TIC) et les médias sociaux, pourtant efficaces en milieu défavorisé pour développer les connaissances dans d'autres domaines de santé, tels que le VIH, la santé reproductrice et la planification familiale. Les approches pair-à-pair pour développer les connaissances et améliorer la réaction face aux SRO et au zinc demeurent sous-utilisées. Par exemple, au Nigeria, les agents de santé mentionnent leurs collègues comme source principale d'information sur la supplémentation en zinc, suivie par la formation formelle (Omuemu, Ofuani et Kubeyinje, 2012). Au Nigeria, les leaders communautaires influents servent d'exemples (Bedford, 2012c), mais peu de recherches ont étudié l'utilisation et l'impact des réseaux sociaux sur la diffusion des connaissances, réactions et pratiques liées à la recherche de soins ou à l'utilisation des SRO et du zinc.

### 2. Évaluer les interventions et programmes de création de la demande.

L'examen a mis en évidence le manque de données probantes concrètes sur les méthodes à suivre pour favoriser l'utilisation des SRO et du zinc. Il est indispensable d'évaluer correctement les activités de création de la demande actuelle et future, afin de mesurer leur impact.

### 3. Utiliser une approche en deux étapes portant sur les connaissances et le comportement, le cas échéant.

En fonction du contexte du pays, une approche en deux étapes peut être nécessaire pour développer les connaissances et contribuer au changement de comportement. La première étape consiste à développer la sensibilisation et les connaissances en matière de traitement par SRO et zinc, pour passer rapidement à la seconde étape orientée vers le changement de comportement en lui-même.

### 4. Adapter les messages aux différents publics.

À l'instar de toute communication stratégique sur le changement de comportement, la segmentation du public et le développement de messages adaptés sont indispensables à l'augmentation de la demande

de SRO et de zinc. Toutefois, avant d'élaborer les messages adaptés à chaque groupe, il convient de bien saisir les principaux obstacles rencontrés par les soignants et les prestataires de soins.

Malgré les demandes répétées des pères et des autres hommes de la communauté, ainsi que des membres de la famille élargie comme les grands-parents, la communication sanitaire adaptée à ces publics, avec des messages plus directs, fait défaut (Bedford, 2012a, 2012b ; Ellis et coll., 2006). Une recherche plus approfondie permettrait de comprendre les perspectives des pères et des autres hommes de la communauté, afin de développer des messages adaptés prenant en compte l'influence de ces acteurs. La sensibilisation des hommes permettrait de façonner des modèles positifs et de faciliter leur engagement.

### 5. S'assurer que les messages destinés aux soignants visant à développer la sensibilisation et les connaissances des symptômes et des pratiques de recherche de soins et de traitement abordent les principaux obstacles ou problèmes comportementaux.

Par exemple, l'un des principaux défis comportementaux identifiés a été l'absence de participation des soignants à une formation de dix jours sur le traitement (Larson et coll., 2009 ; MacDonald et Banke, 2010 ; MacDonald et coll., 2010). Les messages ciblés doivent être diffusés dans les médias et *via* les conseils appropriés des prestataires de soins, afin de développer les connaissances, la confiance et l'adhésion au régime de dix jours de zinc.

Les messages articulant clairement le but et les avantages des SRO et du zinc permettraient de réduire la déception engendrée par des attentes décalées. Au Pakistan, la recherche formative a montré que les mères sont émotionnellement affectées lorsque leur enfant souffre de diarrhée. Ce constat constituerait une bonne accroche pour promouvoir le zinc, les messages mettraient l'accent sur le soulagement de la mère engendré par son utilisation (POUZN Project, 2010).

### 6. Renforcer l'éducation des prestataires de soins sur les SRO et le zinc et recourir à des approches pair-à-pair.

Dans les régions où les médecins constituent la source d'information la plus courante ou la plus fiable, la formation des prestataires de soins est primordiale. Une formation adaptée qui reconnaît la contribution significative des prestataires non cliniciens du secteur privé au développement des soins de la diarrhée est nécessaire. Elle doit également prendre en compte l'aspect commercial et les besoins spécifiques des clients du secteur privé. De plus amples efforts doivent également être fournis pour améliorer le comportement des prestataires publics et privés, par exemple, *via* une formation continue. En outre, il convient de résoudre les problèmes de stockage des pharmacies, en proposant, par exemple, des incitations financières (Blum, 2011 ;



Borapich et Warsh, 2010 ; MacDonald et coll., 2010). Des recherches plus approfondies devraient étudier les motivations et les obstacles rencontrés par les prestataires de soins, pour pouvoir adapter les messages et les programmes de création de la demande au public visé. En dépit du fait que les agents de santé mentionnent leurs collègues comme source principale d'information, les approches d'éducation pair-à-pair demeurent sous-utilisées (Omuemu et coll., 2012). Ce type d'approche s'avère pourtant efficace à l'heure de développer les connaissances et améliorer la réaction face aux SRO et au zinc.

**7. Repositionner les SRO et le zinc comme médicaments « légitimes » et traitement combiné pour traiter la diarrhée parmi les soignants et les prestataires de soins.** Les messages pourraient être créatifs et éloquentes pour comparer le coût et l'efficacité des SRO et du zinc, par rapport aux antibiotiques et aux antidiarrhéiques. Ils pourraient également être axés sur le changement de perception du zinc en tant que « médicament essentiel », plutôt que simple « supplément » et ainsi, optimiser les besoins des soignants et prestataires de soins pour administrer des « médicaments » contre la diarrhée. Dans la littérature, les messages sur l'efficacité du zinc pour prévenir les futurs accès de diarrhée sont moins privilégiés, mais pourraient constituer une approche intéressante.

**8. Réfléchir au produit et à son conditionnement.**

Les préparations combinées de SRO et de zinc prêtes à l'emploi ont semblé efficaces pour intensifier l'utilisation de ces deux produits. Toutefois, dans les contextes où les SRO sont déjà très courants, la combinaison des deux produits pourrait représenter une dépense inutile. À la place, le zinc pourrait être commercialisé seul, en tant que produit complémentaire des SRO. De nombreuses études sur le zinc ont mis en évidence l'absence d'effets indésirables lorsqu'il est combiné aux SRO, ce qui est très encourageant.

Il est important que les ASC et les soignants jugent le conditionnement des produits acceptable ; par exemple, s'ils préfèrent le sirop ou les comprimés. Dans la littérature, peu de données probantes ont été relevées sur les préférences des soignants. Une attention particulière doit également être apportée au développement et au prétest de conditionnement et d'instructions destinés aux populations à faible niveau d'alphabétisation, afin d'assurer la bonne compréhension et l'utilisation correcte des produits de santé.

**Présentation du produit**

## Amoxicilline



L'amoxicilline est un antibiotique qui permet de traiter la pneumonie. Elle est conditionnée sous blister de dix comprimés dispersibles (CD) sécables de 250 mg. Le coût moyen d'un traitement varie de 0,23 \$ à 0,44 \$ par enfant âgé de 2 à 11 mois, et de 0,46 \$ à 0,63 \$ par enfant de 12 à 59 mois.

[Source : Every Woman Every Child, 2013]

L'examen des données probantes a permis d'identifier 37 documents liés à la création de demande d'amoxicilline répondant aux critères d'inclusion, 27 d'entre eux ayant été publiés dans la littérature soumise à un comité de lecture. La plupart de ces données proviennent d'Afrique (28 documents), d'Asie (5 documents) et de plusieurs pays (3 documents). Des documents provenant de six pays pionniers ont été identifiés : la RDC (1), l'Éthiopie (3), le Malawi (1), le Nigeria (7), la Sierra Leone (1) et l'Ouganda (7).

### *Principaux moteurs sociaux et comportementaux*

Plusieurs barrières sociales et comportementales freinent l'utilisation de l'amoxicilline. Le manque de connaissances des soignants constitue une barrière courante à la sollicitation de recherche de soins contre la pneumonie, notamment pour différencier les signes et symptômes de ceux du paludisme et concernant les bienfaits des antibiotiques. La perception erronée de la sévérité des symptômes est également répandue (Amuyunzu-Nyamongo et Nyamongo, 2006 ; Awasthi, Srivastava et Pant, 2008 ; Bedford, 2012a–c ; Hildenwall, et coll., 2009 ; Mathew, et coll., 2011 ; Mulholland, Smith, Carneiro, Becher et Lehmann, 2008 ; Ogunlesi, Runsewe-Abiodun et Olanrewaju, 2010 ; Taffa et Chepngeno, 2005). Dans de nombreuses circonstances, les croyances culturelles jouent un rôle prépondérant dans les décisions prises par les soignants. Par exemple, plusieurs études menées au Kenya et en Inde ont montré que les soignants croyaient que la pneumonie était due à des forces surnaturelles et autres causes non médicales, et par conséquent, ne pouvait être traitée par la médecine moderne (Awasthi et coll., 2008 ; Bedford 2012a–c ; Irimu, Nduati, Wafula et Lenja, 2008 ; Mathew et coll., 2011 ; Opwara, Laving, Myabola et Olenja, 2011 ; Simiyu, Wafula et Nduati, 2003). Au Vietnam, l'influence de la famille était très importante.

En effet, pour 60 % des personnes interrogées, les anciens représentaient une source importante d'informations médicales (Kaljee et coll., 2010). Au Niger, au Nigeria et en Ouganda, le manque de connaissances et d'implication des hommes dans les soins prodigués aux enfants a constitué un obstacle à la recherche de soins contre la diarrhée, la pneumonie et le paludisme (Bedford, 2012b, 2012c ; Mbonye, 2003). Toutefois, au Nigeria et au Kenya, les soignants autres que les mères, notamment les hommes et les membres plus âgés de la famille, ont eu l'impression que l'éducation sanitaire ne s'adressait qu'aux femmes (Bedford, 2012a ; Ebuehi et Adebajo, 2010). Au Kenya, les soignants ont ressenti une pénurie générale d'éducation sanitaire au niveau de la communauté concernant la pneumonie, la prise en charge médicale à domicile, le moment de la recherche de soins et le coût du traitement. Lorsque cette éducation était disponible, les messages essentiels sont apparus confus et difficiles à mémoriser (Bedford, 2012a). Une étude de Mulholland et al (2008) a relevé l'accès inéquitable aux messages sur la santé infantile, notamment dans les zones les plus reculées, où ceux-ci n'étaient pas reçus par les mères.

Le manque d'accès aux soins, dépendant notamment de

la distance, du coût et de la disponibilité de l'amoxicilline, constitue également l'un des principaux obstacles sociaux. Au Kenya et en Inde, on a observé que la distance des structures sanitaires et l'impossibilité d'assumer le coût du traitement empêchaient les soignants de rechercher des soins. De même, plus les revenus étaient importants, plus la recherche de soins était élevée (Mbagaya et coll., 2005 ; Taffa et Chepngeno, 2005 ; Mulholland et coll., 2008 ; Mathew et coll., 2011 ; Burton et coll., 2010). À la Sierra Leone et en Ouganda, la qualité des structures sanitaires étant perçue comme mauvaise, les soignants n'ont pas recherché de traitement approprié (Concern Worldwide, 2010 ; Hildenwall et coll., 2009 ; Kallander et coll., 2008 ; Mbonye, 2003).

C'est pourquoi, au Kenya, au Nigeria, à la Sierra Leone et en Ouganda, les soignants se sont le plus souvent rendus dans des structures sanitaires privées (Amuyunzu-Nyamongo et Nyamongo, 2006 ; Concern Worldwide, 2010 ; Kallander et coll., 2005 ; Mbagaya et coll., 2005 ; Ogunlesi et coll., 2010). Au Nigeria, l'observation des soignants et des prestataires de soins a mis en évidence le fait que 79 % des clients de vendeurs de médicaments brevetés (VMB) ont sollicité des médicaments spécifiques. En réponse, les VMB ont généralement vendu ledit médicament (Brieger et coll., 2004).

### Stratégies de mise en œuvre et impact

La gestion des cas (GC) à base communautaire menée par des ASC formés, souvent dans le cadre d'une prise en charge intégrée des maladies infantiles (PCIMI) plus vaste, a été un enjeu stratégique pour améliorer l'accès et l'acceptation de l'amoxicilline pour traiter la pneumonie. La prise en charge communautaire des maladies infantiles (PCMIC) utilise une approche intégrée de la santé infantile axée sur le bien-être de l'enfant dans sa globalité, qui tend à réduire le décès, la maladie et le handicap, et à améliorer la croissance et le développement des enfants âgés de moins de cinq ans. La stratégie PCMIC vise à améliorer les compétences du personnel soignant en gestion des cas, l'ensemble du système de santé et les pratiques de santé familiales et communautaires.

En Éthiopie, une intervention progressive de la PCMIC a d'abord cherché à mobiliser les communautés pour leur donner accès aux soins contre la pneumonie dans les structures sanitaires. L'ajout de la GC a ensuite permis d'améliorer la disponibilité, la qualité et la demande en GC (Degefe et coll., 2009). Ce programme intégrait la formation d'agents de GC en zone rurale pour éduquer les soignants à reconnaître les signes et symptômes de la pneumonie et à prendre conscience de l'urgence à rechercher un traitement dès leur apparition. Les enquêtes effectuées au sein des ménages sur la demande de GC de pneumonie (par ex. connaissances et recherche de soins) ont indiqué que la reconnaissance d'une respiration rapide comme signe de pneumonie par les soignants avait augmenté de 39 % à 92 % entre le début (1997) et la fin du projet (2006), date à laquelle les mères reconnaissaient

au moins deux signes symptomatiques graves de la maladie. En outre, la recherche de soins adaptés contre la pneumonie est passée de 30 % à 54 % lors de la première étape du projet, à l'issue de la formation des communautés à la reconnaissance des signes graves et à la recherche de soins au sein de structures sanitaires. Cette proportion s'est élevée à 84 % lors du déploiement des agents de formation à la GC, au cours de la seconde étape du projet. Toutefois, dans les communautés les moins accessibles, au sein desquelles aucun encadrement n'est possible, des stratégies spécifiques doivent être mises en place (Degefe et coll., 2009).

Au Népal, une intervention de formation en zone rurale de VSCF au diagnostic de la pneumonie et au traitement par antibiotiques des enfants s'est avérée efficace (Dawson et coll., 2008). Du matériel de communication destiné au changement de comportement a été développé, notamment des manuels visuels de formation, du matériel d'éducation et des brochures d'informations. La formation des VSCF intégrait des jeux de rôle et la mise en pratique des compétences. Pour démontrer la capacité des VSCF à diagnostiquer et traiter correctement la pneumonie, deux branches d'intervention (traitement et orientation) ont été testées. Dans chaque branche, les VSCF ont été formés à examiner les enfants selon la procédure de l'OMS à suivre en cas de signes graves nécessitant une orientation spécifique. Au sein de la branche de traitement, les VSCF ont examiné des enfants âgés de 2 à 59 mois, les ont traités lorsque c'était nécessaire, puis les ont revus le troisième jour. Les enfants dont l'état ne s'était pas amélioré, voire s'était détérioré étaient alors orientés. Dans la branche d'orientation, les VSCF ont examiné des enfants, puis orienté ceux présentant une respiration rapide vers la structure sanitaire la plus proche. Dans chaque branche, tous les nourrissons malades de moins de deux mois ont été orientés vers la structure sanitaire la plus proche et des conseils en soins médicaux à domicile ont été prodigués. L'étude a démontré une augmentation des cas traités de 18 % à 35 %.

Une évaluation *a posteriori* du programme par l'OMS a démontré la concordance de 81 % des cas entre les VSCF et les enquêteurs (cette illustration représente la concordance totale, soit « le nombre total de cas où la classification des enquêteurs et des VSCF concordait par rapport au nombre de cas examinés »). 95 % des cas de « non-pneumonie » concordait (196/206). Lorsque la classification était correcte, le choix thérapeutique des VSCF a toujours été approprié et très peu de cas d'usage erroné d'antibiotiques ont été répertoriés. Seuls 3 % (3/116) des enfants se sont vus administrer des antibiotiques à mauvais escient (Dawson et coll., 2008).

Depuis l'intervention au Népal, l'amélioration des conditions d'accès aux soins et à la GC dans les villages isolés est restée forte et plus de la moitié des cas de pneumonie infantile traités ont été pris en charge par les VSCF. Une analyse des retombées positives de l'extension de cette intervention a permis d'identifier un nombre

restreint de facteurs clés. Tout d'abord, les résultats de la GC de pneumonie étaient documentés, ce qui a encouragé des décideurs de haut niveau à soutenir un programme pilote. La mise en place d'une politique de soins non directive à base communautaire, alliée à de meilleurs taux de traitement, offre un cadre général favorable à l'expansion. Le cadre VSCF en place et la chaîne d'approvisionnement actuelle, qui ont permis de maintenir un stock suffisant d'antibiotiques, ont également joué un rôle majeur. La qualité des soins a été assurée par un encadrement coopératif et par des réunions d'analyse (Dawson et coll., 2008).

Soofi et coll. (2012) a également découvert que des agents de santé locaux travaillant dans des zones rurales du Pakistan sont parvenus à identifier et à traiter des cas graves de pneumonie infantile. Des chercheurs ont mené un essai clinique comparatif en grappes aléatoires destiné à observer des agents de santé du secteur public formés à la GC de pneumonie infantile sévère. Plus de 4 000 enfants ont participé à l'étude et les résultats ont démontré que les agents de santé sont parvenus à diagnostiquer et à traiter correctement des cas de pneumonie sévère à domicile dans des zones rurales, sans augmentation du risque d'échec du traitement ni effet secondaire.

En République démocratique du Congo, des études ont démontré que la qualité des services des ASC était plus élevée lorsque ces derniers continuaient à travailler auprès de leurs communautés sur une période plus longue (ASF et PSI, 2011). L'importance du travail à long terme des ASC visant à garantir la qualité et la continuité des programmes a également été mise en lumière au Soudan du Sud (PSI, IRC, Malaria Consortium et Save the Children, n.d.). Une étude systématique menée dans plusieurs pays a démontré que la gestion efficace des cas de pneumonie par les ASC reposait essentiellement sur une formation adéquate, un soutien et un approvisionnement régulier en antibiotiques (Graham, English, Hazir, Enarson et Duke, 2008).

PACE Uganda a associé une sensibilisation personnalisée par l'intermédiaire des ASC volontaires, visant à diagnostiquer et à traiter gratuitement les cas de pneumonie, à des sessions de formation tenues par les équipes de santé de village (ESV). Cette association s'est révélée probante pour sensibiliser les soignants sur l'importance de la gestion des cas et encourager la recherche de traitements. Dans le cadre de ce programme, PACE Uganda a mis en place le réseau de la franchise sociale Five et Alive dans le district rural de Mubende. Le réseau mettait en relation des cliniques privées et des boutiques de médicaments entendant respecter un ensemble de normes opérationnelles en matière de qualité des soins et de prix des produits et des services. Les prestataires franchisés achetaient des traitements préconditionnés auprès de l'organisation PACE pour un prix allant de 0,04 \$ à 0,16 \$ et recevaient une formation initiale sur la procédure standard de diagnostic sur les enfants, aidés par des assistants, afin d'identifier les maladies infantiles courantes.

Après la formation initiale, la qualité des soins du

prestataire était surveillée et améliorée continuellement par le biais de visites mensuelles de contrôle et de soutien. Les volontaires ESV communautaires ont permis de resserrer les liens entre les soignants visés et les prestataires grâce à une éducation sanitaire, à la promotion du réseau de franchisés, à l'identification des cas et au recours à des points de vente franchisés (PACE Uganda et PSI, 2011). Aucun résultat d'évaluation de ce projet n'a été identifié dans la revue de la littérature.

### Conclusions, lacunes et recommandations

Cette analyse de la littérature a montré la nécessité de s'attarder sur la demande croissante des soignants et des prestataires en matière de dispositifs de survie, telle que l'amoxicilline, et de pratique de survie de l'enfant. La création et l'accentuation de la demande repose sur la formation des ASC, qui permettra d'encourager les soignants à demander davantage et à veiller à ce que les prestataires de soins disposent de l'équipement adéquat pour répondre à cette demande. Par exemple, les ASC et les autres prestataires encouragent et aident les mères et les autres soignants à trouver des soins et des traitements dès les premiers signes de maladie et à s'informer sur l'utilisation ou non de l'amoxicilline en tant que traitement. Cette augmentation de la demande doit être prise en charge par des prestataires de soins expérimentés et correctement approvisionnés.

Voici une liste de recommandations spécifiques destinées à augmenter la demande et l'utilisation d'amoxicilline pour soigner la pneumonie infantile, établie sur la base des moteurs comportementaux et des résultats de programmes identifiés dans l'étude :

- 1. Recourir davantage aux médias et autres canaux pour former les soignants à l'utilisation de l'amoxicilline dans le traitement de pneumonie infantile.** Comme le met en lumière la documentation, les efforts se sont jusqu'à présent axés sur la formation des soignants au niveau interpersonnel et de la communauté. Les ASC et les autres agents de santé forment les soignants, principalement les mères, à reconnaître les signes, les symptômes et la sévérité de la pneumonie et à trouver des traitements en cas de besoin. Bien que cette pratique n'ait pas été documentée, le recours aux médias sociaux s'est montré particulièrement efficace pour former et sensibiliser les populations sur l'utilisation des SRO et du zinc ainsi que d'autres produits et services. Les médias permettent également d'augmenter la demande pour les soins et les traitements à l'aide d'amoxicilline.
- 2. Augmenter les initiatives en matière de formation afin d'améliorer les connaissances et la recherche de soins au sein des soignants, y compris les pères et les grands-parents, en tous lieux.** Des recherches ont mis en évidence que la formation des soignants permettait une amélioration de la recherche de soins, mais que cette amélioration ne touchait qu'une partie de la population. La diversification de messages de formation ciblant individuellement les mères, les pères et les grands-parents n'a pas été

testée dans la revue de la littérature. Le recours aux médias offre la possibilité de toucher une audience plus large, notamment dans les zones rurales, tout en intensifiant la sensibilisation et la demande grâce aux interventions locales des ASC et d'autres agents de santé à l'échelle de la communauté. **Faire en sorte que les soignants et les prestataires ne privilégient pas les traitements maison pour soigner la pneumonie.** D'après la revue de la littérature, de nombreux soignants et prestataires étaient convaincus que la pneumonie dépendait de facteurs non médicaux ne pouvant être soignés par la médecine moderne. Bien que de nombreux auteurs aient souligné la nécessité d'adopter des stratégies de formation et de communication à même de défaire ces croyances culturelles bien ancrées, aucune méthode ou stratégie idéale n'a été clairement définie. Par exemple, le simple fait de substituer aux croyances traditionnelles des phénomènes scientifiques a peu de chance de faire écho au sein du public visé.

- 3. Adapter les programmes d'éducation sanitaire aux prestataires professionnels ou non professionnels du secteur privé.** Ces prestataires offrent souvent des traitements de première intention, mais manquent de connaissances précises permettant de diagnostiquer ou de traiter correctement la pneumonie. Beaucoup de ces prestataires prescrivent à tort des traitements antimalaria, alors qu'il s'agit d'un cas de pneumonie. Les initiatives en matière de formation et de traitement auprès de ces groupes de prestataires doivent tenir compte des réalités du terrain et, le cas échéant, se confondre dans le marché au sein duquel les prestataires privés opèrent.
- 4. Instaurer une politique non directive permettant aux ASC de fournir de l'amoxicilline au sein de la communauté ou au domicile des patientes.** Sans cette politique, les efforts visant à augmenter la demande et l'utilisation de l'amoxicilline seront largement inefficaces dès lors que les obstacles aux soins de la structure sont trop importants. Des obstacles à l'accès aux soins, tels

que l'éloignement des structures sanitaires ou les contraintes financières, ayant été identifiés dans de nombreux pays, l'extension de la GC de pneumonie et l'offre de traitements gratuits a de fortes chances d'augmenter l'usage d'antibiotique pour traiter ce type de maladie. La documentation portant sur l'efficacité et le degré d'acceptation des soins contre la pneumonie au sein de la communauté a permis de renforcer le soutien des politiques et des décideurs, augmentant par là même la portée des programmes d'intervention. Pour le moment, les données probantes sur les stratégies destinées à favoriser le soutien politique, aspect pourtant essentiel pour accroître la portée des interventions et la demande, se sont également révélées restreintes.

- 5. Améliorer la qualité des soins pour accroître la demande de services.** L'intervention des ASC à long terme et l'approvisionnement régulier d'antibiotiques au sein des structures sanitaires et de trousseaux de médicaments ont permis d'améliorer la qualité des soins. L'approvisionnement insuffisant en amoxicilline des structures sanitaires et des ASC reste un obstacle à l'utilisation de ces médicaments ; un problème qu'il faut résoudre parallèlement à des campagnes de formation et de communication.
- 6. Évaluer les interventions et programmes de création de la demande.** Bien que cette étude ait relevé de nombreux obstacles en matière d'utilisation de l'amoxicilline, il existe peu de données probantes sur les stratégies efficaces permettant d'augmenter l'utilisation de ce produit. Il est nécessaire d'évaluer les activités de création de la demande, afin de mesurer leur efficacité.

Dans les pays en développement, le risque de grossesses

**Produits de santé reproductive :  
Préservatif féminin, implants  
contraceptifs, contraception  
d'urgence**



non souhaitées et d'infections sexuellement transmissibles (IST), dont l'infection par le VIH, est élevé chez les femmes en âge de procréer. En 2008, sur les 185 millions de grossesses estimées, près de 90 % ont eu lieu dans un pays en développement. À l'échelle mondiale, on estime que 86 millions de grossesses sont non souhaitées : 41 millions aboutissent à un avortement, 33 millions à une naissance non planifiée et 11 millions à une fausse couche (Singh, Sedgh et Hussain, 2010). À l'échelle mondiale, près de 222 millions de femmes n'ont pas accès aux services de planification familiale dont elles ont besoin (PRB, 2012).

Bien que le recours à la contraception ait augmenté progressivement à l'échelle mondiale au cours des dernières décennies, le recours à ces méthodes dans certaines zones les plus pauvres du monde, telles que l'Afrique subsaharienne, reste très faible. L'Afrique subsaharienne présente le taux le plus élevé de femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits ; environ 25 % des femmes vivant dans ces régions et souhaitant prévenir une grossesse éventuelle, soit près de 49 millions de femmes, utilisent soit des méthodes traditionnelles, soit aucune méthode (PRB, 2012). Au niveau mondial, la contraception a un impact direct et indirect sur les résultats mondiaux en matière de santé, notamment la santé maternelle, néonatale et des nouveau-nés, de même que la santé de la communauté (Glasier, Gülmezoglu, Schmid, Moreno et Van Look, 2006). On sait également que la diversification des modes de contraception entraîne une plus grande généralisation de la contraception.

La généralisation des modes de protection doubles,

protégeant à la fois contre les risques de grossesse et de transmission de maladies telles que les IST ou le SIDA, pourrait diminuer le nombre de nouveaux cas de SIDA de 2,5 millions par an (UNAIDS, 2007). La morbidité et les décès liés au virus du SIDA peuvent avoir des conséquences désastreuses sur la vie des individus, de leurs familles et des membres de la communauté. Par exemple, les communautés et les sociétés peuvent pâtir d'une baisse de productivité, d'un degré de dépendance plus élevé et de conséquences économiques plus graves.

La grande majorité des grossesses non souhaitées, des avortements à risque et des nouveaux cas d'infection par le virus du SIDA se produisent dans les pays les moins développés présentant des systèmes de soin déjà saturés. Les chiffres alarmants mentionnés précédemment supposent un besoin urgent d'explorer de nouvelles stratégies visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive, en particulier la prévention en matière de grossesse non souhaitée et de transmission d'IST et du virus du SIDA dans les pays en développement et au sein des populations pauvres, vulnérables et marginalisées. Le préservatif féminin est le seul produit élaboré à l'initiative de femmes, afin de leur garantir une double

## Préservatif féminin



protection contre les IST (dont l'infection par le VIH) et les grossesses non souhaitées. Après son lancement en 1993, le préservatif féminin a été encensé par la communauté des professionnels de santé reproductive à l'échelle mondiale en tant que dispositif offrant plus de pouvoir aux femmes pour les protéger contre les éventuelles grossesses non souhaitées et les IST (Kabira et coll., 1997). Toutefois, le préservatif féminin reste un produit sous-utilisé, considéré comme secondaire et mal compris. Par ailleurs, la Reproductive Health Supplies Coalition a récemment classé le préservatif féminin parmi les produits de santé reproductive sous-utilisés (RH Supplies Coalition, 2012).

Cependant, le préservatif féminin doit être utilisé correctement et constamment pour être plus efficace. Lorsqu'il est correctement utilisé lors de chaque rapport sexuel, près de 5 grossesses pour 100 femmes utilisant des préservatifs féminins surviennent la première année. S'il est utilisé couramment, près de 21 grossesses pour 100 femmes utilisant des préservatifs féminins

surviennent la première année (OMS et JHU-CCP, 2011). La modélisation mathématique d'une étude a révélé que l'utilisation adéquate du préservatif féminin pendant un an par une femme ayant des rapports sexuels deux fois par semaine avec un partenaire porteur du virus du SIDA permet de réduire ses risques de contracter le virus de 90 % (Trussell et coll., 1994). Bien qu'il soit statistiquement moins efficace en matière de planification par rapport aux autres méthodes, le préservatif féminin présente un certain nombre d'avantages, notamment l'absence d'effets secondaires et la possibilité d'introduire le préservatif avant l'acte sexuel, évitant ainsi tout problème au moment du coït. Une fois correctement positionnés, le corps et l'anneau externe du préservatif féminin recouvrent une partie de la vulve, offrant ainsi une protection supplémentaire contre les IST pouvant être transmises par le contact avec la peau (OMS et JHU-CCP, 2011).

### **Présentation du produit**

Depuis sa création, plusieurs prototypes de préservatifs féminins ont été élaborés et testés à l'échelle mondiale. Le tout premier préservatif féminin certifié par l'USFDA fut le modèle FC1<sup>®</sup>, développé par la Female Health Company (FHC). En 2009, le modèle FC1<sup>®</sup> a été délaissé au profit du modèle FC2<sup>®</sup>, le produit de deuxième création du FHC, après certification de l'UNFPA (United Nations Population Fund) et de l'OMS, puis de l'agence FDA aux États-Unis en 2009. Le modèle FC2<sup>®</sup> est comparable au modèle FC1<sup>®</sup> en termes de design et d'apparence, mais se distingue par sa composition en nitrile synthétique et son prix largement inférieur. Son prix moyen est de 0,54 \$.

En 2012, l'OMS a approuvé un deuxième modèle de préservatif féminin baptisé Cupid<sup>®</sup>, de l'entreprise Cupid Ltd. Plusieurs autres modèles de préservatif féminin sont en cours de validation technique et d'approbation de la part de l'OMS.

[Source : Every Woman Every Child, 2013]

L'examen des données probantes a permis d'identifier 27 documents liés à la création de demande de préservatifs

féminins répondant aux critères d'inclusion, 19 d'entre eux ayant été publiés dans la littérature soumise à comité de lecture. La plupart des données probantes provenaient d'Afrique (12 documents), deux documents d'Asie (l'un du Cambodge et l'autre de Chine), deux d'Amérique du Sud (Brésil) et un d'Amérique centrale (République dominicaine). Quatre documents étaient des analyses de plusieurs pays. Des documents provenant de deux pays pionniers ont été identifiés : le Nigeria et la Tanzanie.

### Principaux moteurs sociaux et comportementaux

Selon des études portant sur le degré d'acceptation du préservatif féminin menées en 2004 et en 2005 dans des pays développés et en développement, le degré d'acceptabilité serait compris entre 37 % et 96 % (Hoffman, Mantell, Exner et Stein, 2004 ; FHI, 2005). Ces études ont également démontré que les hommes acceptaient davantage de recourir au préservatif féminin avec leur épouse ou leur partenaire sexuelle de longue durée qu'avec des partenaires sexuelles occasionnelles ou des travailleuses sexuelles, avec qui la relation sexuelle repose moins sur un rapport de confiance (Koster, Groot Bruinderink, Kuijper et Siemerink, 2012). Des études ont révélé qu'un meilleur degré d'acceptation chez les hommes comme chez les femmes permettrait d'augmenter l'utilisation du préservatif féminin (Choi, Gregorich, Anderson, Grinstead et Gómez, 2003).

Une autre étude axée sur les modèles et les indicateurs prévisionnels d'utilisation du préservatif féminin et menée auprès de femmes d'origines variées a également démontré que le préservatif féminin était associé à un partenaire régulier, favorable à ce type de préservatif (Hoffman et coll., 2004). Bien que ces deux études suggèrent une association positive entre partenaire régulier sur le long terme et utilisation accrue du préservatif féminin, une étude menée au Zimbabwe a démontré au contraire que l'utilisation de ce type de préservatif était moindre chez les partenaires sexuels réguliers (Meekers et Richter, 2005). Dans la plupart des études, le recours au préservatif féminin est faible par rapport au préservatif masculin et diminue généralement au fil du temps après sa mise sur le marché dans le pays, du fait de son coût et de sa faible disponibilité. (Hoke et coll., 2007 ; Liao et coll., 2011 ; Thomsen et coll., 2006).

Au-delà des facteurs individuels, les facteurs structurels ainsi que les normes de genre et de la communauté ont favorisé la démocratisation et l'utilisation du préservatif féminin. L'un des plus grands défis à relever pour accroître l'utilisation du préservatif féminin a été le manque de volonté des autorités de réglementation et les attitudes négatives des prestataires de soins vis-à-vis du préservatif féminin, qui ont fortement contribué au manque d'informations et de connaissances dans ce domaine et ont restreint l'accès à cette méthode de contraception (Kabira et coll., 1997). Les normes de genre et communautaires affectant l'utilisation du préservatif féminin varient d'une communauté à l'autre et peuvent affecter fortement l'usage de ce mode de contraception. Par exemple, une étude menée en Afrique du Sud et au Kenya a montré que les hommes respectant un schéma traditionnel en matière de genres étaient moins enclins à considérer le préservatif

féminin comme un moyen de protection viable à l'avenir et à l'utiliser si leur partenaire le suggérait (Kaler, 2001).

### Stratégies de mise en œuvre et impact

#### Priorités nationales

Entre le milieu et la fin des années 90, le Brésil, le Ghana, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe ont lancé des campagnes sur le préservatif féminin sous diverses formes et ont ainsi montré que les gouvernements nationaux pouvaient accroître l'accès au préservatif féminin et sa couverture grâce à des campagnes nationales coordonnées (Endsley et Maposhere, 2005). Leur expérience est souvent citée en tant que bonne pratique à l'échelle mondiale. Au Brésil, le gouvernement national a joué un rôle important en matière de promotion, de disponibilité et de distribution du préservatif féminin, en ciblant principalement les femmes touchées par des violences sexuelles ou conjugales ou bénéficiant d'un accès limité aux services (Telles Dias, Souto et Page-Shafer, 2006). Au Ghana et au Zimbabwe, l'approche s'est appuyée sur des efforts au niveau local qui ont permis de diversifier les modes de contraception disponibles pour se prémunir contre les infections par le VIH (Meekers et Richter, 2005 ; Poole, 2003 ; Population Council, 2006).

L'Afrique du Sud, qui compte l'un des programmes financés par l'État le plus vaste et le mieux établi au monde en matière de préservatif masculin et féminin, a mis en place un modèle d'encadrement national ouvertement axé sur une logique de retour d'informations complète à grande échelle mettant en jeu les prestataires pour la création de programmes en milieu hospitalier. Le programme se concentre sur les centres de planification familiale et la promotion du préservatif féminin pour prévenir les risques de grossesse et d'infection. Grâce à l'expansion géographique du programme, le gouvernement a complété ce programme par la distribution gratuite de préservatifs féminins aux ONG sur simple demande. En 2012, l'Afrique du Sud s'est procuré un milliard de préservatifs masculins et 11 millions de préservatifs féminins, afin d'assurer la disponibilité d'au moins un site de distribution de préservatifs féminins dans chacun des 254 sous-districts que compte le pays.

Warren et Philpott (2003) ont étudié la mise sur le marché du préservatif féminin au Brésil, au Ghana, en Afrique du Sud et au Zimbabwe et ont identifié six facteurs fondamentaux d'amélioration de l'accès et du degré d'acceptation du préservatif féminin : (1) un public cible clairement identifié pour les messages promotionnels ; (2) la sensibilisation du public afin que les utilisatrices potentielles ne soient pas influencées par des préjugés négatifs et puissent promouvoir aisément un produit qu'elles connaissent ; (3) la communication directe afin de fournir aux utilisatrices potentielles les informations et les connaissances nécessaires ; (4) l'adoption d'une notion large de la santé reproductive intégrant la planification familiale et la prévention de l'infection par le VIH ; (5) la distribution du PF tant par le secteur public que privé ; et (6) une longue période d'évaluation des performances du programme de distribution. Selon les résultats de l'étude, les services et les stratégies intégrés ciblés amélioreraient

les connaissances des différents modes contraceptifs ainsi que leur demande. Chacun des programmes a également permis de mobiliser dès le départ un ensemble de partenaires et a mis en place une approche sur plusieurs niveaux, visant à la fois les individus, les communautés et les prestataires de services, tout en corrigeant les problèmes d'acquisition du matériel et d'approvisionnement.

### **Marketing social et médias**

Le préservatif féminin est un mode de contraception idéal pour la promotion par le biais du marketing social et des médias, et la littérature parallèle disponible est vaste. Cependant, on connaît peu l'impact réel du marketing social sur l'usage du préservatif, en particulier celui du préservatif féminin. Par exemple, une méta-analyse récente portant sur les initiatives du marketing social et des médias en matière de préservatifs n'a découvert qu'une seule étude portant sur l'utilisation du préservatif féminin (Sweat, Denison, Kennedy, Tedrom et O'Reilly, 2012). La section suivante s'intéressera à d'autres exemples documentés d'initiatives du marketing social et des médias faisant la promotion du préservatif féminin.

Le programme national mis en place au Zimbabwe a permis de promouvoir le préservatif féminin par des canaux non médicaux, tels que les coiffeurs et les barbiers dans les quartiers défavorisés, ce qui a permis de toucher des publics tels que les hommes, les travailleuses sexuelles et les personnes vivant avec le VIH/SIDA (UNAIDS et PSI, 2000). Grâce à ces initiatives, le Zimbabwe compte parmi les pays où le préservatif féminin se vend le plus, avec une augmentation de 11 % entre 2011 et 2012.

En Tanzanie, un programme a été mis en place afin de présenter aux populations une campagne dans les médias faisant valoir les avantages du préservatif féminin. Le programme incluait des éléments annexes tels que l'éducation par des pairs et la formation des prestataires de soins concernant les préservatifs féminins. Une évaluation du programme a cherché à évaluer la façon dont les populations visées s'étaient renseignées au sujet du préservatif féminin et leur intention d'utilisation (Agha et Van Rossem, 2002). Cette évaluation a démontré que près de 38 % des répondants avaient été exposés à la campagne visant à promouvoir le préservatif féminin et que seuls 12 % avaient obtenu des renseignements sur le préservatif féminin auprès d'un pair ou d'un prestataire de soins. Toutefois, l'évaluation a révélé que l'intention d'utilisation était plus forte chez les répondants ayant été en contact avec des pairs. Les résultats de l'étude démontrent que même si les médias parviennent à sensibiliser une part importante de la population, les stratégies faisant appel à des pairs ont plus d'influence sur le changement de comportement.

### **Communication interpersonnelle**

Le succès de plusieurs programmes de sensibilisation autour du préservatif féminin tient en grande partie

au développement de compétences interpersonnelles, notamment en matière de négociation, chez les femmes. En Zambie et au Malawi, les initiatives visant à favoriser l'utilisation du préservatif féminin ont tourné autour de trois axes : (1) la formation des fournisseurs non médicaux, des leaders d'opinion, des pharmaciens et des infirmiers dans le domaine des compétences interpersonnelles ; (2) les activités à l'échelle de la communauté, notamment la promotion du préservatif féminin à l'occasion d'événements, dans des bars et par le biais de tombolas ; et (3) la sensibilisation dans les médias, tels que des spots radio, des publicités imprimées, des émissions avec appel en direct et des affiches (PSI, 2013). Dans cet exemple, les CIP visées ont joué un rôle important pour permettre aux fournisseurs, aux pairs et aux leaders d'opinion d'offrir facilement des réponses et des conseils aux femmes.

Une étude menée au Brésil a évalué l'impact d'une initiative nationale destinée à pérenniser l'utilisation du préservatif féminin chez les femmes utilisant ce type de préservatif ou des préservatifs masculins. Le programme d'intervention mis en place sur six sites au Brésil, correspondant à des zones et à des groupes à risque variés, incluait la participation à une formation groupée ou individuelle standard ou à des sessions d'intervention éducative, couvrant les domaines et développements de compétences suivants : négociation quant à l'usage du préservatif, instructions sur l'insertion du préservatif, IST, anatomie de l'appareil génital et vulnérabilités propres à chaque sexe. L'étude a révélé que l'utilisation régulière du préservatif féminin nécessitait des sessions de suivi et que la première utilisation de ce mode de contraception constituait une phase critique, en raison des difficultés et des inconforts survenant généralement à ce stade (Telles et coll., 2006).

Un rapport publié par l'UAFC (Universal Access to Female Condoms Joint Programme) a également souligné l'importance des CIP individuelles dans certains contextes, compte tenu des réticences de certains hommes et femmes à s'informer sur l'insertion ou l'anatomie en présence d'un groupe (UAFC, n.d.). Un exemple issu du programme UAFC au Nigeria souligne la nécessité des programmes intensifs de développement des compétences pour offrir les renseignements adéquats et expliquer les différents cas d'utilisation du préservatif féminin, non seulement pour éviter une éventuelle grossesse, mais aussi pour prévenir la transmission d'IST ou du VIH. Le développement des compétences en matière de dialogue ou de conseils auprès des femmes a joué un rôle majeur dans la sensibilisation à l'échelle mondiale des avantages du préservatif féminin (Adeokun et coll., 2002). Les stratégies de promotion doivent placer le développement des CIP (aussi bien entre les femmes et les hommes, qu'entre les prestataires et les clients) au cœur de leurs efforts, afin d'accroître l'utilisation et le confort du préservatif féminin.

De même, les démonstrations individuelles de l'utilisation du préservatif féminin ont permis d'augmenter efficacement l'adoption de ce mode de contraception (Van Devanter, 2002). Le préservatif féminin requiert davantage de pratique que le préservatif masculin pour un usage correct et régulier, notamment pour



les femmes disposant d'un savoir limité en termes d'anatomie féminine. Aux États-Unis, plusieurs études ont démontré que les formations plus complètes, intégrant des démonstrations sur des maquettes d'utérus et des mises en pratique, augmentaient l'adoption de ce mode de contraception (Choi et coll., 2008 ; Exner et coll., 2012 ; Witte et coll., 2006). Des résultats similaires ont été trouvés *via* une étude menée à Madagascar auprès de travailleuses sexuelles (Hoke et coll., 2007).

### **Économie comportementale**

Une étude innovante menée en Zambie a mesuré l'efficacité de la promotion des préservatifs féminins par le biais de quatre mécanismes d'incitation auprès de coiffeurs et de barbiers locaux (« agents »), déjà recrutés par une organisation locale pour la vente de préservatifs masculins et pour aborder d'autres problèmes de santé avec leur clientèle (Ashraf, Bandiera et Jack, 2012). L'évaluation a réparti aléatoirement 1 222 agents entre les quatre groupes : trois traitements, ou incitation, et un groupe de contrôle. Parmi les groupes d'incitation, l'un incluait une petite rémunération, un autre une rémunération plus importante et un troisième la reconnaissance des personnalités locales, sans rémunération. L'enquête a enregistré les ventes mensuelles de préservatifs sur une durée d'un an, puis a évalué les résultats. L'étude a démontré que les incitations financières n'étaient pas le seul facteur de motivation permettant d'améliorer la promotion des produits. Les systèmes de reconnaissance et de récompense peuvent également avoir un impact. L'étude a également démontré que les incitations financières relatives à des initiatives sociales n'incitaient pas davantage à fournir ce type de services.

### **Populations à haut risque**

Plusieurs études menées sur la promotion du préservatif féminin auprès de populations à haut risque ont démontré un haut degré d'acceptation de ce produit parmi les travailleuses sexuelles. Au Cambodge, les travailleuses sexuelles issues de l'immigration percevaient les préservatifs féminins comme un moyen de mieux contrôler les négociations avec les clients, notamment les clients ivres. L'apparition d'un nouveau mode de protection et la création d'un espace de discussion ont renforcé la propension des travailleuses sexuelles à partager leurs expériences et à s'entraider (Busza et Baker, 2004). Les résultats d'une enquête menée en République dominicaine montrent que la diffusion de modes de protection insérés directement par l'utilisatrice pourrait répondre aux besoins des travailleuses sexuelles. L'étude a également démontré que les participantes plus jeunes étaient plus enclines à utiliser des préservatifs masculins exclusivement, tandis que les participantes plus âgées étaient plus enclines à utiliser des préservatifs féminins. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes plus âgées se sentent plus à l'aise que les plus jeunes avec l'utilisation d'un nouveau mode de protection et le fait de négocier avec leurs clients et partenaires réguliers, avec qui une relation de confiance peut s'être établie (Lara et coll., 2009).

Un essai comparatif aléatoire mené à Madagascar a cherché à déterminer si les conseils individuels fournis

au sein des cliniques, en complément de l'éducation par des pairs sur la promotion des préservatifs masculins et féminins, permettaient d'augmenter l'utilisation de ces modes de protection et de réduire la prévalence des IST parmi les travailleuses sexuelles déjà exposées à la promotion des préservatifs masculins (Hoke et coll., 2007). Cette étude a révélé peu de données probantes sur les avantages des conseils cliniques détaillés sur l'usage des préservatifs masculins et féminins, suggérant ainsi que des interventions moins poussées, telles que l'éducation par des pairs, pourraient s'avérer suffisantes pour la promotion des préservatifs masculins et féminins auprès des populations déjà exposées à la promotion de ces modes de protection.

### **Conclusion, lacunes et recommandations**

La revue de la littérature a révélé qu'un plus grand choix de contraceptifs permettait d'augmenter la couverture et l'utilisation de ces produits, mais nécessitait des efforts soutenus. Lorsque les préservatifs féminins sont disponibles sur une longue période, les études ont démontré qu'ils répondaient aux besoins en termes de reproduction et de prévention des populations spécifiques, comprenant aussi bien des partenaires sur le long terme que des groupes à haut risque tels que les travailleuses sexuelles. Cependant, peu d'investissements ont été faits en matière de préservatifs féminins, tant en termes de financement que de développement des compétences auprès des prestataires de services et des appuis communautaires, ce qui a conduit à une stagnation de l'utilisation de ce mode de protection et à un écho limité auprès de certaines populations vulnérables. Les stratégies de promotion ayant été peu évaluées et contrôlées, les données probantes sur les approches permettant de surmonter ces obstacles sont limitées.

Les problèmes de rapports de force, d'inégalités de genre et de normes communautaires et sociales ont constitué des obstacles non négligeables à l'expansion de ce mode de protection. Les recommandations pour lever certains des obstacles à l'utilisation du préservatif féminin sont présentées ci-dessous. Pour autant, le coût élevé du préservatif féminin continuera de restreindre sa disponibilité et de décourager les directeurs de programme et les donateurs à investir dans l'achat de ce produit, réduisant toujours plus la disponibilité de ces préservatifs et par là même leur utilisation. À l'échelle de l'utilisateur, le prix plus élevé et le choix plus limité des préservatifs féminins par rapport aux préservatifs masculins restreignent également l'utilisation de ce mode de protection.

- 1. Accroître l'information et les connaissances sur le préservatif féminin au sein des communautés, en tenant compte des normes sociales et de genre.** La littérature a révélé que le manque d'informations et les normes de genre et de la communauté concernant le préservatif féminin diminuaient fortement l'utilisation de ce mode de protection. La commercialisation du préservatif féminin en tant qu'option de planification familiale, plutôt que de protection contre la transmission d'IST et du VIH, peut améliorer le degré d'acceptation au sein des populations générales. L'adoption de plusieurs

positionnements sur le marché en vue d'accroître la sensibilisation relative au préservatif féminin peut également encourager davantage de femmes à essayer un nouveau produit, dans certains cas, en incluant par exemple des messages portant sur le plaisir (Warren et Philpott, 2003). L'implication des hommes en tant qu'utilisateurs et promoteurs du préservatif féminin est également cruciale pour accélérer la démocratisation de ce mode de protection et faciliter la communication au sein du couple.

2. **Adopter une approche à plusieurs niveaux pour augmenter l'usage du préservatif féminin.** La littérature montre que les programmes relatifs au préservatif féminin ont rencontré davantage de succès lorsqu'ils impliquaient dès le départ un ensemble de partenaires et utilisaient une approche sur plusieurs niveaux, visant à la fois les individus, les communautés et les prestataires de services, tout en corrigeant les problèmes d'acquisition du matériel et d'approvisionnement. Les programmes complets, faisant la promotion du préservatif masculin et féminin, peuvent augmenter les options disponibles pour les hommes comme pour les femmes, et augmenter par là même le nombre d'actes sexuels protégés à l'aide de ces deux modes de protection (Ray, van De Wijgert, Mason, Ndowa et Maposhere, 2001).
3. **Développer le marketing social et renforcer l'évaluation des efforts dans ce secteur.** Le préservatif féminin est un mode de contraception idéal pour la promotion par le biais du marketing social et des médias, et la littérature parallèle disponible sur ce

thème est vaste. Cependant, on connaît peu l'impact réel du marketing social sur l'usage du préservatif, en particulier celui du préservatif féminin. Les études visant à évaluer l'impact des approches du marketing social, mettant en place des systèmes de récompenses financières et non financières, ont montré que des méthodes potentiellement innovantes visant à améliorer l'accès aux différents modes de protection et leur portée pouvaient se révéler efficaces, en particulier lorsqu'elles sont mises en place *via* des réseaux de pairs et des canaux non médicaux.

4. **Développer la formation sur la communication interpersonnelle.** Le développement des compétences interpersonnelles des femmes, notamment leur capacité à expliquer l'utilisation des préservatifs, à aborder facilement les problèmes d'insertion et à répondre aux problèmes liés aux vulnérabilités relatives aux genres peut contribuer à augmenter l'utilisation du préservatif féminin.
5. **Accroître la promotion du préservatif féminin au sein des populations à haut risque.** Plusieurs études indiquent que la promotion du préservatif féminin au sein des populations à haut risque pourrait se révéler efficace pour prévenir les cas de grossesse et la transmission des IST et du VIH. Les études examinées ont démontré un haut degré d'acceptation de ce produit parmi les travailleurs sexuels.

#### *Présentation du produit*



## Implants contraceptifs



Les implants hormonaux sont des bâtonnets en plastique fins et flexibles, de la taille d'une allumette, libérant une hormone progestative à l'intérieur du corps. Ces implants sont des contraceptifs progestatifs sûrs, très efficaces, rapidement réversibles et à longue durée d'action, et requièrent peu de surveillance après leur insertion. Les implants, placés sous la peau au niveau de l'avant-bras, préviennent les grossesses pendant une période prolongée après une seule administration et présentent un haut degré d'efficacité. Aucune action régulière de l'utilisatrice ni aucun suivi clinique de routine n'est nécessaire.

Les implants sont distribués par les trois principaux fabricants, Bayer Pharma AG (Allemagne), Merck/MSD Inc. (États-Unis) et Shanghai Dahua Pharmaceuticals Co., Ltd (Chine). Parmi les types les plus courants, on trouve le modèle Jadelle<sup>®</sup>, certifié par l'OMS (deux tiges contenant chacune 75 mg de lévonorgestrel, efficace pendant cinq ans) ; Sino-implant (II)<sup>®</sup>, qui n'a pas encore reçu la validation de l'OMS et est actuellement commercialisé sous différents noms commerciaux tels que Zarin<sup>®</sup>, Femplant<sup>®</sup> et Trust<sup>®</sup> (deux bâtonnets contenant chacune 75 mg de lévonorgestrel, efficace pendant au moins quatre ans) ; ainsi qu'Implanon<sup>®</sup> (certifié par l'OMS) et Nexplanon<sup>®</sup> (comprenant chacun une tige contenant 68 mg d'étonogestrel, efficace pendant trois ans). Nexplanon<sup>®</sup> est un modèle radio-opaque, pouvant être détecté aux rayons X si le bâtonnet est difficile à localiser en cas d'insertion trop profonde, qui dispose d'un trocart amélioré. La production de Norplant<sup>®</sup> (six bâtonnets contenant chacune 36 mg de lévonorgestrel, efficace pendant cinq à sept ans) a été interrompue en 2008.

En février 2013, un accord a été signé entre les partenaires du secteur public et du secteur privé et Bayer, afin d'obtenir une réduction du prix de son implant contraceptif, Jadelle<sup>®</sup>, qui est passé de 18 \$ à 8,5 \$ par unité dans plus de 50 pays. Cette mesure a été suivie en mai d'un accord avec Merck MSD visant à réduire le prix de l'implant Implanon<sup>®</sup> et de l'implant dernière création, Implanon NXT<sup>®</sup>, de 50 % au cours des six prochaines années. L'examen des données probantes a permis d'identifier 15 documents portant sur la création de la demande d'implants

contraceptifs et répondant aux critères d'inclusion, sept d'entre eux ayant été publiés dans la littérature soumise à un comité de lecture. Les données probantes ont été documentées dans des pays d'Afrique (12 études) et d'Asie (2 études), et dans un article abordant les approches générales et le potentiel d'utilisation des implants contraceptifs au sein des pays africains et asiatiques. Onze articles évaluaient les activités de programme impliquant des mesures relatives aux implants contraceptifs et trois articles décrivaient les connaissances, les attitudes et les comportements des utilisatrices et des non-utilisatrices de modes de contraception réversibles à longue durée d'action (CRLDA), généralement définis comme les implants et les dispositifs intra-utérins (DIU). Certaines études incluaient également les dispositifs injectables parmi les CRLDA. L'étude a identifié sept études provenant des pays pionniers suivants : Éthiopie (4), Nigeria (1), Sierra Leone (1) et Tanzanie (1).

### Principaux moteurs sociaux et comportementaux

Huit articles évaluant les interventions des centres de planification familiale, ainsi que les connaissances, les attitudes et les comportements des utilisatrices et des non-utilisatrices des modes de CRLDA, en particulier les facteurs sociaux et comportementaux.

La littérature a identifié un ensemble d'obstacles limitant la demande d'implants, parmi lesquels les effets secondaires sont les plus importants. En Éthiopie, les femmes mariées vivant dans des zones urbaines avaient tendance à ne pas utiliser d'implant ou de DIU, car elles utilisaient un autre mode de contraception tel que les contraceptifs par voie orale et les préservatifs ou se souciaient des effets secondaires potentiels (Alemayehu, Belachew et Tilahun, 2012). Au Nigeria, les

étudiantes adolescentes sexuellement actives n'utilisaient pas la CRLDA (définie dans l'étude comme les implants, DIU et dispositifs injectables), de peur que les méthodes puissent interrompre la grossesse ou provoquer l'infertilité, par peur des effets secondaires et en raison de contraintes culturelles et religieuses (Eke et Alabi-Isama, 2011). La peur des effets secondaires a également été mise en évidence au Bangladesh, notamment les changements relatifs aux cycles menstruels (EngenderHealth/The RESPOND Project, 2012), et en Tanzanie, où la peur des douleurs liées à l'insertion de l'implant, d'apparition de cancer, de perte ou de prise de poids était également répandue (EngenderHealth/The RESPOND Project, 2010). Pour les femmes se rendant dans des hôpitaux publics en Zambie, les obstacles à l'implant et aux DIU concernaient davantage les prestataires, tels que le manque de prestataires expérimentés, les préjugés concernant les prestataires et les problèmes d'approvisionnement, ainsi que le manque de connaissances (Neukom, Chilambwe, Mkandawire, Mbewe et Hubacher, 2011).

L'efficacité à long terme est ressortie comme le principal avantage de l'utilisation de l'implant contraceptif perçu par les utilisatrices finales. D'autres avantages ont été identifiés en Tanzanie, au Kenya et Bangladesh, notamment la capacité à utiliser des implants au moment de l'allaitement, le confort d'utilisation de l'insertion et de retrait (EngenderHealth/The RESPOND Project, 2010, 2012 ; Hubacher, Olawo, Manduku et Kiarie, 2011). Selon des études, les implants permettraient de lever un obstacle important chez les femmes éthiopiennes qui souhaitent recourir aux services de planification familiale, mais hésitant à exhiber leur corps, étant donné que cette intervention ne nécessite aucun examen de l'utérus (Pathfinder International Ethiopia, 2008). En Zambie, les femmes favorables à l'implant étaient plus jeunes et moins homogènes que les utilisatrices de DIU (Neukom et coll., 2011). Selon l'étude, les femmes atteintes du VIH au Rwanda et en Zambie seraient plus susceptibles d'utiliser des implants lorsqu'elles sont moins âgées et les modes de contraception actuels auraient une forte influence sur l'utilisation de la CRLDA. Par exemple, les femmes utilisant des dispositifs injectables seraient deux fois plus susceptibles d'adopter la CRLDA par rapport aux utilisatrices de préservatifs (Khu et coll., 2012). Toutefois, une étude menée au Kenya n'a identifié aucune corrélation entre les modes de contraception modernes et le choix de l'implant (Hubacher et coll., 2011).

Peu de données probantes ont été trouvées sur les moteurs sociaux et comportementaux parmi les prestataires. Au Bangladesh, le projet SHOPS (Strengthening Health Outcomes through the Private Sector) a mené des recherches formatives afin d'identifier les principaux obstacles à l'approvisionnement de la CRLDA (défini dans l'étude comme les implants, les DIU et les dispositifs injectables) au sein des prestataires privés, notamment les infirmiers, les généralistes et les obstétriciens/gynécologues spécialisés (Sanders et SHOPS Project, 2012). L'étude a révélé un niveau de connaissances très faible concernant les effets secondaires propres à chaque mode de contraception, notamment la croyance selon laquelle les DIU et les implants présenteraient de nombreux effets secondaires contraignants. Les lacunes portaient également sur les politiques en place, notamment les personnes habilitées à fournir les dispositifs de CRLDA. Une grande partie des personnes interrogées ont déclaré être en mesure d'insérer des implants ; beaucoup de ces personnes pratiquaient d'ailleurs ce type d'intervention sans avoir suivi

de formation. L'étude a également révélé que, bien que les femmes déclarent que leur mari soit plutôt favorable à la CRLDA, la plupart des prestataires considéraient les maris comme hostiles à la CRLDA et estimaient que les femmes ne devaient pas utiliser ces méthodes sans le soutien de leur mari. Ces résultats indiquent que les prestataires ont tendance à accorder davantage d'importance à l'approbation des maris qu'à l'opinion des femmes ou au nombre d'enfants souhaité lors des échanges de conseils sur les modes de contraception.

### Stratégies de mise en œuvre et impact

L'examen de la littérature a révélé que les populations visées par les programmes de création de la demande concernaient les utilisatrices potentielles de la CRLDA (13 articles) ainsi que les prestataires (5 articles). Parmi les utilisatrices potentielles de la CRLDA définies dans le cadre des études, on retrouve : les patientes des cliniques, les jeunes femmes, les femmes mariées, les femmes atteintes du VIH, les femmes issues de milieux défavorisés et les femmes cherchant à adopter la CRLDA. La plupart des stratégies de mise en œuvre de l'utilisation de la CRLDA concernaient des conseils *via* des pairs et des agents de santé (7 articles), l'approvisionnement de produits (5 articles), la sensibilisation communautaire (5 articles) et les médias (2 articles). Six articles incluaient également des stratégies impliquant la formation des agents de santé, comprenant dans la plupart des cas un renforcement des conseils relatifs à la CRLDA et aux compétences en matière d'insertion d'implants.

L'intégration de services était une stratégie adoptée par plusieurs interventions axées sur les conseils concernant la CRLDA et sur la mise à disposition de produits pour accroître leur utilisation. Un programme mené dans deux villes au Rwanda et en Zambie, visant les couples sérodiscordants, a révélé que l'intégration de services de tests de dépistage du VIH pour les couples, de conseils en matière de planification familiale, et la mise à disposition de CRLDA ont favorisé l'adoption de cette méthode contraceptive par les couples sérodiscordants : la fourniture de conseils et de services en matière d'implants contraceptifs a augmenté le recours à ce mode de contraception de 140 % au Rwanda et de 200 % en Zambie (Khu et coll., 2012).

Au Mali, un programme cherchant à répondre aux besoins en matière de planification familiale parmi les femmes en âge de procréer a été déployé auprès de femmes se rendant aux journées de vaccination clinique pour les enfants âgés de moins d'un an (PSI, 2012). Pendant l'événement, la sage-femme, aidée du personnel hospitalier, renseignait les femmes attendant de faire vacciner leur enfant sur l'importance de la planification familiale en matière de santé maternelle et infantile (SMI). L'ensemble des modes de contraception modernes disponibles au Mali, en particulier la CRLDA, a été abordé dans le cadre de discussions préliminaires. Les femmes ont été informées de la possibilité de recourir à des services de conseils, d'examen et de pose d'implants en clinique à des prix subventionnés. Au cours de la première vague de vaccinations, se déroulant sur 14 jours, 720 femmes ont été informées et 10 % d'entre elles ont opté pour la CRLDA. Au cours de la deuxième vague, se déroulant sur 292 jours, 12 204 femmes ont participé à la campagne et 18 % d'entre elles ont opté pour la CRLDA. D'après les auteurs, les cliniques manquaient de personnel pour fournir à la fois les vaccins et les services de CRLDA le même jour et une sage-femme spécialisée en CRLDA aurait été nécessaire. L'approche

s'avère prometteuse compte tenu du nombre élevé de femmes ayant opté pour la CRLDA après que cette méthode leur a été proposée.

La stratégie d'intégration des services s'est également avérée probante en Zambie, grâce à la mise en place d'un programme ciblant les femmes se rendant dans des cliniques et au recrutement de sages-femmes spécialisées, formées aux techniques de CRLDA, dans le but de promouvoir l'utilisation de ce mode de contraception (Neukom et coll., 2011). Les sages-femmes ont également mené des discussions sur la CRLDA auprès des femmes dans les salles d'attente des cliniques, en attendant de services sanitaires SMI, et les ont informées sur la possibilité de recourir aux services CRLDA le même jour si elles le désiraient. Les sages-femmes se sont ensuite appuyées sur les retours des patientes et ont inscrit les données sur un tableau, afin de transmettre les sentiments des utilisatrices vis-à-vis de la CRLDA. Sur plus de 14 mois, le programme a fourni des services CRLDA à 33 609 femmes, ayant opté soit pour la pose d'un implant (66 %), soit pour un DIU (34 %), et a atteint de nouvelles populations (plus jeunes et moins homogènes). L'amélioration de l'accès aux structures de soins a également été l'un des points essentiels du programme pour répondre aux besoins en CRLDA des femmes enceintes porteuses du VIH au Rwanda (Dhont et coll., 2009). Les femmes ont été conviées à des séances de conseils en planification familiale par des infirmiers formés avant la prestation. Bien qu'aucun mode de contraception particulier n'ait été privilégié, un grand nombre de femmes se sont tournées vers les implants dès lors que ce mode de contraception devenait plus accessible.

L'éducation en matière de santé par le biais des médias, de documentations et d'autres matériels a été utilisée à la Sierra Leone pour susciter l'intérêt pour les implants et sensibiliser la population sur ses avantages, parallèlement à la formation des agents de santé en matière de conseils et de compétences cliniques (MSI, 2010). Le programme comprenait la distribution d'affiches et d'autres supports *via* les agents de santé communautaires, la diffusion de spots radio et des débats télévisés. Le programme a également utilisé une approche centrée sur le réseau social en travaillant auprès des différents acteurs de la communauté, afin de les encourager à promouvoir la sensibilisation de ces méthodes. L'évaluation du programme a montré que la sensibilisation sur cette méthode de contraception avait porté ses fruits, car les clients étaient capables de demander le produit par son nom au sein des franchises sociales privées.

La délégation des tâches aux agents de santé de la communauté s'est avérée probante en Éthiopie, où un programme visant à former les agents sanitaires en matière de conseil sur les implants contraceptifs et de services d'insertion a permis d'évaluer si l'approvisionnement de la communauté était à même de couvrir les besoins de quatre zones rurales (Pathfinder International Ethiopia, 2012). Les agents sanitaires ont recruté des femmes pour les services de planification pendant les périodes de formation pratique et 96 % des femmes éligibles ont opté pour les implants. Les auteurs ont découvert que l'approvisionnement d'implants à l'échelle de la communauté permettait de toucher les femmes présentant les besoins les plus élevés, en particulier les femmes âgées de 20 à 35 ans. La fourniture de services au sein de la communauté permettait d'améliorer l'accès des jeunes femmes mariées, qui nécessitaient généralement l'accord de leur famille et une escorte pour se déplacer.

Un autre programme réalisé en Éthiopie (Pathfinder International Ethiopia, 2010) a permis de générer une demande d'implants contraceptifs grâce au travail mené auprès des agents de santé reproductive de la communauté (ASRC), au soutien des

structures publiques et privées en matière d'équipement, d'approvisionnement et de formation et à la mise en place de programmes de sensibilisation *via* une plateforme d'échange, un espace de travail et des forums destinés aux jeunes. Les ASRC ont proposé des formations en matière de santé au niveau des ménages, ont distribué des contraceptifs oraux et des préservatifs et se sont adressés aux patientes des services hospitaliers. Dans le cadre du programme, les ASRC ont été les sources d'information les plus citées en matière d'implants et de DIU. Les patientes ayant accepté des implants sont passées de moins de 1 000 en 2002-2003 à près de 55 000 en 2005-2006 dans les zones couvertes par le projet. La plupart des utilisatrices de la CRLDA sont passées à des modes de contraception à courte durée d'action et 30 % d'entre elles utilisaient un mode de contraception pour la première fois. Les auteurs ont conclu que pour améliorer l'accès aux services et leur qualité, les programmes devaient concentrer davantage leur formation à l'échelle de la communauté afin d'attirer de nouvelles utilisatrices, d'augmenter le nombre de formations et le contrôle, de mettre en place des directives sur les méthodes de retrait sur demande et d'améliorer la logistique et l'approvisionnement.

### Conclusions, lacunes et recommandations

Grâce à la diminution récente du coût de Jadelle® et d'Implanon®, le potentiel d'augmentation de la demande d'implants est élevé. Cependant, les faibles compétences des prestataires de soins en matière de conseil, le manque d'informations et la crainte d'effets secondaires vont probablement représenter des freins à l'utilisation de ce produit. Les recommandations pour lever ces obstacles sont les suivantes :

1. **Développer les connaissances des consommateurs des services de santé.** Alors que la demande d'implant est considérée comme élevée, les femmes et leur famille ont encore besoin d'obtenir des informations sur les avantages de ce mode de contraception ainsi que des explications claires sur les effets secondaires potentiels et les moyens de pallier ces effets. L'éducation en matière de santé par le biais des médias, de documentations et d'autres matériels est un canal potentiel et a été utilisée à la Sierra Leone pour sensibiliser la population sur les avantages des implants. Toutefois, les mythes et les conceptions erronées sont mieux corrigés *via* la communication interpersonnelle.
2. **Accroître la délégation des tâches et le personnel dédié aux implants.** Des recherches menées en Éthiopie ont démontré que la délégation des tâches aux agents de santé communautaires pouvait s'avérer probante. La délégation des tâches et un personnel dédié permettent également d'influencer l'utilisation des modes de contraception au sein des systèmes de santé. L'intégration des services aux services VIH, SMI, etc., avec la participation de prestataires dédiés à la CRLDA, est une autre stratégie au niveau de la structure permettant d'améliorer l'utilisation des modes de contraception.
3. **S'assurer que la formation des prestataires sur l'insertion d'implants couvre l'acquisition de compétences en matière de conseils et la mise à disposition d'auxiliaires de santé clairement identifiés.** Les prestataires implantés à l'échelle des structures et de la communauté requièrent des compétences spécifiques afin de conseiller les femmes et leur famille sur les modes de contraception existants, les avantages des implants ainsi que les effets secondaires potentiels et les moyens de pallier ces effets. Les prestataires doivent être capables d'informer et de conseiller les femmes sur le retrait des dispositifs de contraception.

## Contraception d'urgence



### Présentation du produit

La contraception d'urgence (CU) offre aux femmes une dernière chance d'éviter une grossesse non planifiée après une agression sexuelle, un échec de la contraception ou dans d'autres cas de rapports non protégés. Bien qu'il existe plusieurs produits destinés à la contraception d'urgence, la pilule contraceptive d'urgence exclusivement à base de lévonorgestrel est le seul produit contraceptif d'urgence largement diffusé dans les pays développés. Les PCU sont optimales lorsqu'une dose de 1,5 mg est prise le plus tôt possible après l'acte sexuel, bien qu'un produit comprenant deux tablettes de 0,75 mg chacune, nécessitant une prise 12 heures après l'acte sexuel, soit plus courant dans les pays en développement.

Les PCU sont un mode sûr convenant à la distribution directe, sans ordonnance, par un pharmacien ou un spécialiste. Ce type de contraceptif est actuellement disponible dans presque tous les pays et est classé dans la catégorie des produits ne nécessitant pas d'ordonnance dans plus de 60 pays, y compris dans de nombreux pays à faible revenu. Ce type de contraceptif est directement disponible en pharmacie de manière informelle dans de nombreux pays en développement, même dans des pays où il est inscrit parmi les médicaments nécessitant une ordonnance.

L'examen des données probantes a permis d'identifier 21 documents relatifs aux facteurs sociaux et comportementaux et à la création de la demande répondant aux critères d'inclusion. Les données probantes provenaient de quatre pays pionniers : Nigeria (3), Sénégal (1), Éthiopie (1) et Ouganda (1).

### Principaux moteurs sociaux et comportementaux

L'accès à la PCU varie selon les contextes des différents pays et dépend d'un certain nombre de contextes culturels, sociaux et politiques. La littérature relative aux PCU est vaste et se concentre majoritairement sur les études en matière d'efficacité et les obstacles à l'approvisionnement liés à un accès aux soins insuffisant ou aux préjugés des prestataires. Dans la plupart des pays en développement, le faible taux de sensibilisation à la PCU constitue un obstacle majeur en termes d'accès à ce mode de contraception (ICEC, 2011). Les données sur le niveau de connaissances sur la CU et le recours à ce mode de contraception dans les pays pionniers entre 2007 et 2011 montrent que la proportion de femmes ayant déjà entendu parler de la CU va de 6,2 % à la Sierra Leone jusqu'à 35,1 % au Malawi, avec sept pays en dessous de 20 % (ICEC, 2011).

Plusieurs études ont été identifiées dans des pays pionniers, notamment sur la compréhension des obstacles au niveau des prestataires et les initiatives prises pour contourner ces barrières *via* des programmes de sensibilisation et de formation (Ahonsi, Salisu, Idowu et Oginni, 2012 ; Mané, Brady, RamaRao et Bintou Mbow, 2012 ; Williams, 2011). Les études montrent que même lorsque les connaissances sur les PCU sont élevées, la distribution de ce mode de contraception fait face à de nombreux obstacles. Les deux principaux obstacles à la distribution comprennent le manque de connaissances suffisantes sur les PCU et les attitudes négatives vis-à-vis de la méthode employée par les prestataires de soins, bien que les attitudes aient été plus favorables en Ouganda (Byamugisha et coll., 2007). Deux études menées au Nigeria (Ebuehi, Ebuehi et Inem, 2006 ; Orijji et Omietimi, 2011) ont révélé de grandes disparités entre les docteurs, les infirmiers et les autres prestataires de soins en matière d'administration de PCU et de compréhension du mécanisme biologique d'action. Unique parmi les méthodes de planification familiale, le mécanisme d'action de la CU est souvent assimilé à tort à un avortement médicalisé et l'idée selon laquelle l'utilisation répétée de ce mode de contraception pourrait entraîner des problèmes de



santé sur le long terme, notamment en matière de fertilité, est répandue, bien que les examens de données n'aient révélé aucune hausse des risques (Halpern, Raymond et Lopez, 2011). Ces lacunes affectent le confort des prestataires et la capacité à conseiller les utilisatrices potentielles de la PCU. Une étude menée au Kenya et en Éthiopie (Judge, Peterman et Keesbury, 2011) a également révélé que bien que les prestataires soient très informés au sujet de la PCU en tant que moyen de prévenir la grossesse après un rapport sexuel, les connaissances sur le mécanisme biologique réel étaient faibles, ce qui a conduit à des confusions sur la manière d'administrer les PCU. Toutes ces études ont révélé des préjugés fortement ancrés dans l'esprit des prestataires de soins concernant l'administration de PCU à certaines populations, telles que les adolescentes et les femmes non mariées.

La correction de ces lacunes parmi les prestataires de soins pourrait améliorer l'accès aux PCU et leur couverture. En Ouganda, par exemple, une étude a révélé que les agents de santé du secteur public et privé disposaient d'un haut niveau de connaissances concernant les avantages des PCU et avaient un point de vue favorable sur ce mode de contraception pour prévenir une éventuelle grossesse, une situation liée aux initiatives éducatives mises en place à l'échelle nationale (Byamugisha, Mirembe, Faxelid et Gemzeli-Danielsson, 2007). L'étude révèle également que la formation et le soutien des prestataires de soins en matière de PCU, notamment sur les dernières recherches et pratiques en la matière, peuvent augmenter le degré d'acceptation et la couverture des PCU.

### Stratégies de mise en œuvre et impact

#### Marketing social

Les femmes peuvent se procurer des PCU en toute sécurité en pharmacie, sans prescription médicale. Elles sont de ce fait parfaitement adaptées aux secteurs du marketing commercial et social. Cette approche a été utilisée dans plusieurs pays pour améliorer l'accès à ces produits et augmenter leur utilisation. Par exemple, PSI met actuellement en place des programmes de MS sur les PCU en Inde, au Kenya, au Paraguay, au Myanmar, au Zimbabwe et au Pakistan. Les stratégies d'utilisation à grande échelle de la PCU varient d'un pays à l'autre et doivent par conséquent s'adapter à chaque pays destinataire. Toutefois, ces stratégies passent généralement par les étapes suivantes : (1) sensibilisation ; (2) acquisition des connaissances et des compétences nécessaires par les prestataires de soins ; (3) mise à disposition et accessibilité ; (4) développement des connaissances et de l'acceptabilité au sein des communautés (PSI, 2013). En 2011, les programmes PSI ont vendu à eux seuls plus de 3,7 millions de doses de PCU à l'échelle mondiale. Marie Stopes International (MSI) et des filiales de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) ont également utilisé le MS pour les PCU, bien que la revue de la littérature ait démontré que les approches de PSI et de DKT International aient été plus largement examinées.

Les programmes de PSI et de DKT utilisaient des approches de segmentation du marché innovantes permettant d'adapter les produits aux populations et d'augmenter ainsi son degré d'acceptation et à terme son utilisation. Ces programmes utilisaient une grande variété d'approches, allant de l'image de marque, aux médias, en passant par l'intervention de célébrités et la mobilisation communautaire. Ces initiatives ont démontré

que de nombreux consommateurs préféreraient accéder aux PCU *via* des commerces ou le MS, c'est pourquoi il est essentiel que des informations sur les PCU soient disponibles en dehors des structures hospitalières. Dans l'ensemble le MS et les autres canaux non médicaux de distribution des PCU constituent des stratégies de création de la demande à la fois importantes et efficaces. Pourtant, une évaluation récente montre qu'à l'heure actuelle seul un tiers des programmes de marketing social qui offre une planification familiale incluent la PCU dans les méthodes proposées (Westley et Shochet, 2013).

#### Services de premier recours et distribution

L'évaluation d'une initiative visant à ce que la PCU soit prise en compte par les secteurs public et privé au Kenya, par le biais de la formation des pharmaciens privés et de la mise à disposition de matériel de communication a permis de constater que les pharmaciens qui avaient bénéficié de ces interventions étaient mieux à même de délivrer des PCU à leurs patientes et plus à l'aise vis-à-vis de cette méthode de contraception, notamment pour transmettre des connaissances exactes sur les mécanismes d'action et les effets secondaires potentiels, par rapport aux sites de contrôle (Keesbury, Liambila, Obare et Kuria, 2009a). L'étude suggère que, lorsque les pharmacies disposent des outils, du matériel et des connaissances adéquats, ils peuvent jouer un rôle important dans la sensibilisation et l'accès des femmes aux PCU. Certaines des leçons tirées de cette initiative ont été utilisées pour développer un kit d'outils destiné aux décideurs et aux prestataires de services pour prendre en compte les PCU dans les pays en développement.

#### Les médias et la communication interpersonnelle

En Jamaïque, pays qui a autorisé en 2003 la distribution en pharmacie de PCU sans ordonnance, une campagne visant à promouvoir les rapports sexuels protégés s'est concentrée sur les messages suivants : 1) absence de rapports sexuels occasionnels ; 2) utilisation régulière d'un préservatif ; et 3) en dernier recours, utilisation de PCU au cours des trois jours suivant le rapport sexuel non protégé. Bien que les autorités se tournent avant tout vers les filles adolescentes, les messages étaient destinés à toutes les femmes et plaçaient la PCU dans un contexte de santé sexuelle et reproductive plus large. Aucune donnée probante n'indique que l'utilisation de la PCU augmenterait les risques de grossesse, de contraction d'IST ou les comportements sexuels ou contraceptifs à risque, notamment parmi les jeunes femmes (ICEC, 2013) ; malgré cela, l'un des principaux obstacles découverts au cours de l'étude a été l'idée répandue selon laquelle l'accès aux PCU augmenterait les rapports sexuels occasionnels, notamment au sein des populations jeunes (Chin-Quee, Hinson, L'Engle, Otterness et Janowitz, 2012).

Le Mexique a mis en place une stratégie d'introduction de la PCU sur dix ans à l'échelle nationale, comprenant notamment la hausse de la sensibilisation auprès du public, dans le cadre d'une approche en quatre volets destinée à améliorer l'accès à la PCU et à augmenter son utilisation. Les messages relatifs aux PCU ont été diffusés à l'aide de plusieurs méthodes : des cartes postales humoristiques placées dans des lieux stratégiques tels que les restaurants, les bars et les clubs de gymnastique, des tapis de souris et une ligne d'assistance téléphonique. Des résultats provenant de deux recherches (Ellertson et coll., 2002 ;

Schiavon et Westley, 2008) ont révélé que la sensibilisation était passée de 13 % à 32 % et que le soutien de la PCU était passé de 73 % à 83 %.

Ces études de cas ont également révélé une hausse des ventes de près de 100 % chaque année sur trois ans. Un aspect innovant de la stratégie consistait à la mise en place de campagnes solides dans les médias avant l'introduction des PCU. La campagne intégrait un atelier médias afin d'éviter d'éventuelles réactions violentes dans la presse vis-à-vis des efforts de promotion de la PCU, notamment de la part de la communauté religieuse. Selon les conclusions des auteurs, « le principal enseignement tiré de ces initiatives est que les partenariats sont un élément absolument indispensable pour parvenir à un changement à grande échelle et au niveau intersectoriel pour l'introduction de la CU ».

Les lignes d'assistance téléphonique de conseil ont également été utilisées dans d'autres pays afin d'améliorer les connaissances en matière de PCU au sein des membres de la communauté et des prestataires. Par exemple, au Sri Lanka, une ligne d'assistance téléphonique a été développée pour les membres de la communauté et les fournisseurs de service avec les informations sur comment utiliser les PCU et les effets secondaires potentiels. La ligne d'assistance téléphonique a été mise en évidence dans des publicités de journaux et d'autres publications locales (ICEC, n.d.). Au Kenya, des informations relatives à la PCU ont été intégrées à une ligne d'assistance téléphonique sur la sexualité des jeunes. Une étude de cas documentant le projet a révélé que le processus d'intégration comportait une formation d'un jour et une formation de rappel pour les conseillers en ligne, fournissant des informations de base sur le mécanisme d'action des PCU, les lieux de distribution des PCU et l'incorporation des PCU aux conseils sur d'autres services de santé sexuelle et reproductive (SSR) (Keesbury et coll., 2009).

L'amélioration des communications parent-enfant était l'un des axes choisis par un autre projet mené au Mexique, destiné à évaluer une initiative sur l'amélioration de l'accès des adolescentes aux services SSR, notamment aux PCU (Campero, Walker, Rouvier et Atienzo, 2010). Le projet a permis la mise en place d'ateliers sur le dialogue intercréationnel, comprenant des activités de groupe et une sensibilisation sur les avantages d'une meilleure communication, des informations sur les IST et la grossesse au moment de l'adolescence, l'accès à des préservatifs et aux PCU, des informations sur ce thème et des activités de développement telles que des jeux de rôle et des activités en binômes. Le projet intégrait la création d'une trousse de prévention destinée aux parents pour leurs enfants. L'étude a démontré qu'à l'issue des ateliers, l'attitude des parents vis-à-vis de la communication et des SSR avait évolué : les parents étaient plus à même d'accepter les risques auxquels les adolescentes font face et les limites de leurs connaissances. L'étude conclut en considérant le pack de prévention comme un outil essentiel pour aider les parents à aborder les problèmes sensibles et à reconnaître que leurs enfants sont maîtres de leur vie sexuelle et de leurs décisions.

L'éducation et la sensibilisation par des pairs ont été deux des stratégies employées dans le cadre du projet Aunties au Cameroun (Goergen et Ndonko, 2006), comprenant la participation de mères adolescentes à un atelier de formation

fournissant des informations et des conseils en matière de santé reproductive, et notamment de PCU. Suite à cette formation, les jeunes mères s'autoproclamaient « tantes » de leur communauté, afin de former les autres filles en matière de SSR. Le projet a révélé que cette intervention en contexte, malgré un délai restreint, permettait d'améliorer rapidement la sensibilisation en matière de PCU et plus généralement de santé reproductive, ce qui indique que les interventions à court terme peuvent avoir un effet d'entraînement au sein d'une communauté permettant d'améliorer la sensibilisation et le degré d'acceptation, en particulier d'un nouveau produit.

### **Approche intersectorielle**

En Zambie, les autorités ont lancé une initiative innovante afin d'impliquer les forces de police dans la distribution des PCU. Compte tenu du nombre élevé d'agressions sexuelles, les officiers de police sont souvent les premiers intervenants à entrer en contact avec les victimes à la suite d'une agression. En distribuant des PCU, les officiers de police peuvent calmer les femmes et les diriger vers des structures de soin. L'initiative comprenait une formation et des conseils sur les compétences de base en matière de conseil, les problèmes des hommes et des femmes en matière de SSR, les risques liés aux agressions sexuelles, les droits des utilisatrices, la qualité des soins, les compétences interpersonnelles, les rôles de chacun et la tenue de dossiers. Une évaluation du programme a révélé que la police était un intermédiaire efficace et sûr pour la distribution de PCU (Keesbury et coll., 2009). L'évaluation a également révélé une augmentation des signalements d'agressions basées sur le genre et de viols, car les femmes savaient qu'elles pouvaient obtenir des PCU auprès de la police et que la police jouait un rôle clé pour diriger les victimes vers d'autres services tels que la prophylaxie postexposition permettant de détecter le VIH.

### **Conclusions, lacunes et recommandations**

L'accès à la PCU varie selon les contextes des différents pays et dépend d'un certain nombre de contextes culturels, sociaux et politiques. Les recommandations pour lever ces obstacles à l'utilisation de la PCU sont détaillées ci-dessous :

- 1. Développer les connaissances des consommateurs des services de santé et corriger leurs perceptions erronées des PCU.** Le faible niveau de sensibilisation de la plupart des pays en développement constitue un obstacle majeur à l'utilisation de la PCU, puisque la majorité des femmes n'a jamais entendu parler de ce mode de contraception, d'après les données des EDS, et ne pense donc pas à l'utiliser. Des recherches supplémentaires portant sur les meilleures approches à adopter à l'échelle de la communauté pour améliorer la sensibilisation sur les PCU et accroître leur demande sont nécessaires.
- 2. Accroître le marketing social des PCU.** Étant donné que les PCU peuvent être fournis en toute sécurité dans des pharmacies sans contrôle clinique, les commerces et le MS sont un moyen idéal de promouvoir ce type de produit. Cette approche a été utilisée dans de nombreux pays pour améliorer l'accès à ces produits et leur utilisation. Des recherches ont également démontré que de nombreux



consommateurs préféreraient accéder aux PCU dans les commerces ou *via* le marketing social, c'est pourquoi il est essentiel que des informations sur les PCU soient disponibles en dehors des structures hospitalières. Bien que ces stratégies d'utilisation à grande échelle de la PCU varient d'un pays à l'autre et doivent par conséquent s'adapter à chaque pays destinataire, ces stratégies comprennent généralement les éléments suivants : (1) sensibilisation ; (2) acquisition des connaissances et des compétences nécessaires par les prestataires de soins ; (3) mise à disposition et accessibilité ; (4) développement des connaissances et de l'acceptabilité au sein des communautés (PSI, 2013). Dans l'ensemble, le MS et les autres canaux non médicaux de distribution des PCU constituent des stratégies de création de la demande à la fois importantes et efficaces. Il conviendra par la suite d'évaluer en détail la réussite des approches s'appuyant sur le marketing social et d'autres canaux non médicaux.

- 3. Accroître l'utilisation des médias et de la communication interpersonnelle.** Utiliser tous les mécanismes disponibles afin de disséminer des informations précises sur la PCU. Des campagnes dans les médias solides, des lignes d'assistance téléphonique et une meilleure communication parent-enfant ont été utilisées pour accroître l'utilisation de la PCU. L'élaboration d'une stratégie alliant des méthodes complémentaires sera néanmoins nécessaire pour améliorer les connaissances et l'utilisation de ce produit.
- 4. Développer les connaissances et faire reculer les préjugés des prestataires de soins.** Les deux principaux obstacles à la distribution de PCU comprennent le manque de connaissances suffisantes sur la PCU et les attitudes négatives vis-à-vis de la méthode employée par les prestataires de soins. Les connaissances sur les mécanismes biologiques sont très faibles chez les prestataires, entraînant des confusions sur la manière d'administrer les PCU. Des recherches ont démontré que ces lacunes affectaient le confort des prestataires et la capacité à conseiller les utilisatrices potentielles de la PCU. De nombreuses études ont révélé des préjugés fortement ancrés dans l'esprit des prestataires de soins concernant l'administration de PCU sur certaines populations, en particulier les adolescentes

et les femmes non mariées. La formation et le soutien des prestataires de soins en matière de PCU, avec une attention particulière accordée à certains groupes de population, notamment sur les dernières recherches et pratiques en la matière, peuvent augmenter le degré d'acceptation et la couverture des PCU.

- 5. Promouvoir le soutien des politiques en faveur de la PCU.** L'implication des décideurs nationaux et de personnalités influentes dans le domaine de la politique et des médias ainsi qu'une attention particulière accordée aux environnements juridiques et aux politiques sont essentielles pour accélérer la démocratisation des PCU et soutenir les efforts de promotion, et passer par exemple de l'état de médicament prescrit à celui de médicament sans ordonnance. Les efforts menés en de larges coalitions permettent de dissiper d'éventuelles réactions négatives de la part des groupes d'opposition et de garantir la disponibilité d'informations sur les produits en question.
- 6. Adopter des approches intersectorielles afin de favoriser le recours aux PCU.** L'initiative menée en Zambie mentionnée plus haut, impliquant les forces de police du pays pour la distribution des PCU, met en lumière un champ d'innovation pour l'avenir. Les éventuelles approches intersectorielles, comme c'est le cas en Zambie, permettent d'étendre la sensibilisation à des populations cibles à des moments critiques. De cette manière, la police et d'autres partenaires publics non médicaux peuvent fournir des PCU en toute sécurité et de manière efficace aux victimes d'agressions sexuelles, permettant d'augmenter potentiellement le nombre de signalements de violences basées sur le genre et de viols, et de diriger les victimes vers d'autres services de santé. Les obstacles réglementaires tels que les exigences ou règles en matière d'ordonnance stipulant que seuls les agents de santé sont habilités à délivrer des PCU doivent être levés.

## Conclusions et recommandations

En utilisant le cadre socioécologique pour guider la synthèse des données probantes, des facteurs comportementaux et des barrières au niveau individuel, communautaire et sociétal ont été identifiés, qui influencent la demande en SINMR. Pour nombre de produits, un contexte politique favorable a été un facteur clé pour assurer une distribution efficace et un élargissement de la sensibilisation à tous les niveaux. En revanche, la littérature a principalement révélé un ensemble de freins à l'utilisation des produits essentiels.

La littérature des différents produits comprenait de nombreuses données probantes relatives à des stratégies permettant de lever ces barrières et à des approches permettant de générer de la demande. Pour certains produits, notamment les SRO, le zinc et les préservatifs féminins, de nombreuses études étaient exploitables. Toutefois, d'autres produits, notamment les produits de santé néonatale, disposaient de peu de littérature concernant la création de la demande de produits, rendant les données probantes extrêmement limitées dans ce domaine.

D'après les données probantes disponibles, les conclusions et recommandations suivantes sont présentées pour orienter de nouvelles recherches et la mise en œuvre de programmes de création de la demande :

## 1 Au niveau individuel – Consommateurs de soins de santé

### *Comprendre les pratiques et la demande*

**locales en matière de traitements inefficaces et y répondre.** Des barrières sociales, culturelles et religieuses peuvent empêcher les personnes de demander ou d'utiliser de nombreux produits sur les 13 relevés. La littérature a révélé le besoin d'examiner les pratiques locales existantes et l'absence potentielle de perception des risques concernant certaines de ces pratiques.

**Améliorer les connaissances des consommateurs de soin de santé grâce à la diffusion de messages adaptés aux différents publics visés.** La littérature a révélé que les consommateurs de soin de santé manquaient des connaissances concernant certains voire l'ensemble des 13 produits. Les recherches ont montré que les messages relatifs aux produits ne touchaient pas certains segments essentiels du public visé, tels que les mères vivant dans les zones les plus reculées, ou ne cherchaient pas à s'adresser à d'autres publics clés (tels que les pères, les partenaires masculins ou les grands-parents). Certaines études ont révélé que l'éducation en matière de santé visait exclusivement les mères, faisant ainsi abstraction de tous les autres soignants potentiels. Compte tenu du rôle souvent joué par les partenaires masculins, les mères/belles-mères et les autres mères en matière de recherche, l'implication des pères et d'autres membres de la famille en matière d'éducation sanitaire constitue un aspect essentiel. La segmentation du public est essentielle pour identifier les

agents à même d'influencer la prise de décision en matière de soins et d'utilisation des produits et créer des messages de communication adaptés, capables de lever les obstacles propres à chaque groupe de population.

**Élaborer et mettre en œuvre des stratégies visant à passer de la sensibilisation et de l'éducation à de véritables changements de comportement.** Bien que la littérature étudiée n'a révélé aucune stratégie faisant passer progressivement le consommateur de soins de santé de la sensibilisation à la connaissance, puis à l'action, il en ressort malgré tout plusieurs enseignements. Par exemple, bien que les médias s'avèrent généralement efficaces pour la diffusion des connaissances à grande échelle, il semble que la communication interpersonnelle ait davantage d'influence pour promouvoir l'utilisation du préservatif féminin. En règle générale, les programmes de création de la demande sur plusieurs niveaux ont tendance à influencer davantage les comportements que les approches couvrant un seul canal.

## Au niveau individuel – Prestataires de soins



De nombreux produits de base, parmi lesquels l'ocytocine, le misoprostol, le sulfate de magnésium et les produits de santé

néonatale, sont prescrits par des prestataires. Or, les recherches démontrent que les prestataires de soins formels et informels manquent de connaissances au sujet de ces produits. Par ailleurs, la littérature a révélé que les prestataires présentaient des préjugés personnels vis-à-vis de certains de ces produits, lesquels avaient un impact négatif sur la demande du consommateur et sur l'utilisation des produits.

**Développer les connaissances de l'ensemble des prestataires de soins.** Les stratégies visant à promouvoir l'éducation et la sensibilisation auprès des prestataires sont déterminantes pour améliorer les résultats en termes de santé. Qu'ils soient formels ou informels, les prestataires sont souvent considérés par les utilisatrices comme des sources d'information médicales fiables. Il est essentiel que tous les prestataires disposent d'informations actualisées et complètes sur les produits de base. La littérature indique que les efforts visant à améliorer certains produits prescrits par les prestataires visaient principalement les pharmaciens, les infirmiers, les sages-femmes et les accoucheuses expérimentées. Toutefois, même les accoucheuses peu formées, les pharmaciens, les ASC et d'autres agents peuvent permettre d'accroître l'utilisation de certains de ces produits. Toutes les méthodes de formation appropriées doivent être prises en compte. Les principaux pairs ayant adopté en premier les traitements peuvent aider à renforcer les messages de formation et s'avérer plus influents que les formations formelles.

**Éduquer les prestataires à propos du danger des préjugés personnels.** La plupart des recherches indiquaient que les préjugés avérés ou perçus des prestataires empêchaient les consommateurs de chercher des soins et un traitement. Les formations données aux prestataires doivent lever ces obstacles en apportant des informations valides et en offrant des exemples concrets sur les méthodes disponibles pour affaiblir les préjugés des consommateurs.

**Renforcer les directives et les protocoles de certains produits.** Au niveau administratif, le leadership doit être renforcé afin d'établir et de diffuser des directives claires sur l'utilisation de certains produits, tels que l'ocytocine, le misoprostol et le sulfate de magnésium. Des recherches ont démontré que les prestataires connaissaient mal les options et directives concernant ces produits et ne se sentaient pas suffisamment au fait des modalités d'administration de ces médicaments. La participation d'agents de santé dans le cadre de l'élaboration et de la diffusion de nouvelles directives cliniques facilitera l'adoption au sein du système de santé et parmi les acteurs du secteur.



### Au niveau communautaire

**Mener des recherches supplémentaires sur les barrières et la création de la demande au niveau communautaire.** Les recherches n'ont mis en évidence que très peu d'éléments dans ce domaine, en particulier en ce qui concerne le sulfate de magnésium, les antibiotiques injectables et la contraception d'urgence. Davantage de données probantes au sujet des meilleures stratégies sont nécessaires pour éduquer les mères, les autres membres de la famille et les agents de santé communautaire à soutenir l'approvisionnement en produits au niveau communautaire. Par ailleurs, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre pourquoi certaines familles refusent de se conformer aux recommandations thérapeutiques des structures locales, notamment la septicémie néonatale, ou n'y parviennent pas.

**Assurez-vous que ces approches s'appuyant sur le marketing social et d'autres canaux non médicaux sont évaluées.** De nombreux programmes MS se sont révélés probants en matière d'utilisation des produits, en particulier pour les SRO et le zinc. Une évaluation plus rigoureuse de ces approches et des autres canaux non médicaux pour l'approvisionnement d'autres produits, tels que la contraception d'urgence et le préservatif féminin, est nécessaire, particulièrement dans le secteur privé. L'élargissement du point de vue à l'échelle de la communauté peut également apporter d'autres exemples d'interventions rentables permettant d'améliorer la demande en SINMR.

**Améliorer l'accès de la communauté aux informations et aux services médicaux.** Il est nécessaire d'améliorer l'offre de soins à l'échelle de la communauté, d'améliorer la sensibilisation auprès des communautés rurales et de s'assurer que les produits sont accessibles aux personnes n'ayant pas accès aux structures de soins. Des programmes menés dans plusieurs pays sont parvenus à améliorer l'accès des communautés à divers produits (notamment la distribution de misoprostol et de PCIMI à l'échelle de la communauté) grâce à la création de partenariats avec des prestataires privés et des magasins implantés à l'échelle locale, fournissant des produits tels que du SRO, du zinc et des préservatifs féminins, par le biais de canaux médicaux et non médicaux.



### Au niveau sociétal

Sur le plan social, divers facteurs favorables à la création de demande ont été observés. C'est le cas notamment d'un environnement politique national et international favorable, de la fabrication des produits sur le territoire national et d'une gestion de projets reconnue. Toutefois, dans certains contextes, le rôle des facteurs sociaux restait limité et la mise en place de stratégies reste nécessaire pour les maîtriser.

**S'assurer que les programmes de création de la demande intègrent ou combinent des stratégies et des programmes d'approvisionnement destinés à améliorer l'accès aux structures de soin.** Même en cas de demande de la part de la communauté, la plupart des consommateurs de soins de santé se heurtent souvent à des barrières considérables en matière d'accès aux soins de santé et sont souvent incapables d'obtenir des produits d'urgence. Dans de nombreux endroits, les consommateurs de soins ou soignants vivent loin des structures sanitaires. Les personnes se trouvant dans cette situation et pouvant se rendre aux structures sont souvent confrontées à des ruptures de stock et à des ruptures de la chaîne du froid. Ces cas de figure sont souvent mentionnés dans la littérature, notamment en ce qui concerne l'ocytocine et les antibiotiques injectables. Les études ont également révélé que certaines structures sanitaires disposaient uniquement de seringues pour adultes ne permettant pas un dosage correct pour les nourrissons. Par ailleurs, les consommateurs de soins de santé peuvent avoir affaire à des prestataires présentant des lacunes et des préjugés sur les produits. De plus, les personnes peuvent ne pas être en mesure de payer les traitements appropriés, même lorsque ces derniers sont disponibles. Il est essentiel de garantir un approvisionnement adéquat et régulier en produits et de mettre en œuvre des activités de création de la demande. Les expériences négatives des consommateurs, telles que l'incapacité d'une clinique à fournir des produits donnés ou le fait d'être confronté à des attitudes négatives de la part des prestataires de soins, peuvent affecter la demande future à grande échelle.

**Lever les barrières liées au genre.** Les normes de genre couvrent un large éventail de problèmes de santé. Elles se traduisent par des normes et des attentes sociales influençant le comportement des hommes et des femmes en matière de prévention, de recherche de soins et de traitement. En réalité, l'introduction et la diffusion à grande échelle de produits nécessitent généralement un changement de norme. Bien que les normes de genre soient difficiles à changer en raison de leur enracinement, un tel changement n'en reste pas moins possible. Par exemple, les messages ciblant à la fois les hommes et les femmes peuvent fournir des informations prenant en compte les normes de genre, tout en encourageant l'évolution des rôles grâce à une meilleure communication au sein du couple et à la prise de décisions conjointe en matière de procréation, de grossesse et de santé néonatale et infantile.

**Améliorer les politiques de soutien à l'échelle nationale et internationale.** Le soutien politique est un élément crucial pour l'introduction d'un nouveau produit. Des politiques favorables, autorisant notamment les ASC

à traiter certaines maladies telles que la septicémie néonatale, la pneumonie infantile et la diarrhée infantile, sont essentielles pour faciliter l'utilisation des produits utilisés pour traiter ces maladies. Actuellement, peu de pays autorisent les ASC à traiter certaines maladies, bien que plusieurs projets pilotes menés dans différents pays aient démontré que ces agents sont à même de fournir des traitements et des conseils en la matière. La documentation en matière d'efficacité et de degré d'acceptation des soins au sein de la communauté a permis de renforcer le soutien des politiques et des autres parties prenantes, augmentant par là même la portée des programmes d'intervention. Toutefois, les données probantes sur les stratégies destinées à favoriser le soutien politique, aspect pourtant essentiel pour accroître la portée des interventions et la demande, se sont également révélées restreintes dans la littérature.

***Développer et diffuser les nouveaux produits et nouvelles technologies.*** Chaque pays ainsi que les organisations régionales et internationales doivent soutenir l'élaboration et l'adoption de nouveaux produits susceptibles d'augmenter l'utilisation de produits essentiels. Par exemple, le dispositif Uniject™ pourrait potentiellement contribuer à étendre l'utilisation de l'ocytocine à une plus grande variété d'utilisatrices, y compris les accoucheuses peu formées, en réduisant la complexité de son mode d'administration.

***Réfléchir à l'emballage et aux instructions du produit.*** Les caractéristiques et le conditionnement du produit déterminent également la création de sa demande et son utilisation. L'utilisation de ces produits peut être améliorée si l'on s'assure que les produits essentiels sont fournis dans un emballage acceptable et sont compréhensibles et facilement utilisables par les soignants et les prestataires. Comme indiqué dans la méthodologie, l'examen



**Limites**



des données probantes a été restreint aux études faisant référence à au moins un des 13 produits d'urgence. Même si les questions et approches générales, notamment la recherche des soins ou la qualité des services, exercent une influence certaine sur la demande, cet examen n'a pas porté sur ce corpus, sans lien avec la demande concernant un produit spécifique. Les recherches ont également exclu les études centrées sur l'efficacité des produits ; elles concernaient uniquement celles qui traitaient des déterminants sociaux et comportementaux de l'utilisation des produits ou qui décrivaient la mise en œuvre ou les répercussions des programmes de création de la demande.

Des efforts supplémentaires ont été faits pour

couvrir les partenaires et organisations travaillant sur les 13 produits et identifier la littérature en prenant en compte certains projets et études susceptibles d'être oubliés, notamment la littérature grise non disponible en ligne.

La revue visait à identifier et à documenter les programmes de création de la demande et les résultats d'évaluation, le cas échéant. La revue ne visait pas à évaluer les interventions selon un modèle d'étude ou d'autres critères.

**Résumé et introduction**

## Références

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kincaid, D., Figueroa, M. E., Storey, D. & Underwood, C. R. (2007). Communication, ideation and contraceptive use: The relationships observed in five countries. *Proceedings: World Congress on Communication for Development*. Washington, DC: World Bank.

UN Commission on Life-Saving Commodities (UNCoLSC) for Women's and Children's Health. (2012). Commissioner's report. Retrieved from [http://www.everywomaneverychild.org/images/UN\\_Commission\\_Report\\_September\\_2012\\_Final.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

### Produits de santé maternelle

Kaiser Family Foundation (KFF). 2012. Births attended by skilled health personnel (percent of births): 2005-2012. Retrieved from <http://kff.org/global-indicator/births-attended-by-skilled-health-personnel/>

UN Commission on Life-Saving Commodities (UNCoLSC) for Women's and Children's Health. (2012). Commissioner's report. Retrieved from [http://www.everywomaneverychild.org/images/UN\\_Commission\\_Report\\_September\\_2012\\_Final.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

United Nations Populations Fund (UNFPA). (2014). Skilled attendance at birth. Retrieved from <http://www.unfpa.org/public/mothers/pid/4383>

World Health Organization (WHO). (2011). *WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization (WHO). (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva, Switzerland: WHO.

### Oxytocine

Althabe, F., Buekens, P., Bergel, E., Belizán, J. M., Campbell, M. K., Moss, N., et al. (2008). A behavioral intervention to improve obstetrical care. *The New England Journal of Medicine*, 358(18), 1929-1940.

Althabe, F., Mazzone, A., Cafferata, M. L., Gibbons, L., Karolinski, A., Armbruster, D., et al. (2011). Using Uniject to increase the use of prophylactic oxytocin for management of the third stage of labor in Latin America. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 114(2), 184-189.

Belizan, M., Meier, A., Althabe, F., Codazzi, A., Colomar, M., Buekens, P., et al. (2007). Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: A qualitative study. *Health Education Research*, 22(6), 839-853.

Figueras, A., Narváez, E., Valsecchia, M., Vásquez, S., Rojas, G., Camilo, A., et al. (2008). An education and motivation intervention to change clinical management of the third stage of labor – The GIRMMHAP initiative. *Birth*, 35(4), 283-290.

Flandermeier, D., Stanton, C., & Armbruster, D. (2010). Uterotonic

use at home births in low-income countries: A literature review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 108(3), 269-275.

Hermida, J., Salas, B., & Sloan, N. L. (2012). Sustainable scale-up of active management of the third stage of labor for prevention of postpartum hemorrhage in Ecuador. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 117(3), 278-282.

Jeffery, P., Das, A., Dasgupta, J., & Jeffery, R. (2007). Unmonitored intrapartum oxytocin use in home deliveries: Evidence from Uttar Pradesh, India. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 172-178.

Koski, A., Mirzabagi, E., & Cofie, P. (n.d). Perceptions, use and quality of uterotonic substances in Ghana (Presentation). PATH Oxytocin Initiative.

Low, L. K., Bailey, J. M., Sacks, E., Robles, C., & Medina, L. (2012). Reduced postpartum hemorrhage after implementation of active management of the third stage of labor in rural Honduras. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 119(3), 217-220.

Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative (POPPHI). (2008). *Pilot use of oxytocin in a Uniject™ device for AMTSL in Mali: Evaluation of the safety and feasibility of a new delivery technology*. Seattle, WA: PATH.

Program for Appropriate Technology in Health (PATH). (2011). *Assessment of willingness to pay for oxytocin in the Uniject injection system among private midwives in Indonesia*. Seattle, WA: PATH.

Program for Appropriate Technology in Health (PATH). (2010). *Pilot introduction of oxytocin in Uniject® during active management of the third stage of labor (AMTSL) at the institutional level in Guatemala. A report evaluating the acceptability and feasibility of introducing oxytocin in the Uniject® device for AMTSL*. Seattle, WA: PATH.

Stanton, C. K., Newton, S., Mullany, L. C., Cofie, P., Agyemang, C. T., Adiiokah, E., et al. (2012). Impact on postpartum hemorrhage of prophylactic administration of oxytocin 10 IU via Uniject™ by peripheral health care providers at home births: Design of a community-based cluster-randomized trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(42). doi: 10.1186/1471-2393-12-42.

Tsu, V. D., Luu, H. T. T., & Mai, T. T. P. (2009). Does a novel prefilled injection device make postpartum oxytocin easier to administer? Results from midwives in Vietnam. *Midwifery*, 25(4), 461-465.

Tsu, V. D., Sutanto, A., Vaidya, K., Coffey, P., & Widjaya, A. (2003). Oxytocin in prefilled Uniject injection devices for managing third-stage labor in Indonesia. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 83(1), 103-111.

UN Commission on Life-Saving Commodities (UNCoLSC) for

Women's and Children's Health. (2012). Commissioner's report. Retrieved from [http://www.everywomaneverychild.org/images/UN\\_Commission\\_Report\\_September\\_2012\\_Final.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

Viet Nam Ministry of Health (MoH), & Program for Appropriate Technology in Health (PATH). (2005). Reducing postpartum hemorrhage in Thanh Hoa, Viet Nam: Assessing the role of active management of third stage of labor and of oxytocin in ampoules and Uniject devices. Seattle, WA: PATH.

World Health Organization (WHO). (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva, Switzerland: WHO.

### Misoprostol

Althabe, F., Mazzone, A., Cafferata, M. L., Gibbons, L., Karolinski, A., Armbruster, D., et al. (2011). Using Uniject to increase the use of prophylactic oxytocin for management of the third stage of labor in Latin America. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 114(2), 184.

CARE. (2010). Community responsive antenatal, delivery and life essential (CRADLE) support for mothers and newborns in Doti and Kailali districts, Nepal: Third annual report October 1, 2009 – September 30, 2010. Atlanta, GA: CARE.

Chandhiok, N., Dhillon, B. S., Datey, S., Mathur, A., & Saxena, N. C. (2006). Oral misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage by paramedical workers in India. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 92(2), 170-175.

Diadiou, M., Dieng, T., Ortiz, C., Mall, I., Dione, D., & Sloan, N. L. (2011). Introduction of Misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage at the community level in Senegal. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 115(3), 251.

EngenderHealth/The RESPOND Project. (2010). Mayer Hashi project preventing postpartum hemorrhage: Community-based distribution of misoprostol in Tangail district, Bangladesh. (Project Brief No. 2). New York, NY: EngenderHealth.

Ethiopia Federal Ministry of Health (FMoH), Venture Strategies for Health and Development, & DKT-Ethiopia. (2008). Community-level prevention of postpartum hemorrhage: The role of misoprostol. Venture Strategies for Health and Development.

Hundley, V. A., Avan, B. I., Sullivan, C. J., & Graham, W. J. (2013). Should oral misoprostol be used to prevent postpartum haemorrhage in home-birth settings in low-resource countries? A systematic review of the evidence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(3), 277-287.

Ifakara Health Institute; Venture Strategies Innovations (VSI); UC Berkeley Bixby Center for Population, Health, and Sustainability; & PSI Tanzania. (2011). Prevention of postpartum hemorrhage in home births: Misoprostol distribution during antenatal care visits in Tanzania. Dar es Salaam, Tanzania: VSI.

Jhpiego/Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP).

(2011). Prevention of postpartum hemorrhage at home birth: A community-focused approach using birth preparedness and misoprostol. Baltimore, MD: Jhpiego.

Jhpiego/Maternal and Neonatal Health Program (MNH). (2004). Preventing postpartum hemorrhage: A community-based approach proves effective in rural Indonesia. Program Brief. Baltimore, MD: Jhpiego.

Kaiser Family Foundation (KFF). (2012). Births attended by skilled health personnel (percent of births): 2005-2012. Retrieved from <http://kff.org/global-indicator/births-attended-by-skilled-health-personnel/>

Kenya Ministry of Public Health and Sanitation (MPHS), Kenya Obstetrical and Gynaecological Society, & Venture Strategies Innovations (VSI). (2011). Introduction of misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage at the community level in two Kenyan districts. Berkeley, CA: VSI.

Mir, A. M., Wajid, A., & Gull, S. (2012). Helping rural women in Pakistan to prevent postpartum hemorrhage: A quasi experimental study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(120). doi: 10.1186/1471-2393-12-120

Mobeen, N., Durocher, J., Zuberi, N., Jahan, N., Blum, J., Wasim, S., et al. (2011). Administration of misoprostol by trained traditional birth attendants to prevent postpartum haemorrhage in homebirths in Pakistan: A randomised placebo-controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(3), 353-361.

Mozambique Ministry of Health (MoH), Associação Moçambicana de Obstetras e Ginecologistas, Venture Strategies Innovations (VSI), Population Services International (PSI), & UC Berkeley Bixby Center for Population Health and Sustainability. (2011). Community-based prevention of postpartum hemorrhage with misoprostol in Mozambique. Berkeley, CA: VSI.

Prata, N., Ejembi, C., Fraser, A., Shittu, O., & Minkler, M. (2012a). Community mobilization to reduce postpartum hemorrhage in home births in northern Nigeria. *Social Science & Medicine*, 74(8), 1288-1296.

Prata, N., Mbaruku, G., Grossman, A. A., Holston, M., & Hsieh, K. (2009). Community-based availability of misoprostol: Is it safe? *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine De La Santé Reproductive*, 13(2), 117-128.

Prata, N., Quaiyum, M. A., Passano, P., Bell, S., Bohl, D. D., Hossain, S., et al. (2012b). Training traditional birth attendants to use misoprostol and an absorbent delivery mat in home births. *Social Science & Medicine*, 75(11), 2021-2027.

Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative (POPHI). (2008). Pilot use of oxytocin in a Uniject™ device for AMTSL in Mali: Evaluation of the safety and feasibility of a new delivery technology. Seattle, WA: PATH.

Program for Appropriate Technology in Health (PATH). (2010). Pilot

introduction of oxytocin in Uniject® during active management of the third stage of labor (AMTSL) at the institutional level in Guatemala. A report evaluating the acceptability and feasibility of introducing oxytocin in the Uniject® device for AMTSL. Seattle, WA: PATH.

Rajbhandari, S., Hodgins, S., Sanghvi, H., McPherson, R., Pradhan, Y. V., & Baqui, A. H. (2010). Expanding uterotonic protection following childbirth through community-based distribution of misoprostol: Operations research study in Nepal. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 108(3), 282-288.

Sanghvi, H., Ansari, N., Prata, N. J. V., Gibson, H., Ehsan, A. T., & Smith, J. M. (2010). Prevention of postpartum hemorrhage at home birth in Afghanistan. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 108(3), 276-281.

Tsu, V. D., Luu, H. T. T., & Mai, T. T. P. (2009). Does a novel prefilled injection device make postpartum oxytocin easier to administer? Results from midwives in Vietnam. *Midwifery*, 25(4), 461-465.

UN Commission on Life-Saving Commodities (UNCoLSC) for Women's and Children's Health. (2012). Commissioner's report. Retrieved from [http://www.everywomaneverychild.org/images/UN\\_Commission\\_Report\\_September\\_2012\\_Final.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

Venture Strategies Innovations (VSI). (2011). Misoprostol information, education and communication: Examples from the field. Berkeley, CA: VSI.

Venture Strategies Innovations (VSI). (2012). Distribution of misoprostol at antenatal care visits for the prevention of postpartum hemorrhage in Ghana. Berkeley, CA: VSI.

Viet Nam Ministry of Health (MoH), & Program for Appropriate Technology in Health (PATH). (2005). Reducing postpartum hemorrhage in Thanh Hoa, Viet Nam: Assessing the role of active management of third stage of labor and of oxytocin in ampoules and Uniject devices. Seattle, WA: PATH.

Zambia Ministry of Health (MoH), Venture Strategies Innovations (VSI), & UC Berkeley Bixby Center for Population Health and Sustainability. (2010). Prevention of postpartum hemorrhage project in five rural districts in Zambia. Berkeley, CA: VSI.

### *Sulfate de magnésium*

Aaserud, M., Lewin, S., Innvaer, S., Paulsen, E. J., Dahlgren, A. T., Trommald, M., et al. (2005). Translating research into policy and practice in developing countries: A case study of magnesium sulphate for pre-eclampsia. *BMC Health Services Research*, 5(68). doi: 10.1186/1472-6963-5-68.

Barua, A., Mundle, S., Bracken, H., Easterling, T., & Winikoff, B. (2011). Facility and personnel factors influencing magnesium sulfate use for eclampsia and pre-eclampsia in 3 Indian hospitals. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 115(3), 231-234.

Daniels, K., & Lewin, S. (2008). Translating research into maternal

health care policy: A qualitative case study of the use of evidence in policies for the treatment of eclampsia and pre-eclampsia in South Africa. *Health Research Policy and Systems*, 6(12). doi: 10.1186/1478-4505-6-12.

Fujioka, A., & Smith, J. (2011). Prevention and management of postpartum hemorrhage and pre-eclampsia/eclampsia: National programs in selected USAID program-supported countries. Washington, DC: Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP).

Gülmezoglu, A. M., Langer, A., Piaggio, G., Lumbiganon, P., Villar, J., & Grimshaw, J. (2007). Cluster randomised trial of an active, multifaceted educational intervention based on the WHO reproductive health library to improve obstetric practices. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(1), 16-23.

Kidanto, H. L., Mogren, I., Massawe, S. N., Lindmark, G., & Nystrom, L. (2009). Criteria-based audit on management of eclampsia patients at a tertiary hospital in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(13). doi: 10.1186/1471-2393-9-13.

Lumbiganon, P., Gülmezoglu, A. M., Piaggio, G., Langer, A., & Grimshaw, J. (2007). Magnesium sulfate is not used for pre-eclampsia and eclampsia in Mexico and Thailand as much as it should be. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), 763-767.

O'Hanley, K., Kim, T., Tell, K., & Langer, A. (2007). Balancing the scales: Expanding treatment for pregnant women with life-threatening hypertensive conditions in developing countries; A report on barriers and solutions to treat pre-eclampsia & eclampsia. New York: EngenderHealth.

Ridge, A. L., Bero, L. A., & Hill, S. R. (2010). Identifying barriers to the availability and use of magnesium sulphate injection in resource poor countries: A case study in Zambia. *BMC Health Services Research*, 10(340). doi: 10.1186/1472-6963-10-340.

Sevene, E., Lewin, S., Mariano, A., Woelk, G., Oxman, A. D., Matinhure, S., et al. (2005). System and market failures: The unavailability of magnesium sulphate for the treatment of eclampsia and pre-eclampsia in Mozambique and Zimbabwe. *British Medical Journal*, 331(7519), 765-769.

Shamsuddin, L., Nahar, K., Nasrin, B., Nahar, S., Tamanna, S., Kabir, R. M., et al. (2005). Use of parental magnesium sulphate in eclampsia and severe pre-eclampsia cases in a rural set up of Bangladesh. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 31(2), 75-82.

Tita, A. T. N., Selwyn, B. J., Waller, D. K., Kapadia, A. S., & Dongmo, S. (2005). Evidence-based reproductive health care in Cameroon: Population-based study of awareness, use and barriers. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(12), 895.

Tukur, J., Ahonsi, B., Mohammed Ishaku, S., Araoyinbo, I., Okereke, E., & Babatunde, A. O. (2012). Maternal and fetal outcomes after introduction of magnesium sulphate for treatment of preeclampsia and eclampsia in selected secondary facilities: A low-cost

intervention. *Maternal and Child Health Journal*, 17(7), 1191-1198.

Tukur, J., Ogedengbe, C., Nwanchukwu, E., Araoyinbo, I. A., Yakasai, I. A., Adaji, S. E., et al. (2011). Introduction of an innovation for the reduction of maternal mortality in Kano state, northern Nigeria: A case study of magnesium sulphate. *Tropical Doctor*, 41(4), 197-200.

UN Commission on Life-Saving Commodities (UNCoLSC) for Women's and Children's Health. (2012). Commissioner's report. Retrieved from [http://www.everywomaneverychild.org/images/UN\\_Commission\\_Report\\_September\\_2012\\_Final.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

Woelk, G., Daniels, K., Cliff, J., Lewin, S., Sevene, E., Fernandes, B., et al. (2009). Translating research into policy: Lessons learned from eclampsia treatment and malaria control in three southern African countries. *Health Research Policy and Systems*, 7(31). doi: 10.1186/1478-4505-7-31.

World Health Organization (WHO). (2011). WHO Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva, Switzerland: WHO.

## Produits de santé néonatale

### Introduction

Black, R. E., Cousens, S., Johnson, H. L., Lawn, J. E., Rudan, I., Bassani, D. G., et al. (2010). Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: A systematic analysis. *The Lancet*, 375, 1969-1987.

Bryce, J., Boschi-Pinto, C., Shibuya, K., & Black, R. E. (2005). World Health Organization (WHO) estimates of the causes of death in children. WHO Child Health Epidemiology Reference Group. *The Lancet*, 365(9465), 1147-1152.

Lawn, J. E., Cousens, S., & Zupan, J. (2005). 4 million neonatal deaths: Where? When? Why? *The Lancet*, 365(9462) 891-900.

Lawn, J. E., Ruban, I. & Rubens, C. (2008). Four million neonatal deaths: Is the global research agenda evidence-based? *Early Human Development*, 84(12), 809-814.

Kinney, M. V., Kerber, K. J., Black, R. E., Cohen, B., Nkrumah, F., Coovadia, H., et al. (2010). Sub-Saharan Africa's mothers, newborns, and children: Where and why do they die? *PLoS Medicine*, 7(6), e1000294.

Rajaratnam, J. K., Marcus, J. R., Flaxman, A. D., Wang, H., Levin-Rector, A., Dwyer, L., et al. (2010). Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *The Lancet*, 375(9730), 1988-2008.

Seale, A. C., Mwaniki, M., Newton, C. R., & Berkley, J. A. (2009). Maternal and early onset neonatal bacterial sepsis: Burden and strategies for prevention in sub-Saharan Africa. *The Lancet Infectious Diseases*, 9(7), 428-438.  
UN Commission on Life-Saving Commodities (UNCoLSC) for

Women's and Children's Health. (2012). Commissioner's report. Retrieved from [http://www.everywomaneverychild.org/images/UN\\_Commission\\_Report\\_September\\_2012\\_Final.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

### Antibiotiques injectables

Bang, A. T., Bang, R. A., Stoll, B. J., Baitule, S. B., Reddy, H. M., & Deshmukh, M. D. (2005). Is home-based diagnosis and treatment of neonatal sepsis feasible and effective? Seven years of intervention in the Gadchiroli field trial (1996 to 2003). *Journal of Perinatology*, 25(Suppl 1), S62-S71.

Baqui, A. H., Arifeen, S. E., Williams, E. K., Ahmed, S., Mannan, I., Rahman, S. M., et al. (2009). Effectiveness of home-based management of newborn infections by community health workers in rural Bangladesh. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 28(4), 304-310.

Coffey, P., Kelly, K., Baqui, A., Bartlett, A., Bhutta, Z., Hedman, L., et al. (2012a). Case study: Injectable antibiotics for treatment of newborn sepsis. Prepared for the United Nations Commission on Commodities for Women's and Children's Health. Retrieved from <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/316-injectable-antibiotics-for-newborn-sepsis--product-profile->

Coffey, P., Sharma, K., Gargi, K. C., Neupane, D., Dawson, P., & Pradhan, Y. V. (2012b). Feasibility and acceptability of gentamicin in the Uniject prefilled injection system for community-based treatment of possible neonatal sepsis: The experience of female community health volunteers in Nepal. *Journal of Perinatology*, 32, 959-965.

Every Woman Every Child. (2012). Injectable antibiotics for newborn sepsis: Product profile. Retrieved from <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/316-injectable-antibiotics-for-newborn-sepsis--product-profile->

Knippenberg, R., Lawn, J. E., Darmstadt, G. L., Begkoyian, G., Fogstad, H., Walelign, N., et al. (2005). Systematic scaling up of neonatal care in countries. *The Lancet*, 365(9464), 1087-1098.

Manandhar, D. S., Osrin, D., Shrestha, B. P., Mesko, N., Morrison, J., Tumbahangphe, K. M., et al. (2004). Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: Cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 364(9438), 970-979.

Qazi, S. A., & Stoll, B. J. (2009). Neonatal sepsis: A major global public health challenge. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 28(Suppl 1), S1-S2.

Shrestha, B. P., Bhandari, B., Manandhar, D. S., Osrin, D., Costello, A., & Saville, N. (2011). Community interventions to reduce child mortality in Dhanusha, Nepal: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 12(136). doi: 10.1186/1745-6215-12-136.

UN Commission on Life-Saving Commodities (UNCoLSC) for Women's and Children's Health. (2012). Commissioner's report. Retrieved from [http://www.everywomaneverychild.org/images/UN\\_Commission\\_Report\\_September\\_2012\\_Final.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)  
World Health Organization (WHO). (2012). Recommendations



for optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva, Switzerland: WHO.

### Corticoïdes prénataux

Aleman, A., Cafferata, M. L., Gibbons, L., Althabe, F., Ortiz, J., Sandoval, X., et al. (2013). Use of antenatal corticosteroids for preterm birth in Latin America: Providers knowledge, attitudes and practices. *Reproductive Health*, 10(4). doi: 10.1186/1742-4755-10-4.

Chan, K. L., Kean, L. H., & Marlow, N. (2006). Staff views on the management of the extremely preterm infant. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 128(1-2), 142-147.

Every Woman Every Child. (2012). Antenatal corticosteroids: Product profile. Retrieved from <http://everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/307-antenatal-corticosteroids-product-profile>

Lawn, J. E., Cousens, S., & Zupan, J. (2005). 4 million neonatal deaths: Where? When? Why? *The Lancet*, 365(9462), 891-900.

Leviton, L. C., Goldenberg, R. L., Baker, C. S., Schwartz, R. M., Freda, M. C., Fish, L. J., et al. (1999). Methods to encourage the use of antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation: A randomized controlled trial. *JAMA*, 281(1), 46-52.

March of Dimes; The Partnership for Maternal, Newborn, & Child Health (PMNCH); Save the Children; & World Health Organization (WHO). (2012). *Born too soon: The global action report on preterm birth*. Geneva, Switzerland: WHO.

McClure, E. M., de Graft-Johnson, J., Jobe, A. H., Wall, S., Koblinsky, M., Moran, A., et al. (2011). A conference report on prenatal corticosteroid use in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115(3), 215-219.

Tita, A., Selwyn, B., Waller, D., Kapadia, A., & Dongmo, S. (2006). Factors associated with the awareness and practice of evidence-based obstetric care in an African setting. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 113(9), 1060-1066.

Tita, A. T. N., Selwyn, B. J., Waller, D. K., Kapadia, A. S., & Dongmo, S. (2005). Evidence-based reproductive health care in Cameroon: Population-based study of awareness, use and barriers. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(12), 895-903.

World Health Organization (WHO). (2012). Preterm birth fact sheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>

### Chlorhexidine

Abhulimhen-Iyoha, B. I., & Ibadin, M. O. (2012). Determinants of cord care practices among mothers in Benin City, Edo State, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 15(2), 210-213.

Alam, M. A., Ali, N. A., Sultana, N., Mullany, L. C., Teela, K. C., Kham,

N. U. Z., et al. (2008). Newborn umbilical cord and skin care in Sylhet District. *Journal of Perinatology*, 28(Suppl 2), S61-S68.

Ayiasi, R. M., Van Royen, K., Verstraeten, R., Atuyambe, L., Criel, B., Garimoi, C. O., et al. (2013). Exploring the focus of prenatal information offered to pregnant mothers regarding newborn care in rural Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13,176. doi: 10.1186/1471-2393-13-176.

Brandes, N., Baqui, A., Hodgins, S., Coffey, P., & Wall, S. (2011). Chlorhexidine for umbilical cord care: Evidence base and the way forward. Nepalgunj, Nepal: PATH for the Chlorhexidine Working Group.

Byaruhanga, R. N., Nsungwa-Sabiiti, J., Kiguli, J., Balyeku, A., Nsabagasani, X., & Peterson, S. (2011). Hurdles and opportunities for newborn care in rural Uganda. *Midwifery*, 27(6), 775-780.

Chlorhexidine Technical Resource Team (TRT). (n.d.). *Commodity: Chlorhexidine for umbilical cord care*.

Darmstadt, G. L., Hussein, M. H., Winch, P. J., Haws, R. A., Gipson, R., & Santosham, M. (2008). Practices of rural Egyptian birth attendants during the antenatal, intrapartum, and early neonatal periods. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 26(1), 36-45.

Das, M. K., Ali, N. A., Favero, R. L., Munos, M. K., Coffey, P., Metzler, M., et al. (2010). Chlorhexidine operations research study. Baltimore, MD and Washington, DC: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and USAID.

Gutestam, M. & Paradis, J. (Eds.). *Chlorhexidine technical brief*. Prepared for the Chlorhexidine Working Group, February 2012.

Herlihy, J. M., Shaikh, A., Mazimba, A., Gagne, N., Grogan, C., Mpamba, C., et al. (2013). Local perceptions, cultural beliefs and practices that shape umbilical cord care: A qualitative study in Southern Province, Zambia. *PLoS ONE*, 8(11), e79191. doi:10.1371/journal.pone.0079191.

Hodgins, S., Pradhan, Y. V., Khanal, L., Upreti, S., & KC, N. P. (2013). Chlorhexidine for umbilical cord care: Game-changer for newborn survival? *Global Health: Science and Practice*, 1(1), 5-10.

International Centre for Diarrhoeal Disease Research Bangladesh (ICDDRDB). (2012). Rural Bangladeshis' willingness to pay for 4% chlorhexidine to prevent neonatal cord infection. *Health and Science Bulletin*, 10(1).

Moyer, C. A., Aborigo, R. A., Logonia, G., Affah, G., Rominshi, S., Adongo, P. B., et al. (2012). Clean delivery practices in rural northern Ghana: A qualitative study of community and provider knowledge, attitudes, and beliefs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12,50. doi: 10.1186/1471-2393-12-50.

Mrisho, M., Schellenberg, J. A., Mushi, A. K., Obrist, B., Mshinda, H., Tanner, M., et al. (2008). Understanding home-based neonatal care practice in rural southern Tanzania. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 102(7), 669-678.

Mullany, L. C., Darmstadt, G. L., Khatry, S. K., Katz, J., LeClerq, S. C.,

Shrestha, S., et al. (2006). Topical applications of chlorhexidine to the umbilical cord for prevention of omphalitis and neonatal mortality in southern Nepal: A community-based, cluster-randomised trial. *The Lancet*, 367(9514), 910-918.

Nepal Family Health Program, & U.S. Agency for International Development (USAID). (2007). A study on cord care practices in Bardiya District. Sanepa, Lalitpur, Nepal: Nepal Family Health Program.

Opara, P. I., Jaja, T., & Okari, T. G. (2012). Newborn cord care practices amongst mothers in Port Harcourt, Nigeria. *Jos Journal of Medicine*, 6(3), 32-36.

Research, Training and Management (RTM) International. (2009). Pre-market assessment of the chlorhexidine product (CHX) product for umbilical cord care in Bangladesh. Dhaka, Bangladesh: RTM.

Segre, J. (2012). Chlorhexidine end-to-end analysis focusing on Uttar Pradesh. Prepared for Chlorhexidine Working Group. CHW-Working Group.

Segre, J., & Liu, G. (2012). Umbilical cord care in 6 regions of Uttar Pradesh. Qualitative consumer research summary.

Soofi, S., Cousens, S., Imdad, A., Bhutto, N., Ali, N., & Bhutta, Z. A. (2012). Topical application of chlorhexidine to neonatal umbilical cords for prevention of omphalitis and neonatal mortality in a rural district of Pakistan: A community-based, cluster-randomised trial. *The Lancet*, 379(9820), 1029-1036.

UN Commission on Life-Saving Commodities (UNCoLSC) for Women's and Children's Health. (2012). Commissioner's report. Retrieved from [http://www.everywomaneverychild.org/images/UN\\_Commission\\_Report\\_September\\_2012\\_Final.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

Waiswa, P., Kemigisa, M., Kiguli, J., Naikoba, S., Pariyo, G. W., & Peterson, S. (2008). Acceptability of evidence-based neonatal care practices in rural Uganda – implications for programming. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 21. doi: 10.1186/1471-2393-8-21.

Winch, P., Alan, M. A., Akther, A., Afroz, D., Ali, N. A., Ellis, A.A., et al. (2005). Local understandings of vulnerability and protection during the neonatal period in Sylhet District, Bangladesh: A qualitative study. *The Lancet*, 366(9484), 478-485.

#### **Appareils de réanimation néonatale**

Bream, K. D., Gennaro, S., Kafulafula, U., Mbweza, E., & Hehir, D. (2005). Barriers to and facilitators for newborn resuscitation in Malawi, Africa. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(4), 329-334.

Every Woman Every Child. (2012). Newborn resuscitation devices: Product profile. Retrieved from <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/309-newborn-resuscitation-devices--product-profile>

Opiyo, N., Were, F., Govedi, F., Fegan, G., Wasunna, A., & English, M.

(2008). Effect of newborn resuscitation training on health worker practices in Pumwani hospital, Kenya. *PLoS One*, 3(2), e1599.

Sylla, A., Diouf, S., Thiam, A., Narayanan, I., Gueye, M., Fall, A. L., et al. (2012). [Assessment of the state and future of basic neonatal resuscitation equipment, in first-line health facilities in Senegal after 3 years.] Évaluation de l'état et du devenir du matériel de base destiné à la prise en charge du nouveau-né à la naissance dans les structures sanitaires périphériques au séneac. *Archives De Pédiatrie*, 19(4), 355-360.

World Health Organization (WHO). (2012). Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva, Switzerland: WHO.

Zaeem-ul-Haq, Qureshi, F., Hafeez, A., Zafar, S., Mohamud, B. K., & Southall, D. P. (2009). Evidence for improvement in the quality of care given during emergencies in pregnancy, infancy and childhood following training in life-saving skills: A postal survey. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 59(1), 22-26.

#### **Produits de santé infantile**

##### **Introduction**

Black, R. E., Cousens, S., Johnson, H. L., Lawn, J. E., Rudan, I., Bassani, D. G., et al. (2010). Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: A systematic analysis. *The Lancet*, 375(9730), 1969-1987.

Fischer Walker, C. L., Fontaine, O., Young, M. W., & Black, R. E. (2009). Zinc and low osmolarity oral rehydration salts for diarrhoea: A renewed call to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 780-786.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2011). The state of the world's children 2011: Adolescence – An age of opportunity. New York: UNICEF.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (n.d.). UNICEF supply catalogue. Retrieved from [https://supply.unicef.org/unicef\\_b2c/app/displayApp/\(layout=7.0-12\\_1\\_66\\_67\\_115&carearea=%24ROOT\)/.do?rf=y](https://supply.unicef.org/unicef_b2c/app/displayApp/(layout=7.0-12_1_66_67_115&carearea=%24ROOT)/.do?rf=y)

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME). (2012). Levels and trends in child mortality. Report 2012. New York, UNICEF.

World Health Organization (WHO), & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2013). Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025: The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD). Geneva, Switzerland: WHO.

##### **SRO et zinc**

Abt Associates. (2008). Working with traditional providers in India. [Presentation]. Washington, DC: Abt Associates.

Acuin, C. S., Vargas, A. S., & Cordero, C. P. (2009). Formative research to develop and test messages to educate mothers on zinc supplementation in childhood diarrhoea. *Acta Medica Philippina*, 43(4).

- Adegboyega, A. A., Onayade, A. A., & Salawu, O. (2005). Care-seeking behaviour of caregivers for common childhood illnesses in Lagos Island Local Government Area, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, 14(1), 65-71.
- Adimora, G. N., Ikefuna, A. N., & Illechukwu, G. (2011). Home management of childhood diarrhoea: Need to intensify campaign. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 14(2), 237-241.
- Aguwa, E. N., Aniebue, P. N., & Obi, I. E. (2010). Management of childhood diarrhea by patent medicine vendors in Enugu north local government area, Southeast Nigeria. *International Journal of Medicine and Medical Science*, 2(3), 88-93.
- Akhter, S., & Larson, C. P. (2010). Willingness to pay for zinc treatment of childhood diarrhoea in a rural population of Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 25(3), 230-236.
- Amuyunzu-Nyamongo, M., & Nyamongo, I. K. (2006). Health seeking behaviour of mothers of under-five-year-old children in the slum communities of Nairobi, Kenya. *Anthropology & Medicine*, 13(1), 25-40.
- Ande, O., Oladepo, O., & Brieger, W. R. (2004). Comparison of knowledge on diarrheal disease management between two types of community-based distributors in Oyo state, Nigeria. *Health Education Research*, 19(1), 110-113.
- Aremu, O., Lawoko, S., Moradi, T., & Dalal, K. (2011). Socio-economic determinants in selecting childhood diarrhoea treatment options in sub-Saharan Africa: A multilevel model. *Italian Journal of Pediatrics*, 37(13). doi: 10.1186/1824-7288-37-13.
- Arya, G. (2011). P2-361 demand and supply side determinants causing low ORS and zinc use rate for diarrhoea treatment among children in Uttar Pradesh (UP), India. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(Suppl 1): A322-A323.
- Asakitikpi, A. E. (2010). Acute diarrhoea: Mothers' knowledge of ORT and its usage in Ibadan metropolis, Nigeria. *Studies on Ethno-Medicine*, 4(2), 125-130.
- Association de Santé Familiale (ASF), & Population Services International (PSI). (2013). Democratic Republic of the Congo (DRC): Integrated community case management of pneumonia, malaria and diarrhea. Program brief. Kinshasa, DRC: PSI.
- Awasthi, S., Srivastava, N. M., & Pant, S. (2008). Symptom-specific care-seeking behavior for sick neonates among urban poor in Lucknow, Northern India. *Journal of Perinatology*, 28(Suppl 2), S69-S75.
- Bedford, J. (2012a). Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Kenya. Maternal, Newborn and Child Health Working Paper. New York: UNICEF.
- Bedford, J. (2012b). Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Niger. Maternal, Newborn and Child Health Working Paper. New York: UNICEF.
- Bedford, J. (2012c). Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea malaria and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Nigeria. Maternal, Newborn and Child Health Working Paper. New York: UNICEF.
- Bhandari, N., Mazumder, S., Taneja, S., Dube, B., Agarwal, R. C., Mahalanabis, D., et al. (2008). Effectiveness of zinc supplementation plus oral rehydration salts compared with oral rehydration salts alone as a treatment for acute diarrhea in a primary care setting: A cluster randomized trial. *Pediatrics*, 121(5), e1279-85.
- Bhandari, N., Mazumder, S., Taneja, S., Dube, B., Black, R. E., Fontaine, O., et al. (2005). A pilot test of the addition of zinc to the current case management package of diarrhea in a primary health care setting. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 41(5), 685-687.
- Bhutta, Z. (n.d). Scaling up zinc for diarrhea management in Pakistan: Issues and challenges (Presentation). Karachi, Sindh, Pakistan: Aga Khan University.
- Blum, L. S. (2011). Examining the use of oral rehydration salts and other oral rehydration therapy for childhood diarrhea in Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 85(6), 1126-1133.
- Borapich, D. & Warsh, M. (2010). Improving child health in Cambodia: Social marketing of diarrhea treatment kit, results of a pilot project. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 4, 4-22. Retrieved from [www.casejournal.org/volume4](http://www.casejournal.org/volume4)
- Brieger, W. R., Osamor, P. E., Salami, K. K., Oladepo, O., & Otusanya, S. A. (2004). Interactions between patent medicine vendors and customers in urban and rural Nigeria. *Health Policy and Planning*, 19(3), 177-182.
- Burton, D. C., Flannery, B., Onyango, B., Larson, C., Alaii, J., Zhang, X., et al. (2011). Healthcare-seeking behaviour for common infectious disease-related illnesses in rural Kenya: A community-based house-to-house survey. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(1), 61-70.
- Chakraborti, S., Barik, K. L., Singh, A. K., & Nag, S. S. (2011). Prescribing practices of doctors in management of acute diarrhea. *Indian Pediatrics*, 48(10), 811-812.
- Clinton Health Access Initiative (CHAI). (2012). The private sector market for diarrhea treatment for India. Boston: CHAI.
- Clinton Health Access Initiative (CHAI). (2011). The private sector market for diarrhea treatment in Nigeria. Boston: CHAI.

- Concern Worldwide. (2010). Analysis of delivery barriers for high impact maternal, newborn & child health services: Sierra Leone. New York: Concern Worldwide.
- Dhansiri Media Production House. (2006). Creating demand for baby zinc in Bangladesh. Dhaka, Bangladesh: Dhansiri Media Production House.
- Ebuehi, O. M., & Adebajo, S. (2010). Improving caregivers' home management of common childhood illnesses through community level interventions. *Journal of Child Health Care*, 14(3), 225-238.
- Ellis, A. A., Winch, P., Daou, Z., Gilroy, K. E., & Swedberg, E. (2007). Home management of childhood diarrhea in southern Mali – Implications for the introduction of zinc treatment. *Social Science & Medicine*, 64(3), 701-712.
- Every Woman Every Child. (2013a). Oral rehydration salts (ORS): Product profile. Retrieved from <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/306-oral-rehydration-salts-ors--product-profile->
- Every Woman Every Child. (2013b). Zinc: Product profile. Retrieved from <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/298-zinc-product-profile->
- Ezechukwu, C. C., Egbuonu, I., & Chukwuka, J. O. (2005). Drug treatment of common childhood symptoms in Nnewi: What mothers do? *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 8(1), 1-3.
- FHI Solutions (formerly AED-ARTS). (2011). Formative research for developing communication strategy to private sector: Diarrhea alleviation through zinc and ORS therapy (DAZT). Washington, DC: FHI Solutions.
- Gilbert, S., Morris, S., & Wilson, S. (2012a). ORS case study: Madagascar. Seattle, Washington: Bill & Melinda Gates Foundation and University of Washington Global Health START Program.
- Gilbert, S., Morris, S., & Wilson, S. (2012b). Zinc case study: Madagascar. Seattle, Washington: Bill & Melinda Gates Foundation and University of Washington Global Health START Program.
- Gupta, D. N., Rajendran, K., Mondal, S. K., Ghosh, S., & Bhattacharya, S. K. (2007). Operational feasibility of implementing community-based zinc supplementation: Impact on childhood diarrheal morbidity. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 26(4), 306-310.
- Ipsos. (2012). Living good no/poor treaters report. Paris, France: Ipsos.
- Kassegne, S., Kays, M. B., & Nzohabonayo, J. (2011). Evaluation of a social marketing intervention promoting oral rehydration salts in Burundi. *BMC Public Health*, 11(155). doi: 10.1186/1471-2458-11-155.
- Kenya Ministry of Public Health and Sanitation (MOPHS). (2011). Scaling up strategy for essential treatments in children under five years in Kenya: Diarrhoea and pneumonia. Implementation plan for the period 2011/12–2015/16. Nairobi, Kenya: MOPHS.
- Khanal, S., Palaian, S., Shankar, P. R., Mishra, P., Izham, M., & Ibrahim, M. (2009). Impact of educational outreach visits by pharmacists on treatment of childhood diarrhoea – Initial findings from Banke district, Nepal. *South East Asian Journal of Medical Education*, 3(2), 76-77.
- Kimatta, S., Alananga, R., Mwinyi, H., & Bongo, M. (2009). Refresher training of ADDO dispensers in the revised diarrheal disease management guidelines and reproductive health products, Ruvuma, Tanzania, February 9–24, 2009. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Larson, C. P., Koehlmoos, T. P., & Sack, D. A. (2011). Scaling up zinc treatment of childhood diarrhoea in Bangladesh: Theoretical and practical considerations guiding the SUZY project. *Health Policy and Planning*, 27(2), 102-114.
- Larson, C. P., Saha, U. R., & Nazrul, H. (2009). Impact monitoring of the national scale up of zinc treatment for childhood diarrhea in Bangladesh: Repeat ecologic surveys. *PLoS Medicine*, 6(11), e1000175.
- Littrell, M., Moukam, L. V., Libite, R., Youmba, J. C., & Baugh, G. (2013). Narrowing the treatment gap with equitable access: Mid-term outcomes of a community case management program in Cameroon. *Health Policy and Planning*, 28(7), 705-716.
- MacDonald, V., Banke, K., & Rakotonirina, N. (2010). A public-private partnership for the introduction of zinc for diarrhea treatment in Benin results and lessons learned. Country brief. Bethesda, MD: Abt Associates.
- MacDonald, V., & Banke, K. (2010). Assuring access to pediatric zinc for diarrhea treatment through the private sector in Madagascar: Results and lessons learned. Bethesda, MD: Abt Associates.
- MacDonald, V. & Banke, K. (2011). Partnering with the pharmaceutical industry to ensure access to pediatric zinc for diarrhea treatment in Pakistan: Results and lessons learned. Bethesda, MD: Abt Associates.
- Mbagaya, G. M., Odhiambo, M. O., & Oniang'o, R. K. (2005). Mother's health seeking behaviour during child illness in a rural western Kenya community. *African Health Sciences*, 5(4), 322-327.
- Mbonye, A. K. (2003). Prevalence of childhood illnesses and care-seeking practices in rural Uganda. *The Scientific World Journal*, 19(3), 721-730.
- MEMRB Marketing Research Consultants. (2010). Qualitative research report on POUZN.
- Morris, S., Gilbert, S., & Wilson, S. (2012). ORS case study: Malawi. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation.



- Mosites, E., Hackleman, R., Weum, K. L. M., Pintye, J., Manhart, J. E., & Hawes, S. E. (2012a). Bangladesh ORS case study. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation and University of Washington Global Health START Program.
- Mosites, E., Hackleman, R., Weum, K. L. M., Pintye, J., Manhart, J. E., & Hawes, S. E. (2012b). Bangladesh zinc case study. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation and University of Washington Global Health START Program.
- Mosites, E., Hackleman, R., Weum, K. L. M., Pintye, J., Manhart, J. E., & Hawes, S. E. (2012c). Guyana ORS case study. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation and University of Washington Global Health START Program.
- Mosites, E., Hackleman, R., Weum, K. L. M., Pintye, J., Manhart, J. E., & Hawes, S. E. (2012d). Jordan ORS case study. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation and University of Washington Global Health START Program.
- Mosites, E., Hackleman, R., Weum, K. L. M., Pintye, J., Manhart, J. E., & Hawes, S. E. (2012e). Nepal zinc case study. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation and University of Washington Global Health START Program.
- Mosites, E., Hackleman, R., Weum, K. L. M., Pintye, J., Manhart, J. E., & Hawes, S. E. (2012f). Trinidad and Tobago ORS case study. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation and University of Washington Global Health START Program.
- Nasrin, D., Larson, C. P., Sultana, S., & Khan, T. U. (2005). Acceptability of and adherence to dispersible zinc tablet in the treatment of acute childhood diarrhoea. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 23(3), 215-221.
- Nsimba, S. E. (2007). Assessing the performance, practices and roles of drug sellers/dispensers and mothers'/guardians' behaviour for common childhood conditions in Kibaha district, Tanzania. *Tropical Doctor*, 37(4), 197-201.
- Ogunrinde, O. G., Raji, T., Owolabi, O. A., & Anigo, K. M. (2011). Knowledge, attitude and practice of home management of childhood diarrhoea among caregivers of under-5 children with diarrhoeal disease in northwestern Nigeria. *Journal of Tropical Pediatrics*, 58(2), 143-146.
- Olson, C. K., Blum, L. S., Patel, K. N., Oria, P. A., Feikin, D. R., Laserson, K. F., et al. (2011). Community case management of childhood diarrhea in a setting with declining use of oral rehydration therapy: Findings from cross-sectional studies among primary household caregivers, Kenya, 2007. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 85(6), 1134-1140.
- Omuemu, V. O., Ofuani, I. J., & Kubeyinje, I. C. (2012). Knowledge and use of zinc supplementation in the management of childhood diarrhoea among health care workers in public primary health facilities in Benin-city, Nigeria. *Global Journal of Health Science*, 4(2), 68-76.
- Opwora, A. S., Laving, A. M., Nyabola, L. O., & Olenja, J. M. (2011). Who is to blame? perspectives of caregivers on barriers to accessing healthcare for the under-fives in Butere District, Western Kenya. *BMC Public Health*, 11, 272. doi: 10.1186/1471-2458-11-272.
- Othero, D. M., Orago, A. S., Groenewegen, T., Kaseje, D. O., & Otengah, P. A. (2008). Home management of diarrhea among under-fives in a rural community in Kenya: Household perceptions and practices. *East African Journal of Public Health*, 5(3), 142-146.
- PACE Uganda, & Population Services International (PSI). (2011). Uganda: Integrated case management of pneumonia, diarrhea and malaria through the Five & Alive franchise network. Kampala, Uganda: PSI.
- Panisset, U., Koehlmoos, T. P., Alkhatib, A. H., Pantoja, T., Singh, P., Kengey-Kayondo, J., et al. (2012). Implementation research evidence uptake and use for policy-making. *Health Research Policy and Systems*, 10(20). doi: 10.1186/1478-4505-10-20.
- PATH/Ipsos. (2012). Perspective on zinc, Results from a small sample of users in India. Prepared for PATH/Gates Foundation.
- Point-of-Use Water Disinfection and Zinc Treatment (POUZN) Project. (2010). Introducing improved treatment of diarrhea with zinc and ORT in Tanzania: A public-private partnership supported by the POUZN/AED project. Washington, DC: Academy for Educational Development (AED).
- Population Services International (PSI). (n.d.). Follow the need: Business in a basket – Motivating community health workers and improving health outcomes (case study). Antananarivo, Madagascar: PSI.
- Population Services International (PSI), International Rescue Committee (IRC), Malaria Consortium, & Save the Children. (n.d.). Follow the need: Recipe for scaling up access to quality pneumonia, diarrhea and malaria case management in South Sudan (case study). Juba, South Sudan: PSI.
- Population Services International (PSI) Benin. (2011). Evaluation of communication activities on the use of Orasel- zinc in the intervention areas of the IMPACT project. Second passage. Washington, DC: PSI.
- Population Services International (PSI) Burundi, & Kassengne, S. (2010). Determinants of diarrhea treatment among children under 5 years in areas implementing the project – “promoting hygiene and water treatment at home in cholera endemic provinces in Burundi”. First passage. Washington, DC: PSI.
- Population Services International (PSI) Burundi. (2007). TRaC study to evaluate the use of Orasel among women with children under 5 years. Second passage. Bujumbura, Burundi: PSI.
- Population Services International (PSI) Kenya. (2009). Market analysis of the ORS and zinc markets in Kenya. Washington,

DC: PSI.

Population Services International (PSI) Malawi. (2008). Maternal and child health TraC study evaluating oral rehydration salts (ORS) and hygiene for the prevention of diarrhea and cholera among caregivers of children under five. Second round. Blantyre, Malawi: PSI.

Population Services International (PSI) Malawi. (2005). PSI Malawi project TRaC – Malaria and diarrheal disease. First round. Blantyre, Malawi: PSI.

Population Services International (PSI) Mali, & Bah, M. D. (2009). TRaC study. Determinants of the use of oral rehydration salts among mothers or women in charge of children under 5 years in the Kayes Region. First passage. Washington, DC: PSI.

Population Services International (PSI) Nepal. (2008). Zinc TRaC survey. Round one. Kathmandu, Nepal: PSI.

Prasad Adhikari, K., Kunwar, L. S., MacDonald, V., & Paudel, M. (2006). Qualitative research for a zinc treatment program in Nepal: Findings and recommendations. Bethesda, MD: Abt Associates.

Rogers, E. M. (2003) Diffusion of Innovations. 5th Edition. New York: Free Press.

Sadh, A., & Agnihotri, M. (n.d.). Excellence in social marketing - the WHO ORS campaign for diarrhea management: A case study. Indore, India: Indian Institute of Management Indore.

Sanders, E., & Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS project). (2012). Diarrhea management knowledge, attitudes and practices among providers in Benin. Bethesda, MD: Abt Associates.

Sarrio, E. (2006). IRC Sierra Leone child survival grant in Kono District, CSHGP cycle XIX 2003 – 2008 mid-term evaluation report. Freetown, Sierra Leone and New York: International Rescue Committee (IRC).

Shah, D., Cloudhury P., Gupta, P., Mathew, J., Gera, T., Gogia, S., et al. (2012). Promoting appropriate management of diarrhea: A systematic review of literature for advocacy and action: UNICEF-PHFI series on newborn and child health, India. *Indian Pediatrics*, 49, 627-649.

Supply Chains for Community Case Management (SC4CCM). (2013). CCM products: Last mile perspectives on ORS, zinc, and cotrimoxazole from CHWs in Malawi and Ethiopia. Arlington, VA: JSI Research & Training Institute.

Taffa, N., & Chepngeno, G. (2005). Determinants of health care seeking for childhood illnesses in Nairobi slums. *Tropical Medicine and International Health*, 10(3), 240-245.

Tinuade, O., Iyabo, R., & Durotoye, O. (2010). Health-care-seeking behaviour for childhood illnesses in a resource-poor setting.

*Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(5), 238-242.

Uchendu, A., Ikefuna, N., & Emodi, I. J. (2009). Medication use and abuse in childhood diarrhoeal diseases by caregivers reporting to a Nigerian tertiary health institution. *South African Journal of Child Health*, 3(3), 83-89.

Uchendu, U. O., Emodi, I. J., & Ikefuna, A. N. (2011). Pre-hospital management of diarrhoea among caregivers presenting at a tertiary health institution: implications for practice and health education. *African Health Sciences*, 11(1), 41-47.

Uganda Health Marketing Group (UHMGM). (2011). Reproductive health, child health and water treatment usage and attitudes study reports. Kampala, Uganda: UHMGM.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2009). Management practices for childhood diarrhoea in India: Survey of 10 districts. Retrieved from [http://www.unicef.org/india/Management\\_Practices\\_for\\_Childhood\\_Diarrhoea\\_in\\_India2009.pdf](http://www.unicef.org/india/Management_Practices_for_Childhood_Diarrhoea_in_India2009.pdf)

U.S. Agency for International Development (USAID), & Academy for Educational Development (AED). (n.d.). POUZN Tanzania: Using a multi-sector approach to promote zinc and oral rehydration therapy. Washington, DC: AED.

U.S. Agency for International Development (USAID), & Academy for Educational Development (AED). (2010). Treating childhood diarrhea in India with ORT and zinc: Engaging with pharmaceutical industry and private providers. Lessons learned from the POUZN/AED project. Washington, DC: AED Center for Private Sector Initiatives.

U.S. Agency for International Development (USAID), United Nations Children's Fund (UNICEF), & World Health Organization (WHO). (2005). Diarrhoea treatment guidelines including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation for clinic-based healthcare workers. Arlington, VA: The MOST Project.

U.S. Agency for International Development (USAID), & PSP-One India. (2008). Saathi Bachpan Ke: Promoting diarrhea management through the private sector in urban North India. India: USAID and PSP-One.

Walker, C. L. F., Fontaine, O., Young, M. W., & Black, R. E. (2009). Zinc and low osmolarity oral rehydration salts for diarrhoea: A renewed call to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(10), 780-786.

Wang, W., & MacDonald, V. (2009). Introducing zinc through the private sector for the treatment of childhood diarrhea: Results from a population-based survey in Nepal. Bethesda, MD: Abt Associates.

Wilson, S., Morris, S., & Gilbert, S. (2012a). ORS case study: India. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation.

Wilson, S., Morris, S., & Gilbert, S. (2012b). ORS case study: Senegal. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation.



- Wilson, S., Morris, S., & Gilbert, S. (2012c). ORS case study: Sierra Leone. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation.
- Wilson, S., Morris, S., & Gilbert, S. (2012d). ORS case study: Tanzania. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation.
- Wilson, S., Morris, S., & Gilbert, S. (2012e). Zinc case study: Tanzania. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation.
- Winch, P. J., Gilroy, K. E., Doumbia, S., Patterson, A. E., Daou, Z., Diawara, A., et al. (2008). Operational issues and trends associated with the pilot introduction of zinc for childhood diarrhoea in Bougouni District, Mali. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 26(2), 151-162.
- Amoxicilline**  
Every Woman Every Child. (2013). Amoxicillin: Product profile. Retrieved from <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/305-amoxicillin-product-profile>
- Adegboyega, A. A., Onayade, A. A., & Salawu, O. (2005). Care-seeking behaviour of caregivers for common childhood illnesses in Lagos Island Local Government Area, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, 14(1), 65-71.
- Ahs, J. (n.d.). Perceptions, management and barriers to care-seeking for childhood diarrhea, malaria and pneumonia: Uganda, Kenya, Nigeria, Ethiopia, and Niger. North Carolina, USA.
- Amuyunzu-Nyamongo, M., & Nyamongo, I. K. (2006). Health seeking behaviour of mothers of under-five-year-old children in the slum communities of Nairobi, Kenya. *Anthropology & Medicine*, 13(1), 25-40.
- Association de Santé Familiale (ASF), & Population Services International (PSI). (2011). Democratic Republic of the Congo (DRC): Integrated community case management of pneumonia, malaria & diarrhea program brief. Kinshasa, DRC: PSI.
- Awasthi, S., Srivastava, N. M., & Pant, S. (2008). Symptom-specific care-seeking behavior for sick neonates among urban poor in Lucknow, northern India. *Journal of Perinatology*, 28(Suppl 2), S69-S75.
- Bedford, J. (2012a). Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea, malaria, and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Kenya. UNICEF Maternal, Newborn and Child Health Working Paper. New York: UNICEF.
- Bedford, J. (2012b). Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea, malaria, and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Niger. UNICEF Maternal, Newborn and Child Health Working Paper. New York: UNICEF.
- Bedford, J. (2012c). Qualitative study to identify solutions to local barriers to care-seeking and treatment for diarrhoea, malaria, and pneumonia in select high burden countries: Report on findings from Nigeria. UNICEF Maternal, Newborn and Child Health Working Paper. New York: UNICEF.
- Brieger, W. R., Osamor, P. E., Salami, K. K., Oladepo, O., & Otusanya, S. A. (2004). Interactions between patent medicine vendors and customers in urban and rural Nigeria. *Health Policy and Planning*, 19(3), 177-182.
- Burton, D. C., Flannery, B., Onyango, B., Larson, C., Alaii, J., Zhang, X., et al. (2011). Healthcare-seeking behaviour for common infectious disease-related illnesses in rural Kenya: A community-based house-to-house survey. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(1), 61-70.
- Chowdhury, E. K., El Arifeen, S., Rahman, M., Hoque, D. E., Hossain, M. A., Begum, K., et al. (2008). Care at first-level facilities for children with severe pneumonia in Bangladesh: A cohort study. *The Lancet*, 372(9641), 822-830.
- Concern Worldwide. (2010). Analysis of delivery barriers for high impact maternal, newborn & child health services: Sierra Leone. New York: Concern Worldwide.
- Dawson, P., Pradhan, Y. V., Houston, R., Karki, S., Poudel, D., & Hodgins, S. (2008). From research to national expansion: 20 years' experience of community-based management of childhood pneumonia in Nepal. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(5), 339-343.
- Degefie, T., Marsh, D., Gebremariam, A., Tefer, W., Osborn, G., & Waltensperger, K. (2003). Community case management improves use of treatment for childhood diarrhea, malaria and pneumonia in a remote district of Ethiopia. *The Ethiopian Journal of Health Development*, 23(2), 120-126.
- Ebuehi, O. M., & Adebajo, S. (2010). Improving caregivers' home management of common childhood illnesses through community level interventions. *Journal of Child Health Care*, 14(3), 225-238.
- Graham, S. M., English, M., Hazir, T., Enarson, P., & Duke, T. (2008). Challenges to improving case management of childhood pneumonia at health facilities in resource-limited settings. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(5), 349-355.
- Greenwood, B. (2008). A global action plan for the prevention and control of pneumonia. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(5), 322-323.
- Hildenwall, H., Nantanda, R., Tumwine, J. K., Petzold, M., Pariyo, G., Tomson, G., et al. (2009). Care-seeking in the development of severe community acquired pneumonia in Ugandan children. *Annals of Tropical Paediatrics*, 29(4), 281-289.
- Hildenwall, H., Rutebemberwa, E., Nsabagasani, X., Pariyo, G., Tomson, G., & Peterson, S. (2007). Local illness concepts-implications for management of childhood pneumonia in eastern Uganda. *Acta Tropica*, 101(3), 217-224.

- Hussain, R., Lobo, M. A., Inam, B., Khan, A., Qureshi, A. F., & Marsh, D. (1997). Pneumonia perceptions and management: An ethnographic study in urban squatter settlements of Karachi, Pakistan. *Social Science & Medicine*, 45(7), 991-1004.
- Irimu, G., Nduati, R. W., Wafula, E., & Lenja, J. (2008). Community understanding of pneumonia in Kenya. *African Health Sciences*, 8(2), 103-107.
- Kaljee, L. M., Anh, D. D., Minh, T. T., Huu Tho, L., Batmunkh, N., & Kilgore, P. E. (2011). Rural and urban Vietnamese mothers utilization of healthcare resources for children under 6 years with pneumonia and associated symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(4), 254-267.
- Källander, K., Hildenwall, H., Waiswa, P., Galiwango, E., Peterson, S., & Pariyo, G. (2008). Delayed care seeking for fatal pneumonia in children aged under five years in Uganda: A case-series study. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(5), 332-338.
- Källander, K., Nsungwa-Sabiiti, J., Balyeku, A., Pariyo, G., Tomson, G., & Peterson, S. (2005). Home and community management of acute respiratory infections in children in eight Ugandan districts. *Annals of Tropical Paediatrics*, 25(4), 283-291.
- Mathew, J. L., Patwari, A. K., Gupta, P., Shah, D., Gera, T., Gogia, S., et al. (2011). Acute respiratory infection and pneumonia in India: A systematic review of literature for advocacy and action: UNICEF-PHFI series on newborn and child health, India. *Indian Pediatrics*, 48(3), 191-218.
- Mbagaya, G. M., Odhiambo, M. O., & Oniang'o, R. K. (2005). Mother's health seeking behaviour during child illness in a rural western Kenya community. *African Health Sciences*, 5(4), 322-327.
- Mbonye, A. K. (2003). Prevalence of childhood illnesses and care-seeking practices in rural Uganda. *The Scientific World Journal*, 3, 721-730.
- Mulholland, E., Smith, L., Carneiro, I., Becher, H., & Lehmann, D. (2008). Equity and child-survival strategies. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(5), 399-407.
- Ogunlesi, T., Runsewe-Abiodun, R., & Olanrewaju, D. (2010). Health-care-seeking behaviour for childhood illnesses in a resource-poor setting. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(5), 238-242.
- Opwora, A. S., Laving, A. M., Nyabola, L. O., & Olenja, J. M. (2011). Who is to blame? Perspectives of caregivers on barriers to accessing healthcare for the under-fives in Butere District, Western Kenya. *BMC Public Health*, 11(272). doi: 10.1186/1471-2458-11-272.
- PACE Uganda & Population Services International (PSI). (2011). Integrated case management of pneumonia, diarrhea and malaria through the Five & Alive franchise network: Program brief. Kampala, Uganda: PSI.
- Population Services International (PSI), International Rescue Committee (IRC), Malaria Consortium, & Save the Children. (n.d.). Follow the need: Recipe for scaling up access to quality pneumonia, diarrhea and malaria case management in South Sudan. Juba, South Sudan: PSI.
- Simiyu, D. E., Wafula, E. M., & Nduati, R. W. (2003). Mothers' knowledge, attitudes and practices regarding acute respiratory infections in children in Baringo District, Kenya. *East African Medical Journal*, 80(6), 303-307.
- Soofi, S., Ahmed, S., Fox, M. P., MacLeod, W. B., Thea, D. M., Qazi, S. A., et al. (2012). Effectiveness of community case management of severe pneumonia with oral amoxicillin in children aged 2-59 months in Matiari district, rural Pakistan: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 379(9817), 729-737.
- Supply Chains for Community Case Management (SC4CCM). (2013). CCM products: Last mile perspectives on ORS, zinc, and cotrimoxazole from CHWs in Malawi and Ethiopia. Arlington, VA: JSI Research & Training Institute.
- Taffa, N., & Chepngeno, G. (2005). Determinants of health care seeking for childhood illnesses in Nairobi slums. *Tropical Medicine and International Health*, 10(3), 240-245.
- Tinuade, O., Iyabo, R. A., & Durotoye, O. (2010). Health-care-seeking behaviour for childhood illnesses in a resource-poor setting. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(5), 238-242.
- Ukwaja, K. N., & Olufemi, O. A. (2010). Home management of acute respiratory infections in a Nigerian district. *African Journal of Respiratory Medicine*, 6(1), 18-22.

## Produits de santé reproductive

### Introduction

Glazier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & Van Look, P. F. (2006). Sexual and reproductive health: A matter of life and death. *The Lancet*, 368, 1595-1607.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2007). AIDS Epidemic Update: December 2007. Geneva, Switzerland: UNAIDS.

Population Reference Bureau (PRB). (2012). World population data sheet. Retrieved from <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2012/world-population-data-sheet/fact-sheet-unmet-need.aspx>

Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: Worldwide levels, trends and outcomes. *Studies in Family Planning*, 41(4), 241-250.

### Préservatifs féminins

Adeokun, L., Mantell, J. E., Weiss, E., Delano, G. E., Jagha, T., Olatoregun, J., et al. (2002). Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria. *International Family Planning Perspectives*, 28(2), 87-95.

Agha, S., & Van Rossem, R. (2002). Impact of mass media campaigns on intentions to use the female condom in Tanzania. *International Family Planning Perspectives*, 28(3), 151-158.

Ashraf, N., Bandiera, O., & Jack, K. (2013). No margin, no mission? A field experiment on incentives for pro-social tasks. Retrieved from <http://www.povertyactionlab.org/publication/no-margin-no-mission-field-experiment-incentives-pro-social-tasks>

Busza, J., & Baker, S. (2004). Protection and participation: An interactive programme introducing the female condom to migrant sex workers in Cambodia. *AIDS Care*, 16(4), 507-518.

Choi, K., Gregorich, S. E., Anderson, K., Grinstead, O., & Gómez, C. A. (2003). Patterns and predictors of female condom use among ethnically diverse women attending family planning clinics. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(1), 91-98.

Choi, K., Hoff, C., Gregorich, S. E., Grinstead, O., Gomez, C., & Hussey, W. (2008). The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 98(10), 1841-1848.

Endsley, C., & Maposhere, C. (2005). *Situational analysis of the female condom in Zimbabwe*. London: JSI Europe.

Every Woman Every Child. (2013). Female condom: Product profile. Retrieved from <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/299-female-condoms-product-profile>

Exner, T. M., Tesoriero, J. M., Battles, H. B., Hoffman, S., Mantell, J. E., Correale, J., et al. (2012). A randomized controlled trial to evaluate a structural intervention to promote the female condom in New York State. *AIDS and Behavior*, 16(5), 1121-1132.

Family Health International (FHI). (2005). FHI research briefs on the female condom – No. 4. Female condom acceptability and sustained use. Retrieved from <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Briefs/fcbriefs/acceptability.htm>

Gollub, E. L. (2000). The female condom: Tool for women's empowerment. *American Journal of Public Health*, 90(9), 1377-1381.

Hoffman, S., Mantell, J., Exner, T., & Stein, Z. (2004). The future of the female condom. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(3), 120-126.

Hoke, T. H., Feldblum, P. J., Damme, K. V., Nasution, M. D., Grey, T. W., Wong, E. L., et al. (2007). Randomised controlled trial of alternative male and female condom promotion strategies targeting sex workers in Madagascar. *Sexually Transmitted Infections*, 83(6), 448-453.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), & Population Services International (PSI). (2000). *Social marketing: Expanding access to essential products and services to prevent HIV/AIDS and to limit the impact of the epidemic*. Geneva,

Switzerland: UNAIDS. Retrieved from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub04/social\\_marketing\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub04/social_marketing_en.pdf)

Kabira, W. M., Kanyi, W., Ruminjo, J., Njau, W., Nduati, R., Hayman, J., & Ankrah, M. (1997). The female condom as a woman controlled protective method: Summary of research project. Nairobi, Kenya: AIDSCAP Women's Initiative.

Kalckmann, S., Farias, N., & Carvalheiro, J. R. (2009). Evaluation of continuity of use of female condoms among users of the Brazilian National Health System (SUS): Longitudinal analysis in units in the metropolitan region of São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(2), 1-12.

Kaler, A. (2001). It's some kind of women's empowerment: The ambiguity of the female condom as a marker of female empowerment. *Social Science & Medicine*, 52(5), 783-796.

Koster, W., Groot Bruinderink, M., Kuijper, C., & Siemerink, M. C. (2012). Male views on acceptability and use of female condoms with sex workers: Findings from a qualitative study in Nigeria, Cameroon and Zimbabwe. Poster presented at the 19th International AIDS Conference: Abstract no. THPE203. Retrieved from <http://pag.aids2012.org/Abstracts.aspx?AID=17435>

Lara, D. K., Grossman, D. A., Muñoz, J. E., Rosario, S. R., Gómez, B. J., & García, S. G. (2009). Acceptability and use of the female condom and diaphragm among sex workers in Dominican Republic: Results from a prospective study. *AIDS Education and Prevention*, 21(6), 538-551.

Liao, S., Weeks, M. R., Wang, Y., Li, F., Jiang, J., Li, J., et al. (2011). Female condom use in the rural sex industry in china: Analysis of users and non-users at post-intervention surveys. *AIDS Care*, 23 (Suppl 1), 66-74.

Meekers, D., & Richter, K. (2005). Factors associated with use of the female condom in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*, 31(1), 30-37.

Napierala, S., Kang, M. S., Chipato, T., Padian, N., & Van der Straten, A. (2008). Female condom uptake and acceptability in Zimbabwe. *AIDS Education and Prevention*, 20(2), 121-134.

Okunlola, M., Morhason-Bello, I. O., Owonikoko, K. M., & Adekunle, O. (2006). Female condom awareness, use and concerns among Nigerian female undergraduates. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(4), 353-356.

Poole, L. (2003). *Review of targeted public sector distribution of the female condom*. London: JSI Europe.

Population Council. (2006). *In our own hands: SWAA-Ghana champions the female condom*. Quality/Calidad/Qualite. New York: Population Council.

Population Services International (PSI). (n.d.). Female condom. Retrieved from <http://www.psi.org/our-work/healthy-lives/>

interventions/female-condom

Ray, S., van De Wijgert, J., Mason, P., Ndowa, F., & Maposhere, C. (2001). Constraints faced by sex workers in use of female and male condoms for safer sex in urban Zimbabwe. *Journal of Urban Health*, 78(4), 581-592.

Reproductive Health (RH) Supplies Coalition. (2012). Product brief: Female condom. Caucus on New and Underused Reproductive Health Technologies. Retrieved from [http://www.path.org/publications/files/RHSC\\_fem\\_condom\\_br.pdf](http://www.path.org/publications/files/RHSC_fem_condom_br.pdf)

Sweat, M. D., Denison, J., Kennedy, C., Tedrow, V., & O'Reilly, K. (2012). Effects of condom social marketing on condom use in developing countries: A systematic review and meta-analysis, 1990-2010. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(8), 613-622.

Telles Dias, P. R., Souto, K., & Page-Shafer, K. (2006). Long-term female condom use among vulnerable populations in Brazil. *AIDS and Behavior*, 10(Suppl 4), S67-S75.

Thomsen, S. C., Ombidi, W., Toroitich-Ruto, C., Wong, E. L., Tucker, H. O., Homan, R., et al. (2006). A prospective study assessing the effects of introducing the female condom in a sex worker population in Mombasa, Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 82(5), 397-402.

Trussell, J., Sturgen, K., Strickler, J., & Dominik, R. (1994). Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods. *Family Planning Perspectives*, 26(2), 66-72.

Universal Access to Female Condoms Joint Programme (UAFC). (n.d.). Making female condoms available and accessible: A guide on implementing female condom programs. *Female condoms 4 All*.

Van Devanter, N., Gonzales, V., Merzel, C., Parikh, N. S., Celantano, D., & Greenberg, J. (2002). Effect of an STD/HIV behavioral intervention on women's use of the female condom. *American Journal of Public Health*, 92(1), 109-115.

Warren, M., & Philpott, A. (2003). The safer sex options: Introducing expanding into national condom female programmes. *Reproductive Health Matters*, 11(21), 130-139.

Witte, S. S., El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Chang, M., & Hill, J. (2006). Promoting female condom use to heterosexual couples: Findings from a randomized clinical trial. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(3), 148-154.

World Health Organization (WHO), & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs (JHU-CCP) (2011). *Family planning: A global handbook for providers*. Geneva, Switzerland and Baltimore, MD: WHO and JHU-CCP.

### **Implants contraceptifs**

Alemayehu, M., Belachew, T., & Tilahun, T. (2012). Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Mekelle town, Tigray region, north Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*,

12(6). doi: 10.1186/1471-2393-12-6

Asnake, M., Henry, E. G., Tilahun, Y., & Oliveras, E. (2012). Addressing unmet need for long acting family planning in Ethiopia: Uptake of implanon and characteristics of users. *Pathfinder International Research and Evaluation Working Paper Series*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Dhont, N., Ndayisaba, G. F., Peltier, C. A., Nzabonimpa, A., Temmerman, M., & van de Wijgert, J. (2009). Improved access increases postpartum uptake of contraceptive implants among HIV-positive women in Rwanda. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 14(6), 420-425.

Eke, A. C., & Alabi-Isama, L. (2011). Long-acting reversible contraception (LARC) use among adolescent females in secondary institutions in Nnewi, Nigeria. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 31(2), 164-168.

EngenderHealth/The RESPOND project. (2012). Acceptability of Sino-implant (II) in Bangladesh: Six-month findings from a prospective study (Project Brief No. 7). New York: EngenderHealth.

EngenderHealth/The RESPOND project. (2010). Promoting hormonal implants within a range of long-acting and permanent methods: The Tanzania experience (Project Brief No. 1). New York: EngenderHealth.

Hubacher, D., Olawo, A., Manduku, C., & Kiarie, J. (2011). Factors associated with uptake of subdermal contraceptive implants in a young Kenyan population. *Contraception*, 84(4), 413-417.

Jacobstein, R., & Stanley, H. (2013). Contraceptive implants: Providing better choice to meet growing family planning demand. *Global Health: Science and Practice*, 1(1), 11-17.

Khu, N. H., Vwalika, B., Karita, E., Kilembe, W., Bayingana, R. A., Sitrin, D., et al. (2013). Fertility goal-based counseling increases contraceptive implant and IUD use in HIV-discordant couples in Rwanda and Zambia. *Contraception*, 88(1), 74-82.

Marie Stopes International (MSI). (2010). *Introducing the contraceptive Sino implant II (Zarin) in Sierra Leone*. Freetown, Sierra Leone: Marie Stopes International.

Neukom, J., Chilambwe, J., Mkandawire, J., Mbewe, R. K., & Hubacher, D. (2011). Dedicated providers of long-acting reversible contraception: New approach in Zambia. *Contraception*, 83(5), 447-452.

Pathfinder International Ethiopia. (2011). *Scale-up of task-shifting for community-based provision of Implanon: Technical summary 2009-2011*. Addis Ababa, Ethiopia: Pathfinder International.

Pathfinder International Ethiopia. (2008). *Service delivery-based training for long-acting family planning methods:*



Client/provider satisfaction assessment. Addis Ababa, Ethiopia: Pathfinder International.

Pathfinder International Ethiopia (2010). Scaling up community-based service delivery of Implanon: The integrated family health program's experience training health extension workers. Addis Ababa, Ethiopia: Pathfinder International.

Population Services International (PSI) (2012) Mali: ProFam Urban Outreach: A high impact model for family planning. Washington, DC: PSI. Retrieved from <http://www.psi.org/resources/research-metrics/publications/reproductive-health/reaching-women-need-family-planning-clin>

Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS), & Abt Associates. (2012). Assessment of private providers' knowledge, attitudes and practices related to long-acting and permanent methods of contraception in Bangladesh. Bethesda, MD: Abt Associates.

### *Pillules contraceptives d'urgence*

Ahonsi, B. Salisu, I., Idowu, A., & Oginni, A. (2012). Providers' and key opinion leaders' attitudes, beliefs, and practices regarding emergency contraception in Nigeria: Key findings. Program brief. Retrieved from <http://www.k4health.org/toolkits/emergency-contraception/providers-and-key-opinion-leaders-attitudes-beliefs-and-practices>

Asim, A., & Rahman, S. (2008). Mid-term assessment of social marketing program (2003-2008). Submitted to USAID. Retrieved from [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PDACL174.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACL174.pdf)

Brady, M., Khan, M. E., Ahonsi, B., Mané, B., Askew, I., & Ramarao, S. (2012). Providers' and key opinion leaders' attitudes, beliefs, and practices concerning emergency contraception: A multicountry study in India, Nigeria, and Senegal. Program brief. New York: Population Council. Retrieved from [http://www.popcouncil.org/pdfs/2012RH\\_ECBriefMulticountry.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/2012RH_ECBriefMulticountry.pdf)

Byamugisha, J. K., Mirembe, F. M., Faxelid, E., & Gemzell-Danielsson, K. (2007). Knowledge, attitudes and prescribing pattern of emergency contraceptives by health care workers in Kampala, Uganda. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(9), 1111-1116.

Campero, L., Walker, D., Rouvier, M., & Atienzo, E. (2010). First steps toward successful communication about sexual health between adolescents and parents in Mexico. *Qualitative Health Research*, 20(8), 1142-1154.

Chin-Quee, D., Hinson, L., L'Engle, K. L., Otterness, C., & Janowitz, B. (2012). Bridge over troubled waters: Considerations in transitioning emergency contraceptive users to hormonal methods. *Contraception*, 85(4), 363-368.

Diaz, S., Hardy, E., Alvarado, G., & Ezcurra, E. (2003). Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral contraceptives. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5), 1507-1517.

Ebuehi, O. M., Ebuehi, O. A., & Inem, V. (2006). Health care providers' knowledge of, attitudes toward and provision of emergency contraceptives in Lagos, Nigeria. *International Family Planning Perspectives*, 32(2), 89-93.

Ellertson, C., Heimbürger, A., Acevedo-Garcia, D., Schiavon, R., Mejia, G., Corona, G., et al. (2002). Information campaign and advocacy efforts to promote access to emergency contraception in Mexico. *Contraception*, 66(5), 331-337.

Fernández-Cerdeño, A., Vernon, R., Hossain, S., Keesbury, J., & Khan, M. E. (2009). Introduction and scaling-up of emergency contraception: Lessons learned from three regions. *Population Review*, 48(1), 119-134.

Goergen, R. M., & Ndonko, F. (2006). A successful way to achieve behaviour change and empower youth. Heidelberg, Germany and Yaounde, Cameroon: Evaplan and GTZ. Retrieved from <http://www.cominit.com/?q=africa/content/trust-aunties-testimony-and-counselling-through-teenage-mothers>

Halpern, V., Raymond, E. G., & Lopez, L. M. (2011). Repeated use of pre- and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD007595. doi: 10.1002/14651858.CD0077595.pub2.

International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). (2011). DHS data show EC knowledge and use still low. Retrieved from <http://www.cecinfo.org/dhs-data-show-ec-knowledge-and-use-still-low/>

International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). (n.d.). ICEC worldwide case studies: Sri Lanka. Ensuring program sustainability. Retrieved from [http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2012/12/ICEC\\_Worldwide\\_Case\\_Studies\\_Sri\\_Lanka\\_feb07.pdf](http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2012/12/ICEC_Worldwide_Case_Studies_Sri_Lanka_feb07.pdf)

International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). (2013). What do the experts say about EC? Retrieved from <http://www.cecinfo.org/about/endorsements/#>

Judge, S., Peterman, A., & Keesbury, J. (2011). Provider determinants of emergency contraceptive counseling and provision in Kenya and Ethiopia. *Contraception*, 83(5), 486-490.

Keesbury, J., Liambila, W., Obare, F., & Kuria, P. (2009). Mainstreaming emergency contraception in Kenya: Final project report. Nairobi, Kenya: Population Council, Nairobi and Population Services International, Kenya. Retrieved from [http://www.popcouncil.org/pdfs/RH09\\_MainstreamingECKenya.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/RH09_MainstreamingECKenya.pdf)

Keesbury, J., Zama, M., & Shreeniwas, S. (2009). The Copperbelt model of integrated care for survivors of rape and defilement. Testing the feasibility of police provision of emergency contraceptive pills. Lusaka, Zambia: Population Council. Retrieved from [http://www.popcouncil.org/pdfs/2009RH\\_ZambiaCopperbeltModelIntCare.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/2009RH_ZambiaCopperbeltModelIntCare.pdf)

Khan, M. E., Mohammed, S., Hossain, I. & Bhuiyan, N. (2005).



Building national capacity to deliver emergency contraception services in Bangladesh. Research update. New Delhi, India: Population Council and Frontiers in Reproductive Health.

Khan, M. E., Mohammed, S., Hossain, I., & Rahman, M. (2004). Introduction of emergency contraception: Using operations research for policy decisions. Bangladesh and India: Population Council and Frontiers in Reproductive Health.

Maharaj, P., & Rogan, M. (2011). Missing opportunities for preventing unwanted pregnancy: A qualitative study of emergency contraception. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 37(2), 89-96.

Mané, B., Brady, M., RamaRao, S., & Bintou Mbow, F. (2012). Providers' and key opinion leaders' attitudes and practices regarding emergency contraception in Senegal: Key findings. Program brief. Retrieved from [http://www.popcouncil.org/pdfs/2012RH\\_ECBriefSenegal.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/2012RH_ECBriefSenegal.pdf)

Orijji, V. K., & Omietimi, J. E. (2011). Knowledge, attitude, and practice of emergency contraception among medical doctors in Port Harcourt. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 14(4), 428-431.

Population Services International (PSI). (2010). Mainstreaming emergency contraception pills in Kenya. Washington, DC: PSI. Retrieved from <http://www.psi.org/mainstreaming-emergency-contraception-pills-kenya>

Population Services International (PSI). (2013). Social marketing of emergency contraception: An overview of PSI's program worldwide. Retrieved from <http://www.psi.org/resources/research-metrics/publications/reproductive-health/social-marketing-emergency-contraception>

Rogan, M., Nanda, P., & Maharaj, P. (2010). Promoting and

prioritising reproductive health commodities: Understanding the emergency contraception value chain in South Africa. *African Journal Reproductive Health*, 14(1), 9-20.

Schiavon, R., & Westley, E. (2008). From pilot to mainstream: A decade of working in partnerships to expand access to emergency contraception in Mexico. *Global Public Health*, 3(2), 149-164.

Skibiak, J. P., Council, P., & Chambeshi-Moyo, M. (2001). Testing alternative channels for providing emergency contraception to young women. New York: Population Council.

Sychareun, V., Phongsavan, K., Hansana, V., & Phengsavanh, A. (2010). Policy maker and provider knowledge and attitudes regarding the provision of emergency contraceptive pills within Lao PDR. *BMC Health Services Research*, 10(212). doi: 10.1186/1472-6963-10-212.

Westley, E., & Shochet, T. (2013). Social marketing of emergency contraception: Are we missing a valuable opportunity? *Contraception*, 87, 703-705.

Williams, K. (2011). Provider-related barriers to accessing emergency contraception in developing countries: A literature review. Washington, DC: Population Council. Retrieved from [http://www.popcouncil.org/pdfs/2011RH\\_ECBarriersLitReview.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/2011RH_ECBarriersLitReview.pdf)





Life  
Saving  
Commodities  
Improving access,  
saving lives

