

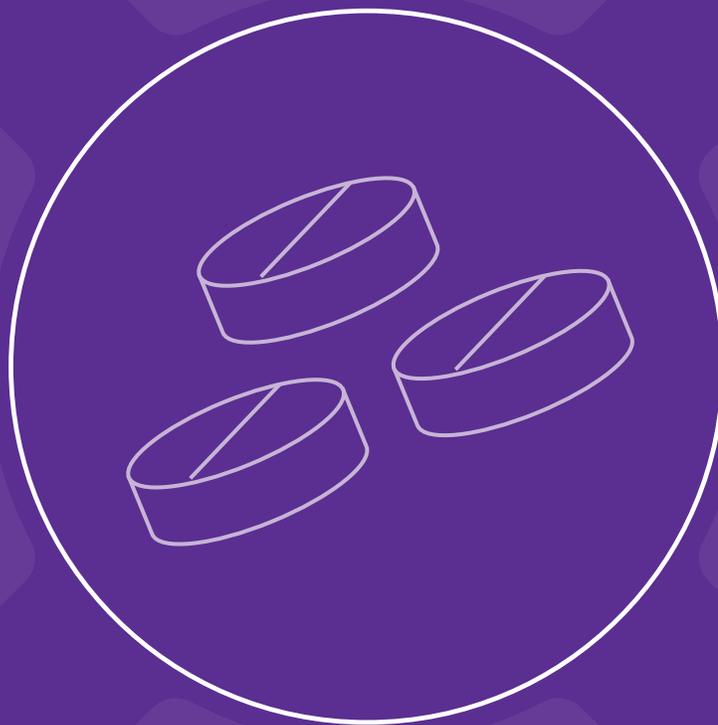


Life  
Saving  
Commodities  
Improving access,  
saving lives

Création de la demande pour les produits de santé  
infantile, néonatale, maternelle et reproductive

# UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION ADAPTABLE POUR LE MISOPROSTOL

JUILLET 2014



## Remerciements

La collaboration sur les capacités en communication sanitaire (« Health Communication Capacity Collaborative », HC3) financée par USAID basée au Centre des programmes de communication (« Center for Communication Programs », CCP) de l'école Bloomberg de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins tient à remercier Carol Hooks (consultante indépendante) pour la rédaction de cette stratégie avec la collaboration de Anna Helland (CCP), Joanna Skinner (CCP), Kate McCracken (CCP) et Erin Portillo (CCP). La HC3 remercie Kathleen Fox, Kim Martin, Katie Kuehn et Mark Beisser d'avoir participé à la publication et à la mise en page. 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.

### Citation suggérée :

La Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative – HC3). (2014). *Une stratégie de communication adaptable pour le misoprostol*. Baltimore : JHU CCP.

La création de la demande pour les activités liées aux produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive est assurée par la Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative – HC3) basée au Centre des programmes de communication de l'Université Johns Hopkins (Center for Communication Programs, CCP), avec le soutien du Fonds d'affectation du département de la SINMR et de l'Agence américaine pour le développement international (Agency for International Development - USAID) en partenariat avec le sous-groupe de création de la demande de la Commission des Nations Unies chargées des produits d'urgence (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), Jhpiego et d'autres partenaires.

## Crédits photographiques

(par ordre d'apparition dans la partie Profils de public)

Toutes les photographies de cette publication sont utilisées avec l'aimable autorisation de Photoshare ([www.photoshare.org](http://www.photoshare.org)).

**Aminata** : Une femme tanzanienne est debout à côté d'un stand de robes pour jeunes filles à un marché connu pour des marchandises tanzaniennes dans le District de Mzimba, au Malawi. © 2008 Lisa Basalla

**Theresa** : Une femme enceinte attend des soins prénataux au centre de santé de Nacala Porto dans la province de Nampula au Mozambique. © 2003 Arturo Sanabria

**Kanta** : Au Bangladesh, un agent de santé communautaire du comité pour le développement rural du Bangladesh (Bangladesh Rural Advancement Committee - BRAC) inscrit un couple qui attend un enfant au programme MAMA afin qu'il reçoive des SMS ou des messages vocaux d'information pendant la grossesse et la première année de vie de l'enfant. © 2012 Cassandra Mickish

**Nora** : Une infirmière vaccine un bébé de quatre mois devant son domicile près du village distant de San Pablo, près de Murra dans l'état de Nueva Segovia au Nicaragua à la frontière nord avec le Honduras. © 2008 Adrian Brooks

**Thomas** : Un homme et une femme de Tanzanie écoutent une émission de radio sur le VIH/sida dans le cadre du projet STRADCOM (« Strategic Radio Communication for Development », Stratégie de communication radio pour le développement). © 2008 Robert Karam

**Elira** : Une femme âgée et un enfant à Tirana en Albanie. © 2010 Brilanta Kadillari,

**Sadia** : Une femme enceinte au Bangladesh fait l'objet d'un bilan de santé. © 2006 Center for Communication Programs (Centre des programmes de communication)

**Tilahun** : Un jeune agent de santé dans un dispensaire au nord de l'Éthiopie, près de Lalibela, montre un flacon contenant le contraceptif populaire Depo Provera et un tableau-papier utilisés pour communiquer aux couples les types disponibles de méthodes de planning familial. © 2005 Virginia Lamprecht

**Anna** : Mary Philomena Okello, agent de soins palliatifs cliniques au centre hospitalier régional de Lira en Ouganda, se trouve à l'extérieur de la salle de son service. © 2009 Carol Bales/IntraHealth International

**Martha** : Une femme parle lors d'une réunion à la périphérie de la capitale du Nigeria, Abuja. © 2012 Akintunde Akinleye

**Mousa** : Un vieil homme à Zanzibar en Tanzanie. © 2009 Arturo Sanabria

## Table des matières

<b>Acronymes</b>	<b>5</b>
<b>Introduction</b>	<b>6</b>
But	7
Public concerné	7
Qu'est-ce qu'une stratégie de communication ?	7
Comment utiliser cette stratégie de communication adaptable ?	7
Treize produits d'urgence pour femmes et enfants	7
<b>Création de la demande : Présentation</b>	<b>10</b>
Qu'est que la création de la demande ?	11
Quel est le public concerné par les programmes de création de la demande pour les 13 produits d'urgence ?	11
Définitions et concepts fondamentaux de la création de la demande	12
Cadre conceptuel	13
<b>Stratégie de communication adaptable : structure et conseils</b>	<b>14</b>
Étape 1 : Analyser la situation	15
Étape 2 : Définir une vision	19
Étape 3 : Choisir le public concerné	20
Étape 4 : Définir la stratégie des messages (objectifs, positionnement et messages clés)	21
Étape 5 : Déterminer les activités et interventions	22
Étape 6 : Planifier le suivi et l'évaluation (« Monitoring and Evaluation », M&E)	25
<b>Exemple d'une stratégie de communication pour le misoprostol</b>	<b>27</b>
Étape 1 : Analyser la situation	28
Étape 2 : Définir une vision	32
Étape 3 : Choisir le public concerné	33
Étape 4 : Définir la stratégie des messages	37
Étape 5 : Déterminer les activités et interventions	44
Étape 6 : Planifier le suivi et l'évaluation (« Monitoring and Evaluation », M&E)	50
<b>Références</b>	<b>52</b>
<b>Coordonnées</b>	<b>55</b>

## Acronymes

<b>ASC</b>	Agent de santé communautaire
<b>CCP</b>	Centre des programmes de communication Johns Hopkins (Johns Hopkins Center for Communication Programs)
<b>CCSC</b>	Communication pour le changement social et comportemental
<b>CIP</b>	Communication interpersonnelle
<b>EDS</b>	Enquêtes démographiques et sanitaires (Demographic and Health Surveys)
<b>EWEC</b>	Toutes les femmes, tous les enfants (Every Woman Every Child)
<b>FIGO</b>	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
<b>HC3</b>	Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative)
<b>HEW</b>	Agent de vulgarisation sanitaire
<b>ICM</b>	« International Confederation of Midwives » (Confédération internationale des sages-femmes)
<b>M&amp;E</b>	Monitoring et évaluation
<b>MICS</b>	Enquête à indicateurs multiples (Multiple Indicator Cluster Surveys)
<b>MoH</b>	Ministère de la Santé
<b>MS</b>	Marketing social
<b>OC</b>	Organisation à base communautaire
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies, Nations Unies
<b>PCATST</b>	Prise en charge active du troisième stade du travail
<b>PPP</b>	Partenariat public-privé
<b>PSA</b>	« Public service announcement » (message d'intérêt public)
<b>SAN</b>	Soins prénataux
<b>SBA</b>	« Skilled birth attendant » (accoucheuse expérimentée)
<b>SINMR</b>	Santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive
<b>SMS</b>	Service de messagerie SMS (Short Message Service)
<b>TBA</b>	Accoucheuse traditionnelle
<b>TIC</b>	Technologie de l'information et de la communication
<b>UNCoLSC</b>	Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (« United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women's and Children's Health »)
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance (United Nations Children's Fund)
<b>USAID</b>	Agence des États-Unis pour le développement international (U.S. Agency for International Development)

## Introduction



## But

Fournir des instructions pas à pas et des exemples de création d'une stratégie de communication dédiée à la création de la demande pour le **misoprostol**.

## Public concerné

Cette stratégie de communication adaptable (la « Stratégie ») vise plusieurs publics, dont les personnels des ministères de la santé, des organismes non gouvernementaux (ONG) et des organisations à base communautaire (OC). La Stratégie appuie les initiatives des professionnels de la communication qui travaillent directement sur les programmes de communication et de changement de comportement, ainsi que des personnels exerçant leur activité dans les domaines de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive (SINMR), qui ont recours à un composant de création de la demande pour la prise en charge des activités du programme.

## Qu'est-ce qu'une stratégie de communication ?

Une stratégie de communication fournit une feuille de route pour les actions locales visant à faire évoluer les comportements, en assurant l'harmonisation des messages, des documents et des différentes activités. Elle garantit également que les activités et les produits permettent conjointement d'atteindre le but et les objectifs du programme. La stratégie de communication finale doit orienter la rédaction des supports de programmes, notamment des dossiers de plaidoyer, livrets client et outils de travail pour les professionnels de santé, assurant ainsi un positionnement et des messages cohérents dans toutes les activités.

La stratégie de communication n'est toutefois pas un produit statique. Elle doit évoluer en fonction de l'environnement en perpétuel changement. Des adaptations peuvent être nécessaires pour répondre à des données et résultats nouveaux, à des événements inattendus, à des changements de priorités ou à des résultats imprévus. Les stratégies de communication sont essentielles pour tenter de résoudre les problèmes de priorités sanitaires ou de maladies émergentes ; elles permettent d'harmoniser les priorités, les approches et les messages entre toutes les organisations et acteurs concernés.

## Comment utiliser cette stratégie de communication adaptable ?

Cette stratégie fait partie d'un kit complet de mise en œuvre de création de la demande pour les produits sous-utilisés de la SINMR (le *I-Kit*)

(<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch>). Le *I-Kit* comprend des stratégies de communication spécifiques aux produits, conçues pour une adaptation aisée à divers contextes nationaux et intégrées à des plans SINMR existants. Le *I-Kit* comprend également des ressources relatives à quatre principaux domaines transversaux en matière de création de la demande : la prise en compte du rôle lié au genre, un cadre théorique pour le choix des canaux médiatiques, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et des nouveaux médias et l'exploitation des partenariats public-privé (PPP).

**Cette stratégie n'a pas vocation à servir de modèle unique.** Elle est conçue pour faire office de base de démarrage rapide reposant sur des données probantes afin de vous aider à réunir des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Où en sommes-nous ?
- Quelle est notre vision ?
- Comment allons-nous concrétiser notre vision ?
- Comment savoir si nous avons concrétisé notre vision ?

Dans l'idéal, des équipes à l'échelle nationale intègrent un contenu spécifique aux produits et adapté au contexte national aux stratégies de communication SINMR existantes ou nouvelles concernant la création de la demande.

Il est important de signaler que la stratégie est axée sur la communication, généralement la composante de promotion d'un produit d'une approche de marketing social (MS). Au besoin, il est possible d'intégrer la stratégie à un cadre de marketing social plus vaste et de l'étendre pour traiter le produit, le tarif et le lieu.

## Treize produits d'urgence pour femmes et enfants

En 2010, en lançant la *Stratégie globale 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 mondiale met en demeure la communauté internationale de 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 le manque représente la 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 globale et aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5, la Commission des Nations Unies chargée des produits d'urgence (UNCoLSC) destinés aux femmes et aux enfants (la Commission) a été créée en 2012 pour catalyser et accélérer la réduction du taux de mortalité des femmes et des enfants. La Commission a identifié

13 produits d'urgence dans le continuum de soins de la SINMR qui, avec un plus large accès et une meilleure utilisation, pourraient sauver la vie de plus de six millions<sup>1</sup> de femmes et d'enfants. Pour plus d'informations sur la Commission, consultez le site <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities> (en anglais).

<sup>1</sup>Pour les estimations de vies sauvées, voir le rapport du commissaire de l'UNCoLSC (annexe) ([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 (Reproductive Health)			
 <p><b>Préservatifs féminins</b></p>	 <p><b>Implants contraceptifs</b></p>	 <p><b>Contraception d'urgence</b></p>	
<p><b>Prévient l'infection par le VIH et les grossesses non souhaitées :</b> Un préservatif féminin est une gaine en polyuréthane qui couvre le col de l'utérus, le vagin et les parties génitales externes. Il assure une double protection : contre les IST (y compris le VIH) et contre les grossesses non souhaitées.</p>	<p><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 dans l'organisme. Ces contraceptifs sont fiables, très efficaces et se retirent facilement. Ils permettent d'éviter les grossesses pendant trois à cinq ans.</p>	<p><b>Prévient les grossesses non souhaitées :</b> La pilule contraceptive d'urgence est le moyen contraceptif le plus largement utilisé dans les pays en voie de développement. Pour un effet optimal, elle doit être prise en une dose de 1,5 mg dès que possible après le rapport sexuel. Un produit de remplacement de 0,75 mg est également largement distribué.</p>	
Santé maternelle (Maternal Health)			
 <p><b>Ocytocine</b></p>	 <p><b>Misoprostol</b></p>	 <p><b>Sulfate de magnésium</b></p>	
<p><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.</p>	<p><b>Hémorragie du postpartum :</b> Dans les situations où il n'y pas d'accoucheuse expérimentée et où l'on ne dispose pas d'ocytocine (600 microgrammes par voie orale), l'administration de misoprostol est recommandée.</p>	<p><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.</p>	
Santé infantile			
 <p><b>Amoxicilline</b></p>	 <p><b>Sels de réhydratation orale</b></p>	 <p><b>Zinc</b></p>	
<p><b>La pneumonie</b> L'amoxicilline est un antibiotique qui permet de traiter la pneumonie chez les enfants âgés de moins de cinq ans. L'amoxicilline est conditionnée sous forme de plaquettes thermoformées de dix comprimés dispersibles (CD) sécables de 250 mg.</p>	<p><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 de manière à plaire aux enfants, à diluer dans 200 ml, 500 ml ou 1 l de liquide.</p>	<p><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.</p>	
Santé néonatale			
 <p><b>Antibiotiques injectables</b></p>	 <p><b>Corticoïdes prénataux</b></p>	 <p><b>Chlorhexidine</b></p>	 <p><b>Appareils de réanimation</b></p>
<p><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.</p>	<p><b>Prévention du SDR chez le prématuré :</b> Les corticoïdes prénataux sont donnés à la femme enceinte à risque d'accouchement prématuré pour éviter le syndrome de détresse respiratoire chez les bébés nés après un travail prématuré.</p>	<p><b>Prévention de l'infection du cordon ombilical :</b> Le digluconate de chlorhexidine est un antiseptique peu coûteux, utilisé pour les soins du moignon du cordon ombilical, et efficace contre les infections néonatales.</p>	<p><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.</p>

## Création de la demande : Présentation



## Qu'est que la création de la demande ?

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 MS et de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) sont utilisées. La création de la demande peut prendre l'une de ces trois formes :

- **Attirer de nouveaux utilisateurs** : convaincre les membres du public visé d'adopter de nouveaux comportements, produits ou services.
- **Augmenter 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 du terrain sur les comportements concurrents** (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 oeuvre, les pays peuvent augmenter l'utilisation des produits :

- en créant une demande informée et volontaire en matière de produits de santé et de services ;
- en aidant les prestataires de soins et les clients à interagir de manière efficace ;

- en faisant évoluer les normes culturelles et sociales susceptibles d'avoir une incidence sur les comportements collectifs et individuels relatifs à l'utilisation du produit ;
- en encourageant l'utilisation appropriée des produits aussi bien par les individus que par les prestataires de service.

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

## Quel est le public concerné par les programmes de création de la demande pour les 13 produits d'urgence ?

Pour réduire la mortalité infantile et maternelle en augmentant la demande et l'utilisation des produits de SINMR, il est indispensable d'avoir la collaboration des ménages, communautés et sociétés y compris les mères, les pères et autres membres de la famille, les agents de santé travaillant dans la structure et la communauté, les leaders et les décideurs. Certains produits sont plus particulièrement destinés aux prestataires en termes de demande et d'utilisation. Cependant, tout dépend des soins recherchés par les femmes et les familles.

Figure 2 : Publics concernés par la création de la demande

Pour les prestataires	Prestataire et utilisateur final
<input type="checkbox"/> Ocytocine	<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 avec le changement familial, communautaire, environnemental et structurel. Une approche stratégique fondée sur la CCSC permet d'analyser un problème donné selon un processus systématique afin de définir les principaux obstacles et facteurs de motivation du changement, puis de concevoir un ensemble complet et intégré d'interventions visant à soutenir et encourager les comportements positifs. Une stratégie de communication permet de concevoir les interventions et les campagnes de CCSC en assurant la définition des objectifs de communication, l'identification des publics visés et l'élaboration de messages cohérents 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 favoriser des changements politiques et/ou sociaux. Le plaidoyer vise à créer un environnement propice à l'attribution équitable des ressources ainsi qu'à l'élimination des obstacles à la mise en œuvre des politiques.

**Mobilisation communautaire.** La mobilisation communautaire est un processus de développement des capacités grâce auquel les individus, groupes ou organismes 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 leurs besoins.

**Éducation par le divertissement.** L'ED est une stratégie ou un processus de communication reposant sur des données scientifiques. 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 de l'information. Les TIC recouvrent différents types de médias, dont les téléphones portables et les smartphones, les SMS et les médias sociaux comme Facebook et Twitter.

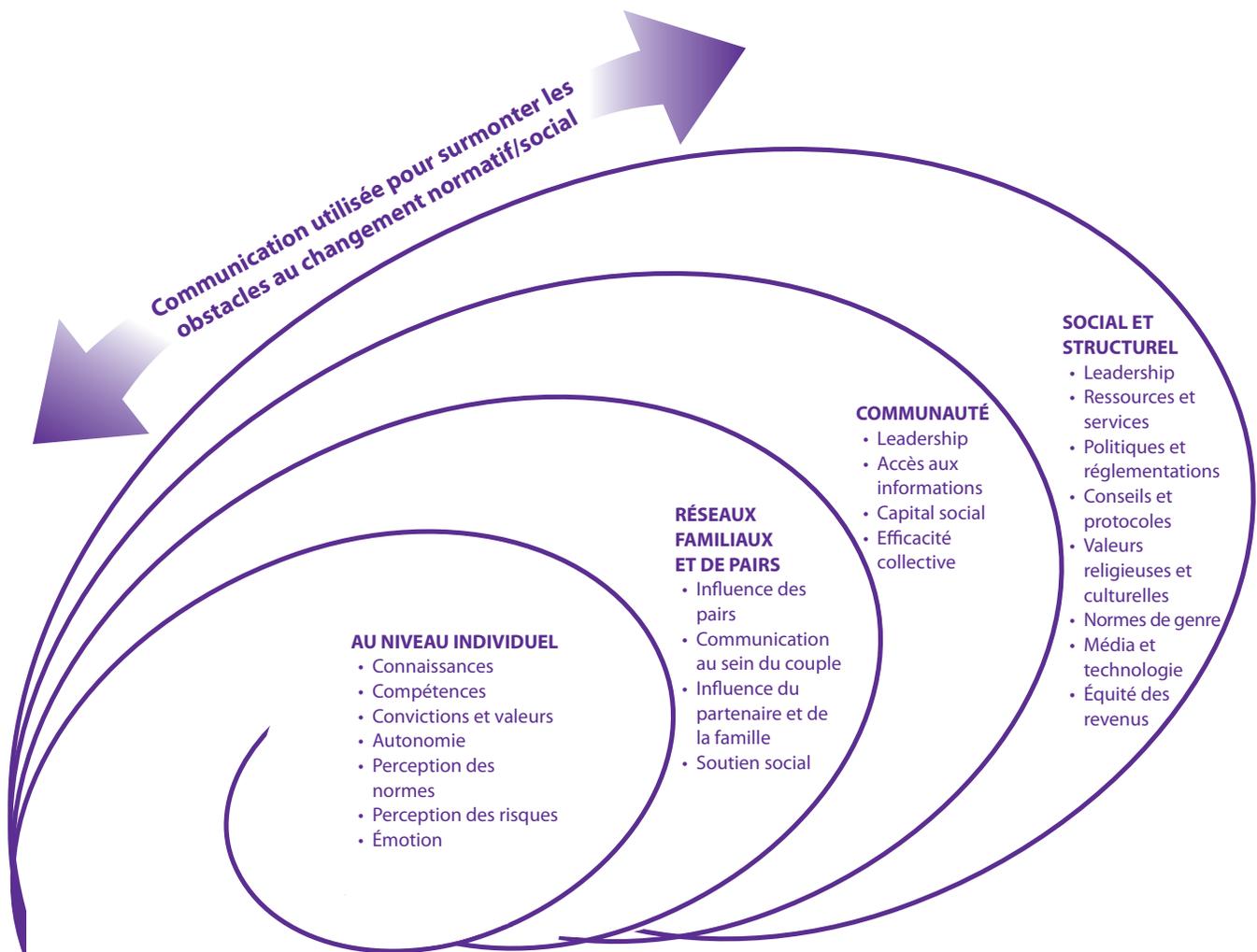
**Communication interpersonnelle (CIP).** La CIP est fondée sur une communication à deux, par exemple la communication parent-enfant, pair à pair, conseiller-client ou avec un responsable communautaire ou religieux.

**Médias de masse et traditionnels.** Les médias touchent les publics via la radio, la télévision et 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. Une campagne médiatique conçue et menée de manière efficace peut avoir un effet significatif sur les comportements, les attitudes, les croyances et les connaissances en matière de santé.

## Cadre conceptuel

Cette stratégie repose sur le cadre socio-écologique. Dans ce modèle, les comportements associés à la demande de soins et de traitement s'inscrivent dans un réseau complexe d'influences socio-culturelles et les individus font partie d'un système de relations socio-culturelles (familles, réseaux sociaux, communautés, nations) influencées par leur environnement physique et influençant celui-ci (Bronfenbrenner, 1979 ; Kincaid, Figueroa, Storey et Underwood, 2007). Dans ce cadre conceptuel,

les décisions et comportements des individus en matière d'augmentation de la demande et de l'utilisation sont supposés dépendre de leurs propres caractéristiques, ainsi que de leur contexte socio-environnemental. L'application de ce modèle à chaque étape de l'élaboration de la stratégie de communication permet d'assurer que tous les déterminants comportementaux sont pris en compte et effectivement traités.



## **Stratégie de communication adaptable : structure et conseils**



Cette stratégie présente un processus en six étapes visant à orienter l'adaptation nationale en fonction de l'analyse de la situation locale et de la recherche formative :



L'explication de chaque étape est donnée ci-après. La section qui suit fournit un exemple illustrant chacune des étapes.

### Qui doit participer à l'élaboration d'une stratégie ?

L'élaboration d'une stratégie de communication implique généralement de convoquer les différentes parties prenantes, dans l'idéal, des représentants du gouvernement, des experts médicaux, des spécialistes du marketing ou de la communication et des membres des publics visés, afin d'évaluer les données existantes, identifier les publics clés et mettre au point les messages et les canaux de communication adéquats. Des représentants du secteur privé peuvent également faire partie des acteurs dans l'optique de constituer des partenariats public-privé (PPP), pouvant éventuellement renforcer un programme de création de la demande en fonction des besoins et des opportunités spécifiques à un pays.

### Étape 1 : Analyser la situation

#### Qu'est-ce qu'une analyse de situation ?

L'objectif d'une analyse de situation est de mieux comprendre les difficultés et les obstacles d'un contexte spécifique vis-à-vis de la demande et de l'utilisation actuelles d'un produit SINMR prioritaire. Elle comprend notamment les personnes affectées et leurs besoins perçus, les normes socio-culturelles, les contraintes et les facteurs favorables potentiels du changement individuel et collectif,

ainsi que l'accès et l'utilisation des médias par les publics visés. Elle évalue également le statut du produit d'urgence, notamment les politiques, les réglementations, la fabrication, les prix, les chaînes d'approvisionnement, la disponibilité, le niveau de connaissance (prestataire et utilisateur final) et le niveau d'utilisation (prestataire et utilisateur final). En résumé, l'analyse de situation répond à la question : « Où en sommes-nous ? »

L'analyse de situation doit également étudier les attitudes, valeurs, intérêts, aspirations et styles de vie des publics visés. Ces informations, dites psychographiques, favorisent une meilleure compréhension des motivations et freins aux décisions et actions des publics visés. Les données psychographiques définissent les publics visés de manière plus précise que les informations démographiques (sexe, âge, éducation, parité, etc.) et permettent de dresser un portrait plus complet de ceux-ci en tant qu'individus, de la manière dont ils s'inscrivent dans leur communauté et dont celle-ci les influence.

#### Pour quelles raisons mener une analyse de situation ?

Une analyse complète de la situation est essentielle, dans la mesure où elle fournit une représentation détaillée de l'état actuel du produit, des besoins et des obstacles qui permettront de prendre des décisions en matière de conception et de mise en œuvre de la stratégie, ce qui a, au final, un impact sur le niveau de réussite en matière de création de la demande et de l'utilisation.

### Comment mener une analyse de situation ?

Comme cela a été dit précédemment, la réalisation d'une analyse de situation implique généralement de convoquer les différents acteurs afin d'évaluer les données existantes et d'identifier les informations les plus importantes. Une synthèse globale des données probantes portant sur chacun des 13 produits sous-utilisés peut fournir une vision globale des informations disponibles et des leçons apprises dans les autres pays (disponible à l'adresse <http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/evidence-synthesis>[en anglais]).

Pour des données secondaires spécifiques à un pays, on pourra consulter des enquêtes démographiques et sanitaires (« Demographic and Health Surveys », DHS) (<http://www.measuredhs.com/>), des enquêtes à indicateurs multiples (« Multiple Indicator Cluster Surveys », MICS) ([http://www.unicef.org/statistics/index\\_24302.html](http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html)), les recherches quantitatives et qualitatives menées par les ONG ou des études de marché du secteur privé, le cas échéant, comme Nielsen (<http://www.nielsen.com/us/en.html>). Les directives et politiques SINMR peuvent également aider à analyser la situation.

Si les données existantes, notamment psychographiques et sur les moteurs sociaux et comportementaux, sur les publics visés sont insuffisantes, obsolètes ou pas assez approfondies, il pourrait être nécessaire de mener une recherche formative primaire supplémentaire sous la forme de groupes de discussion, d'entretiens ou de visites informelles dans les communautés et les foyers. Concernant les publics prestataires, il peut être particulièrement important de mener une recherche formative sur leurs attitudes et les autres moteurs de leur comportement. De même, pour tous les publics (prestataires et utilisateurs finaux), il peut être particulièrement important de mener une recherche formative pour obtenir des données psychographiques réalistes.

### Quels sont les questions essentielles ?

L'analyse de situation comporte deux sections principales :

- État de la santé et des produits
- Analyse du public et de la communication

#### État de la santé et des produits

Voici un exemple de questions à poser dans le cadre d'une analyse de l'état de la santé et du produit, qui s'applique au misoprostol :

- Quels sont les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile dans le pays ?
- Combien de morts maternelles résultent de l'hémorragie post-partum (HPP) ?

- Quel sont les autres coûts de l'HPP (par ex., handicap, besoin de transfusion) ?
- Quel est le pourcentage des femmes qui accouchent avec une accoucheuse expérimentée (SBA) ? Avec une accoucheuse traditionnelle (TBA) ? Seule ou avec un membre de la famille non expérimenté ?
- Comment les HPP sont-elles actuellement évitées ou traitées en milieu urbain, rural et périurbain ? Quel est le traitement de première ligne ? Quels autres utérotoniques (substances qui apportent du tonus musculaire à l'utérus, l'amenant à se contracter et ainsi provoquer le travail ou réduire l'hémorragie) sont disponibles et utilisés ? Où, à quelle fréquence et dans quelles circonstances ?
- Quelle est la proportion des femmes qui reçoivent un utérotonique pour prévenir l'HPP lors de l'accouchement ?
- Le misoprostol est-il commercialisé dans le pays ? Si c'est le cas, sous quelle marque ? S'il n'est pas commercialisé dans le pays, quel est le processus à suivre pour son homologation, par ex. délai, exigences ?
- De quelles réglementations ou politiques dépendent l'approvisionnement, la distribution et la disponibilité du misoprostol ? De quelle façon peuvent-elles affecter la demande ?
- Quel niveau de prestataire (médecin, infirmier(ère), sage-femme, etc.) est autorisé à administrer/distribuer le misoprostol ? Les agents de santé communautaires (ASC), accoucheuses traditionnelles et autres membres du personnel de santé communautaires sont-ils autorisés à fournir le misoprostol ?
- Quel est le prix du misoprostol dans le secteur privé et public ?
- Quels sont les coûts des services associés à la consultation, l'administration et au suivi ?
- Quelle est la disponibilité du misoprostol ? Par région/sous-région ? Par secteur public/privé ?
- Sous quelle forme est-il disponible (par ex., comprimés : combien de microgrammes ? Combien de comprimés par confection ?)
- Si le misoprostol n'est pas disponible, quels efforts sont en cours ou pourraient être réalisés pour le rendre disponible ?
- Quelle est la proportion de femmes, ventilées par âge et lieu (et autres caractéristiques pertinentes), qui ont utilisé le misoprostol à la dernière naissance ?
- Quel est le pourcentage de femmes qui utilisent des utérotoniques (chimiques ou à base de plantes) pour favoriser le travail ?
- Quelles possibilités existent qui peuvent améliorer la demande et l'utilisation du misoprostol ?
- Quels sont les modèles d'utilisation du misoprostol sur les cinq à dix dernières années (augmentation, diminution, maintien) ?

## **Analyse du public et de la communication**

Voici un exemple de questions à poser dans le cadre d'une analyse du public et de la communication :

### *Connaissances et attitudes*

- Quelle est la proportion de prestataires, de femmes, d'hommes et d'autres publics qui connaissent le misoprostol ?
- Quelle est la proportion de prestataires, de femmes, d'hommes et d'autres publics qui ont une connaissance précise du misoprostol ?
- De quelles connaissances sur les HPP et le misoprostol disposent les divers types de prestataires de soins de santé—notamment les accoucheuses expérimentées, les pharmaciens, les accoucheuses traditionnelles, les ASC et les promoteurs de la santé ?
- Existe-t-il des idées fausses ou des informations erronées courantes sur les HPP ou le misoprostol ?
- Quels sont les avantages de l'utilisation du misoprostol, perçus par les femmes, leurs partenaires et autres « protecteurs » ?
- Quels sont les barrières à l'utilisation du misoprostol (par ex. capacité du misoprostol à engendrer un avortement), perçues par les femmes, leurs partenaires et autres « protecteurs » ?
- Comment les prestataires perçoivent-ils le misoprostol par rapport aux autres moyens de prévention et de traitement des HPP ?
- Comment est-ce que les utilisations et les perceptions des utérotoniques, autres que le misoprostol, pourraient influencer la perception et l'utilisation du misoprostol ?
- Quels sont les facteurs favorables à l'utilisation du misoprostol, perçus par les femmes, leurs partenaires et autres « protecteurs » ?

### *Considérations normatives et structurales*

- Quelles sont les normes de genre dans le pays chez les couples, mariés ou non et comment influencent-elles l'utilisation du misoprostol ?
- Dans quelles circonstances est-il acceptable d'utiliser le misoprostol ? Dans quelles circonstances ce n'est pas acceptable ?
- Comment le niveau de revenu affecte-t-il l'utilisation du misoprostol ? Les femmes et les couples les plus pauvres ont-ils accès aux informations et au produit ?
- Qui dans la famille décide de quel niveau et de quel type de soins prénataux, d'accouchement et post-partum les femmes doivent recevoir ?
- Dans quelle mesure le coût est-il un facteur pour l'accès aux soins prénataux, d'accouchement et post-partum ?
- Dans quelle mesure la culture ou la religion sont-elles un facteur pour l'accès aux soins prénataux,

d'accouchement et post-partum, ou pour la disponibilité du misoprostol ?

- Qui sont les intervenants, les acteurs clés et les « protecteurs » qui ont une incidence sur la demande et l'utilisation du misoprostol ?
- Comment ces intervenants, acteurs clés et « protecteurs » influencent-ils la demande et l'utilisation du misoprostol ?
- Quels réseaux existants (par ex., programme national de bénévolat de prestataires de soins) peuvent être exploités pour que les informations sur les HPP et le misoprostol atteignent les femmes, leurs partenaires, les « protecteurs » et les prestataires ?
- Dans quelle mesure pense-t-on que la distribution communautaire du misoprostol conduira à une utilisation correcte par les ASC et/ou les femmes enceintes ?

### *Prestation de service*

- Quel est le pourcentage de femmes enceintes qui demandent des soins prénataux ?
- À quel moment précoce de la grossesse les femmes demandent-elles des soins prénataux ?
- Quel est le pourcentage de femmes qui demandent des utérotoniques (chimiques ou à base de plantes) pour activer le travail ?
- Les directives de consultation fournissent-elles des informations adéquates sur le misoprostol, notamment sur les effets secondaires et sur l'utilisation ?
- Les prestataires ont-ils les compétences nécessaires pour conseiller, prescrire et/ou administrer le misoprostol ?
- Dans quelle mesure les directives pour l'utilisation des utérotoniques et pour la prise en charge des HPP sont-elles à jour, diffusées et suivies ?
- Quels sont les autres obstacles structurels ou du système de santé qui ont une influence sur la demande et l'utilisation du misoprostol ?

### *Médias et communication*

- Les couples discutent-ils de l'utilisation du misoprostol ou de produits similaires ?
- Par quels canaux (médias et communication interpersonnelle) les prestataires, les femmes et leurs partenaires préfèrent-ils recevoir des informations médicales ?
- Quels supports et programmes de communication existent déjà sur les HPP et le misoprostol ?
- Quels canaux sont capables de supporter le niveau de communication nécessaire pour accroître les connaissances sur les HPP et le misoprostol ?
- Quelle est la capacité technique et organisationnelle des médias partenaires ?

*Données psychographiques*

- Qu'est-ce qui est apprécié des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ? Quelles sont leurs croyances fondamentales ?
- Quels sont les personnes et les éléments qui influencent les décisions et les comportements des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ?
- Quelles sont les rêves des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ? Quelles sont leurs aspirations dans la vie ?
- Quelles sont les plus grandes craintes des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ? Quelles peurs les empêchent de dormir la nuit ?
- Quelles sont les occupations quotidiennes des prestataires, des femmes et de leurs partenaires ? Où se déplacent-ils ? Que font-ils ? Quels sont leurs loisirs et leurs habitudes ?
- Comment les prestataires, les femmes et leurs partenaires se perçoivent-ils ? Comment souhaitent-ils être perçus ?

**Comment utiliser l'analyse de situation**

Au terme de l'analyse de situation, les gestionnaires de programme doivent être en mesure d'utiliser les données pour identifier les principales implications et obstacles. Pour quelles raisons le misoprostol n'est-il pas utilisé ? Que pensent les utilisateurs potentiels (utilisateur final, prestataires de soins et éducateurs sanitaires) de ce produit ? Enfin, il convient de choisir quelques facteurs essentiels sur lesquels portera la stratégie de création de la demande. S'il est tentant de traiter tous les facteurs, les programmes de communication seront plus efficaces s'ils se concentrent sur les quelques facteurs ayant la plus grande influence compte tenu des ressources disponibles.

Il peut être utile d'organiser les informations recueillies, afin de dégager les informations les plus importantes, sous forme de simple tableau classé par public visé, comme ci-dessous.

	<b>Comportements actuels</b>	<b>Principales barrières au comportement souhaité</b>	<b>Principaux avantages du comportement souhaité</b>
<b>Utilisateur final/ membres de la communauté (par ex., femmes, hommes, soignants)</b>			
<b>Prestataires (y compris publics et privés, cliniques et communautaires)</b>			

Afin de maintenir un cap pratique tout au long de l'élaboration de la stratégie, il peut également être utile de synthétiser les implications de ces informations. Le service marketing social au niveau mondial de « Population Services International »

(PSI) propose les questions suivantes pour orienter l'élaboration d'une analyse de situation et le choix des priorités stratégiques à traiter par la stratégie de création de la demande :

Quoi ?	Dans quel but ?	Et ensuite ?
<b>Recueil de données :</b> Principaux faits recueillis au cours de l'analyse de situation.	<b>Analyse de données :</b> Possibles implications de ces faits sur les stratégies de création de la demande.	<b>Priorités stratégiques :</b> Identifier les implications à retenir dans la stratégie de création de la demande. Les limiter à trois ou cinq afin d'orienter le plan.

**Exemple pour le misoprostol :**

Les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes et les structures sanitaires constituent les principales sources d'informations en matière de saignements après l'accouchement.	Le fait d'informer les femmes enceintes concernant les saignements excessifs du postpartum n'a pas empêché l'HPP de rester la première ou seconde principale cause de mortalité maternelle dans de nombreux pays et milieux. Afin de réduire de manière significative le nombre de décès causés par l'HPP, les pratiquants d'accouchements doivent être conseillés et disposer d'utérotoniques efficaces permettant de prévenir ou de traiter l'HPP.	Une importante part des naissances se déroulant à domicile, le fait de disposer de prestataires qui recommandent le misoprostol aux femmes se préparant à accoucher et de mettre le misoprostol à disposition de la communauté devient une priorité stratégique.
--	--	--

Source : Population Services International, n.d. The DELTA companion : Marketing Planning Made Easy. ([http://www.psi.org/sites/default/files/publication\\_files/DELTA%20Companion.pdf](http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/DELTA%20Companion.pdf))

## Étape 2 : Définir une vision

La vision détermine une stratégie de communication en établissant les objectifs du programme. L'énoncé d'une vision présente l'orientation d'une stratégie et définit de façon claire et succincte l'incidence des activités de création de la demande sur le contexte général du produit et de la santé. La vision doit dépeindre la représentation mentale d'un scénario envisagé pour l'avenir.

Elle doit être acceptée par les parties prenantes impliquées dans le processus de conception stratégique et donc, « partagée » par tous. Cette vision partagée prend la forme d'un énoncé rapide qui articule les aspects importants, illustre les volontés futures concernant le produit après la mise en œuvre réussie de la stratégie de création de la demande et clarifie l'objectif de la stratégie de création de la demande. La vision partagée garantit que toutes les parties prenantes travaillent dans la même direction et oriente la conception stratégique et le processus de développement.

En outre, une véritable vision doit être réaliste, concrète et réalisable en fonction des ressources disponibles. La vision doit également communiquer l'enthousiasme, susciter l'inspiration et encourager l'implication et l'engagement des parties prenantes dans cet objectif partagé.

Certaines organisations parlent d'« Objectif » ou d'« Objectif principal ».

Voici un exemple d'énoncé de vision pour le misoprostol :

*Les prestataires, les femmes, leurs partenaires et les « protecteurs » voient le misoprostol comme un outil précieux pour prévenir et traiter les HPP et ils l'obtiennent et l'utilisent facilement et systématiquement dans les structures sanitaires et au niveau communautaire (lorsque l'ocytocine n'est pas disponible).*

### Étape 3 : Choisir le public concerné

#### Segmentation du public

La segmentation est le processus d'identification de groupes uniques de personnes, au sein de plus vastes populations, qui partagent des intérêts et besoins similaires concernant le produit. Si le groupe partage des attributs communs, les membres auront davantage tendance à répondre de la même manière à une stratégie donnée de création de la demande. La segmentation permet un usage ciblé des ressources limitées aux populations qui seraient le plus affectées par une augmentation de la demande. Elle garantit que les activités élaborées et mises en place sont les plus efficaces et les plus adaptées pour des publics spécifiques et se concentrent sur des messages et des supports personnalisés.

À partir des principaux résultats de l'analyse de situation, la première étape de segmentation consiste à répondre à la question, « Quels comportements doivent changer pour accroître la demande et l'usage adapté de ce produit ? ». La segmentation initiale repose souvent sur des données démographiques, comme l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau d'éducation, le statut socio-économique, l'emploi et le lieu de résidence (urbaine/rurale). Les publics peuvent être resegmentés par données psychographiques : personnalité, valeurs, attitudes, intérêts et style de vie.

**Les publics principaux** sont les cibles à viser dans les messages. Il peut s'agir des personnes directement concernées et qui bénéficieraient directement de l'utilisation du produit. Ou bien des personnes susceptibles de prendre des décisions au nom de celles qui bénéficieraient directement de l'utilisation du produit. Les publics principaux peuvent ensuite être segmentés en sous-catégories. Par exemple, en identifiant les segments spécifiques de femmes en âge de procréer qui partagent certains attributs, tels que les jeunes femmes non mariées, les femmes mariées ou les femmes ayant eu de nombreux accouchements.

**Les publics d'influence** sont ceux capables d'influencer ou orienter, de manière directe ou indirecte, les connaissances et les comportements des publics principaux. Les publics d'influence peuvent inclure les membres de la famille et de la communauté, tels que les leaders communautaires, mais également les personnes qui définissent les normes sociales, influencent les politiques ou l'opinion de la population sur le produit. La hiérarchisation des publics d'influence par leur capacité d'influence estimée liée à la croissance de la demande et de la prise du produit est fondamentale. Par exemple, les partenaires masculins représentent un public d'influence potentiel, mais leur niveau d'influence (faible, modéré, élevé) peut dépendre du contexte local et/ou du produit, et doit être abordé parmi les parties prenantes. La création d'un tableau du type de celui ci-dessous peut être utile pour hiérarchiser les publics d'influence.

	Principal public influencé	Niveau estimé de l'influence (faible, modéré, élevé)	Attitudes envers le misoprostol ou des produits similaires
Public d'influence 1			
Public d'influence 2			

Les publics principaux ou d'influence pour la création de la demande peuvent également inclure des décideurs nationaux, régionaux ou communautaires, tels que des législateurs et leaders religieux, car ils jouent un rôle déterminant dans la levée ou la création de barrières à l'accès au produit ou dans la propagation de croyances erronées sur le produit.

L'implication des décideurs et des personnalités influentes dans le domaine politique et des médias ainsi qu'une attention particulière accordée aux environnements juridique et politique sont essentielles pour garantir que les efforts de création de la demande ne soient pas freinés par des barrières politiques et sociales. *Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children, and Newborns : An Advocacy Toolkit (Sensibilisation aux produits d'urgence pour les femmes, les enfants et les nouveau-nés : kit d'outils de plaidoyer - [en anglais])* (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381>) fournit des ressources pour favoriser la prise de conscience et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Ainsi, les publics plaidoyers ne font pas partie de cette stratégie de communication.

### **Création des profils de public**

Les profils de public sont la pierre angulaire d'une stratégie de communication. En premier lieu, ils permettent d'individualiser et de personnaliser chaque segment, pour ensuite orienter les messages et la planification des activités. Le profil doit incarner les caractéristiques du public spécifique, plus particulièrement l'histoire d'un individu imaginé au sein d'un groupe susceptible de représenter le public visé de manière neutre. La prise de décisions à partir d'un exemple représentatif et personnalisé d'un segment plutôt que d'un ensemble de statistiques ou un large groupe de personnes anonymes permet une connaissance plus intime de ce segment du public ainsi que des stratégies de communication mieux définies et orientées. Par conséquent, le profil est important pour garantir l'adaptation du message aux membres du groupe sélectionné, pour qu'il y trouve un écho et les incite à agir.

Les profils de publics pour chaque segment sont élaborés à partir des informations recueillies au cours de l'analyse de situation. Le profil est constitué d'un paragraphe comprenant les données psychographiques détaillées telles que les actuels comportements, motivations, émotions, valeurs et attitudes, les sources d'information privilégiées et l'accès aux canaux de communication, ainsi que des informations sociodémographiques telles que

l'âge, le niveau de revenu, la religion, le sexe et le lieu de résidence. Le profil doit illustrer les principales barrières au comportement souhaité liées au segment concerné. Il peut inclure le nom ou la photo de cet individu afin de visualiser qui il(elle) est et raconter son histoire. Il est important de ne pas oublier :

1. Les profils de public sont tous différents car il n'est pas toujours possible de disposer des mêmes données pour chaque segment de public.
2. Les meilleurs profils reposent sur une recherche qualitative.
3. Le profil doit être un « document vivant », qui doit être régulièrement mis à jour lorsque de nouvelles informations sont disponibles.

Si les informations réunies lors de l'analyse de situation sont insuffisantes pour un segment, des recherches complémentaires peuvent être menées pour combler les lacunes identifiées. Par exemple, concernant les publics prestataires, il peut être particulièrement important de mener une recherche formative sur leurs attitudes et les autres moteurs comportementaux susceptibles d'être utilisés pour mieux documenter le profil du public et la conception stratégique.

## **Étape 4 : Définir la stratégie des messages (objectifs, positionnement et messages clés)**

La stratégie de conception du message est l'un des éléments les plus importants d'une stratégie de communication. Elle détermine le reste du programme et assure la synergie, la cohérence et la coordination des objectifs partagés et des messages clairs et harmonisés parmi tous les partenaires et parties prenantes. Une stratégie de conception du message pour chaque public principal et d'influence inclut : (a) des objectifs de communication, (b) un positionnement et (c) des messages clés. Comme mentionné précédemment, le profil de public permet de déterminer si les objectifs, le positionnement et les messages clés sont adaptés ou non à cet individu.

### **(a) Objectifs**

Les objectifs de communication sont des déclarations mesurables claires et concises de ce que le public visé doit savoir (penser), croire (ressentir) et faire (agir), ainsi que les délais requis pour le changement. Les objectifs « SMART » sont Spécifiques, Mesurables, réAlisables, peRtinents et Temporellement limités. Les objectifs de

communication doivent découler de preuves disponibles sur les facteurs qui entraînent ou freinent l'adoption par les utilisateurs cibles et les publics d'influence.

### **(b) Positionnement**

Le positionnement est au cœur de la stratégie de création de la demande et identifie les avantages les plus convaincants et inédits que le produit offre au public visé. Il constitue souvent l'accroche émotionnelle sur laquelle repose la stratégie de création de la demande. Un positionnement efficace va au-delà des avantages fonctionnels du produit et interpelle le public visé sur les avantages émotionnels.

Il présente le comportement souhaité de façon à la fois persuasive et séduisante pour le public visé. Il donne une direction pour développer une identité marquante, définit l'élaboration des messages et permet de déterminer les canaux de communication à utiliser. Le positionnement garantit un message cohérent et l'effet cumulatif renforce toutes les activités planifiées.

Partie intégrante du positionnement, une **promesse clé** soulignant les principaux avantages associés au changement proposé est identifiée. Les changements de comportement, de politique et de normes sociales sont obligatoirement liés à la perception d'un avantage dans ces changements. L'avantage doit l'emporter sur le coût personnel du changement.

Un **support de promesse** associé, ou « reason to believe » en marketing, décrit les raisons pour lesquelles le public doit croire en la promesse. Il peut reposer sur des données, des témoignages de pairs, la déclaration d'une source fiable ou une démonstration. La promesse clé et le support de promesse doivent respecter un équilibre entre émotion et raison.

### **(c) Messages clés**

Les messages clés résument les informations essentielles transmises aux publics dans l'ensemble des documents et des activités. Les messages dépassent les canaux et doivent se renforcer réciproquement à travers ceux-ci. Lorsque toutes les approches communiquent des messages clés itératifs et harmonisés, leur efficacité augmente. Des messages bien conçus s'adressent spécifiquement au public d'intérêt et reflètent clairement un déterminant et un positionnement comportementaux spécifiques. En outre, ils décrivent clairement le comportement souhaité, qui doit être « reproductible » pour le public.

Les messages clés ne sont ni les textes des documents imprimés (accroches) ni les mots généralement utilisés pour définir une campagne (slogans). Des professionnels de la création sont souvent embauchés pour traduire les messages clés en briefing de création, document destiné aux agences de création ou aux équipes internes qui oriente le matériel de communication ou les prestations médiatiques, notamment les accroches et les slogans.

Les messages clés doivent toujours être :

- Développés à partir d'une recherche formative locale ;
- Issus de choix propres au contexte et stratégiques en matière de segmentation, de cible et de positionnement ;
- Orientés vers les moteurs et barrières connus au changement de comportement dans le contexte local ;
- Prétestés auprès du public visé et affinés en fonction de son implication.

## **Étape 5 : Déterminer les activités et interventions**

Les activités et interventions permettent la communication des messages clés via plusieurs approches et canaux de communication. Il est préférable que le choix des messages et des médias (réseaux médiatiques) soit un travail collaboratif afin que les informations soient correctement transmises aux publics visés. Les activités doivent être soigneusement sélectionnées en fonction du type de message, de la capacité à toucher le public visé par une grande diversité de médias/réseaux, mais également de délais du projet, de coûts associés et de ressources disponibles.

Il est utile de se reporter aux résultats de l'analyse de la situation afin d'orienter le choix des activités et interventions. *A Theory-based Framework for Media Selection in Demand Generation Programs (cadre théorique pour le choix des médias dans les programmes de création de la demande)* (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/media-selection> [en anglais]) est un outil d'aide au choix des médias reposant sur la théorie de la communication. Le Tableau 1 présente une synthèse des types d'approches stratégiques possibles. Tout programme de création de la demande doit intégrer des activités dans un ensemble de zones d'intervention et de canaux de communication, communiquant des messages se renforçant mutuellement.

Il est également important de prendre en compte les liens avec des programmes et systèmes nouveaux ou existants, aussi bien liés directement à la demande que plus indirectement, mais avec un impact sur la demande ou la capacité d'être utilisé pour améliorer l'efficacité. Voici des exemples de domaines potentiels pour tisser des liens avec lesquels concevoir un programme de création de la demande pour le misoprostol :

- Autres programmes de santé maternelle qui n'utilisent pas actuellement le misoprostol.
  - Initiatives d'amélioration de la qualité des soins dispensés pour les prestataires de services et cliniques.
  - Formation initiale et formation continue existante ou initiatives de formation continue en interne pour les prestataires en milieu hospitalier et non hospitalier.
  - Gestion de la chaîne d'approvisionnement et définition du marché.
- Approches du secteur privé [Pour un guide sur les PPP pour la création de la demande, voir « *The Guide to Public-Private Partnerships in Increasing the Demand for RMNCH Commodities* » (guide des partenariats public-privé axés sur l'augmentation de la demande de produits de SINMR, (disponible à <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/public-private-partnerships>) ; pour la chaîne d'approvisionnement, voir « *Private Sector Engagement Toolkit* » (Kit d'outils d'engagement du secteur privé, disponible à [http://www.everywomaneverychild.org/images/content/life-saving-commodities/Private\\_sector\\_engagement\\_A\\_%20toolkit\\_for\\_Supply\\_Chains\\_in\\_the\\_Modern\\_Context.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/content/life-saving-commodities/Private_sector_engagement_A_%20toolkit_for_Supply_Chains_in_the_Modern_Context.pdf))].
  - Programmes non associés à la santé maternelle, tels que les programmes de vaccination, de planning familial, etc., pour la dispense de conseils ou la distribution de documents, aussi bien au niveau des cliniques que de la communauté.
  - Programmes intersectoriels, par ex., pour l'éducation, l'autonomisation économique, les transports.

**Tableau 1 : Aperçu des approches stratégiques qui peuvent être utilisées pour la création de la demande**

**Plaidoyer :** Le plaidoyer intervient au niveau individuel, social et politique. Il a 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 propice à tous les niveaux, notamment communautaire – par ex., approbation par le gouvernement traditionnel ou les autorités religieuses locales – pour demander plus de moyens, encourager la répartition équitable des ressources ainsi que l'élimination des obstacles à la mise en œuvre des politiques. *Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children, and Newborns : An Advocacy Toolkit (Sensibilisation aux produits d'urgence pour les femmes, les enfants et les nouveau-nés : un kit d'outils de plaidoyer - en anglais)* fournit des ressources pour utiliser la plateforme de la Commission destinée à favoriser la sensibilisation et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Voir <http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381>.

**Médias communautaires :** Les médias communautaires atteignent les communautés par le biais de points de diffusion établis localement. Ces points de diffusion comprennent des stations de radio locales et des bulletins/journaux communautaires, ainsi que des activités, telles que les rassemblements, des réunions publiques, des représentations folkloriques et des événements sportifs.

**Mobilisation communautaire :** La mobilisation communautaire est un processus de développement des capacités grâce auquel des individus, groupes ou organisations au niveau communautaire peuvent planifier, mener à bien et évaluer des activités sur une base participative et durable afin d'améliorer leurs vies, de leur propre initiative ou stimulés par d'autres. Un effort de mobilisation communautaire réussie permet non seulement de résoudre des problèmes mais également d'accroître la capacité de la communauté à identifier et à répondre avec succès à ses propres besoins. Pour obtenir des conseils sur la mobilisation communautaire, voir *How to Mobilize Communities for Health and Social Change* (Comment mobiliser les communautés au changement social et en matière de santé, Howard-Grabman & Snetro, 2003), disponible sur [http://www.jhuccp.org/resource\\_center/publications/field\\_guides\\_tools/how-mobilize-communities-health-and-social-change-20](http://www.jhuccp.org/resource_center/publications/field_guides_tools/how-mobilize-communities-health-and-social-change-20).

**Conseil :** Le conseil est basé sur la communication à deux et se fait souvent avec un communicateur de confiance et influent tel qu'un conseiller, un enseignant ou un prestataire de soins de santé. Les outils de conseil ou de travail sont aussi généralement produits pour aider les clients et les conseillers à améliorer leurs interactions, grâce à des prestataires de services formés à l'utilisation de ces outils.

**Enseignement à distance :** L'enseignement à distance fournit une plate-forme pédagogique qui ne nécessite pas la présence à un endroit précis. Les étudiants accèdent au contenu du cours plutôt via la radio ou via Internet et interagissent avec leurs enseignants et leurs camarades de classe par le biais de lettres, appels téléphoniques, textes SMS, forums de discussions ou sites Internet. Les cours d'enseignement à distance peuvent se concentrer sur la formation de spécialistes de la communication, mobilisateurs communautaires, éducateurs sanitaires et fournisseurs de services. Des informations supplémentaires sont disponibles sur « Global Health eLearning Center » (centre d'enseignement de la santé électronique mondial) et « PEPFAR eLearning Initiative » (initiative PEPFAR d'enseignement électronique).

**Technologies de l'information et de la communication (TIC) :** Les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont des plates-formes à évolution rapide qui font référence aux technologies électroniques et numériques, notamment l'informatique et les technologies de télécommunications, qui favorisent la communication et l'échange interactif d'informations. Les TIC recouvrent également les téléphones portables et les smartphones, l'utilisation des SMS et des médias sociaux comme Facebook, Twitter, LinkedIn, les blogs, les forums en ligne et les salles de conversation. Cette approche comprend aussi : sites Web, courriels, listservs, eLearning, eToolkits et forums de discussion. Les médias numériques peuvent diffuser des messages adaptés au public visé sur une grande échelle tout en recevant la réaction du public ciblé et en encourageant des conversations en temps réel, combinant la communication de masse et les interactions interpersonnelles. *A Theory-based Framework for Media Selection in Demand Generation Programs (Cadre théorique pour le choix des médias dans les programmes de création de la demande, <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/media-selection>)* et *Utilizing ICT in Demand Generation for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health: (Utilisation des TIC pour créer de la demande autour des produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive : ) Three Case Studies and Recommendations for Future Programming (Trois études de cas et recommandations pour les programmes à venir)* (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ict-case-studies>) sont des ressources utiles pour les gestionnaires de programme qui cherchent à utiliser les TIC dans les activités de création de la demande.

**Communication interpersonnelle (CIP)/Communication avec les pairs :** La communication interpersonnelle et la communication avec les pairs sont fondées sur une communication à deux. Cela peut être la communication pair à pair ou la communication avec un agent de santé communautaire (ASC), un leader communautaire ou un leader religieux.

**Médias :** Les médias de masse touchent de larges publics à moindre coût grâce à la radio, la télévision et la presse écrite. Selon un examen de campagnes dans les médias, les campagnes dans les médias de masse qui respectent les principes de conception de campagne efficace et qui sont bien réalisées peuvent avoir un effet faible à modéré non seulement sur les connaissances en matière de santé, sur les croyances et les attitudes, mais aussi sur le comportement (Noar, 2006). Compte tenu du potentiel de toucher des milliers de personnes, un effet faible à modéré aura plus d'impact sur la santé du public qu'une approche de longue portée qui ne toucherait qu'un petit nombre.

**Mobilisation sociale :** La mobilisation sociale rassemble les secteurs concernés, tels que les organisations, les décideurs, les réseaux et les communautés, pour sensibiliser et responsabiliser les individus et les groupes pour qu'ils agissent et travaillent à créer un environnement favorable et des comportements positifs et/ou de changement social.

**Supports de communication/de moyenne portée :** Les supports de communication de portée moyenne touchent moins de personnes que les médias de masse et comprennent des affiches, des brochures et des panneaux publicitaires.

## Étape 6 : Planifier le suivi et l'évaluation (« Monitoring and Evaluation », M&E)

Le suivi et l'évaluation (M&E - Monitoring and evaluation) constituent un enjeu stratégique de toute activité de programme, car ils fournissent des informations sur la progression du programme en termes d'atteinte des objectifs définis.

Si la planification du suivi et de l'évaluation (M&E) doit être intégrée à la stratégie de communication, il ne s'agit pas d'élaborer un plan de suivi complet lors du développement de la stratégie, par ex., indicateurs, échantillons, outils, personnes chargées du suivi, fréquence de recueil des données. Au cours de celle-ci, il convient de se concentrer sur les indicateurs à intégrer dans le plan du programme. Les indicateurs M&E doivent être élaborés à partir d'une recherche formative et indiquer si les messages clés et les stratégies ont l'effet désiré sur le public visé.

Un plan complet M&E doit ensuite être bâti dans un document de programme distinct. L'élaboration d'un plan de suivi et d'évaluation (M&E) doit spécifier les indicateurs à surveiller, les modalités et la périodicité

de la collecte des données, et le traitement appliqué aux données suite à leur analyse. De nombreuses sources de données peuvent servir à recueillir des données M&E. Il est important d'évaluer le champ d'action et le contexte du programme afin d'appliquer la méthodologie la mieux adaptée, car les coûts, les moyens humains et les exigences technologiques de ces activités peuvent varier. Si certaines options M&E à coût réduit permettent d'identifier des tendances en matière de demande de services, elles pourraient ne pas être en mesure de fournir des résultats approfondis sur les conséquences des activités et la fonction du programme. Pour mesurer les causes et les conséquences, il convient de mener des activités de recueil de données spécifiques au programme à des fins d'évaluation. Le tableau 2 ci-dessous comporte des exemples d'options à coût réduit et à coût élevé.

Si le recueil de données M&E tend à focaliser l'attention, le processus d'analyse et d'étude des données collectées ne doit pas être en reste. Les données M&E doivent permettre d'informer sur les modifications du programme et l'élaboration de nouveaux programmes. Pour garantir la diffusion régulière des indicateurs M&E, il est préférable d'élaborer ces processus d'étude au sein d'activités de gestion de programme.

**Tableau 2 : Exemples d'options à coût réduit et à coût élevé de M&E pour la création de la demande.**

**Option à coût réduit :** L'option à coût réduit utilise des sources de données et des opportunités existantes pour acquérir des informations sur le programme et son rôle dans les changements en matière de demande ou d'adoption du misoprostol. Toutefois, elle permet uniquement d'identifier les tendances et n'offre pas la possibilité d'attribuer les changements à un programme ou une activité de programme en particulier.

Voici des exemples de sources de données pour une option à coût réduit :

- Les statistiques de service (informations issues des cliniques et des prestataires, telles que les fiches de référence et les registres de présence).
- Les statistiques sur les canaux de communication (informations issues des stations de télévision ou de radio sur les côtes d'écoute des activités de médias de masse).
- Les enquêtes omnibus (ajout de questions liées à l'exposition et l'impact d'un programme dans les enquêtes omnibus).
- Données rapportées par les prestataires eux-mêmes (enquêtes de petite taille auprès des prestataires sur les services fournis).
- Données qualitatives (groupes de discussion, entretiens approfondis).
- EDS (tendances de la prévalence et des méthodes de contraception — environ tous les cinq ans).

**Option à coût élevé :** Une option à coût élevé utilise des enquêtes représentatives spécifiques au programme et d'autres méthodes de recueil des données pour acquérir des connaissances approfondies sur les effets du programme et son fonctionnement.

Voici des exemples de sources de données pour une option à coût élevé :

- Les statistiques de service (informations issues des cliniques et des prestataires, telles que les fiches de référence et les registres de présence).
- Les statistiques sur les canaux de communication (informations issues des stations de télévision ou de radio sur les côtes d'écoute des activités de médias de masse).
- Les données rapportées par les prestataires eux-mêmes (enquêtes auprès des prestataires sur les services fournis).
- Enquêtes sur le programme représentatives sur le plan national et à grande envergure (axées sur des problèmes liés aux connaissances, aux perceptions, à l'acceptation et à l'utilisation du misoprostol contre les HPP).
- Données qualitatives (groupes de discussion, entretiens approfondis, reportage photo, visites d'observation).
- Les entretiens de fin de services avec les clients (ils évaluent la satisfaction des utilisateurs au sujet des services reçus, notamment leur perception, leur expérience et leurs intentions).

## Indicateurs

Les indicateurs M&E doivent inclure des indicateurs de processus, de portée de résultats et d'impact.

Indicateurs de processus	Indicateurs de portée du programme	Indicateurs de portée sur les comportements	Indicateurs d'impact sanitaire
Évaluent la mesure dans laquelle les activités de création de la demande ont été implémentées telles que prévues.	Évaluent les modifications d'opportunité, de capacité et de motivation des publics à utiliser le misoprostol et le degré avec lequel ces modifications coïncident avec l'exposition au programme.	Évaluent les changements de comportement des publics et la mesure dans laquelle ces modifications coïncident avec l'exposition au programme.	Évaluent les changements en matière de santé.
Exemple : Nombre de formations des prestataires réalisées sur le misoprostol pour la prévention et le traitement de l'HPP.	Exemple : Proportion de prestataires qui savent comment administrer le misoprostol pour prévenir et traiter l'HPP.	Exemple : Proportion de prestataires qui déclarent utiliser le misoprostol pour prévenir et traiter l'HPP.	Exemple : Réduction de la mortalité due à une HPP chez les femmes en âge de procréer.

Les points clés à considérer lors de l'élaboration d'indicateurs comprennent :

**Ventilation des données par groupes :** Pour améliorer l'utilité des données M&E, les indicateurs doivent être ventilés par groupes afin de permettre une analyse plus approfondie des performances du programme. Il est recommandé de les regrouper au minimum selon :

- *Le sexe*—Le regroupement des données M&E selon le sexe peut illustrer l'impact différent des programmes sur les hommes et les femmes, comme les attitudes envers l'acceptabilité du produit.
- *L'âge*—Au minimum, les programmes devraient être en mesure de communiquer leurs données séparément pour les femmes des groupes d'âge 15–19, 20–24 et 25–49 ans, qui sont les groupes d'âge EDS standards pour capturer des différences importantes dans ces populations. En fonction de la segmentation de public au niveau des pays, les programmes pourraient subdiviser le groupe d'âge 25–49 ans encore plus, afin de déterminer dans quelle mesure les interventions atteignent les femmes pour lesquelles ils ont été conçus.

D'autres facteurs de ventilation par groupes pourraient inclure la situation géographique, le statut marital et d'autres encore.

**Biais :** Voici des biais statistiques courants que doivent connaître les programmeurs lors de la conception, la mise en œuvre et l'interprétation du M&E :

- *Biais d'auto-sélection*—par exemple, un soignant qui a précédemment recherché et reçu un traitement contre la pneumonie d'un enfant pourrait être plus intéressé et disposé à répondre à une enquête sur la pneumonie infantile par rapport à quelqu'un qui n'a eu aucune exposition.
- *Biais de désirabilité sociale*—suite à l'exposition à des initiatives de promotion sanitaire, les publics visés peuvent se sentir contraints de donner les « bonnes réponses » aux questions, notamment en faisant état de leurs attitudes positives à l'égard d'un produit alors qu'ils n'en sont pas totalement convaincus. Comme les interventions pour créer de la demande tendent à définir des normes sociales positives, le biais de désirabilité sociale constitue un véritable défi pour le M&E.



## Exemple d'une stratégie de communication pour le misoprostol

## Étape 1 : Analyser la situation

Reportez-vous à la page 15 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 1 » du kit de mise en oeuvre de création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ch-step1/>) où vous trouverez d'autres ressources.

### État de la santé et des produits

*\*La majorité des informations contenue dans cette section est une analyse au niveau mondial à des fins d'illustration. L'analyse de la situation de chaque pays doit se concentrer sur le contexte local.*

#### État de la santé

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. Cette affection, que les médecins appellent « hémorragie post-partum » (HPP), est responsable du quart des morts maternelles survenant tous les ans 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.

Les utérotoniques sont des substances qui apportent du tonus musculaire à l'utérus, l'amenant à se contracter et ainsi provoquer le travail ou réduire l'hémorragie. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande l'administration d'utérotoniques pendant le troisième stade du travail pour éviter une HPP. Bien que l'ocytocine et le misoprostol soient des utérotoniques très efficaces, des essais contrôlés randomisés ont toutefois montré que le misoprostol est moins efficace que l'ocytocine et s'accompagne de plus d'effets secondaires, notamment de fièvre et de frissons. L'ocytocine est l'utérotonique recommandé par l'OMS pour la prévention et le traitement des HPP. Toutefois, dans des contextes où la prise en charge active du troisième stade du travail n'est pas possible, par ex., lorsque des accoucheuses expérimentées (SBA) ne sont pas présentes et/ou si l'ocytocine n'est pas disponible — l'OMS recommande l'administration de misoprostol (600 µg par voie orale) immédiatement après la naissance du bébé pour la prévention de l'HPP (OMS, 2009, 2012).

Environ 30 % des accouchements effectués à l'échelle mondiale sont assistés par des auxiliaires de soins non expérimentés (KFF, 2012). En Afrique subsaharienne, où survient près de la moitié des morts maternelles, seuls 46 % des accouchements sont assistés par des auxiliaires de santé expérimentés. 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 (PATH, FNUAP, USAID, 2012; FNUAP, 2014). Dans certains pays, jusqu'à 90 % des naissances ont lieu à domicile.

#### Situation du produit

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).

Lorsque l'ocytocine est indisponible pour cause de rupture de stock, coût élevé ou absence d'accoucheuse expérimentée pour l'administrer, l'administration de misoprostol (600 µg par voie orale) est recommandée pour prévenir l'HPP. L'OMS recommande l'administration de 800 µg de misoprostol par voie sublinguale comme traitement de troisième ligne pour l'HPP. Parce que le misoprostol est sous forme de comprimés, il peut être administré par des agents de santé communautaire (ASC) ou même par les mères elles-mêmes en l'absence d'accoucheuses expérimentées. Cependant, la distribution communautaire anticipée de misoprostol, par exemple lors des soins prénataux (SAN), demeure controversée (OMS, 2010).

Le misoprostol peut également être utilisé pour d'autres indications, notamment pour la prévention et le traitement de l'ulcère gastrique, le déclenchement du travail ou la prise en charge d'avortements incomplets et des fausses couches, ainsi que pour provoquer l'avortement. La capacité du misoprostol à provoquer l'avortement est la principale raison pour laquelle certains pays sont réticents à le recommander.

## Analyse du public et de la communication

Un examen récent des données probantes a permis d'identifier 21 documents liés à la création de la demande du misoprostol, notamment des articles évalués par des pairs, des articles de littérature parallèle et des rapports de programmes publiés entre 2004 et 2012 (HC3, 2013). Neuf études rapportent des données pour l'Afrique, neuf pour l'Asie et un article de revue couvre des pays à faible revenu. Six documents supplémentaires sur l'utilisation d'utérotoniques pendant les accouchements à domicile ont été examinés, notamment deux sur l'Inde, un sur l'Afrique subsaharienne et un sur les pays à faible revenu. Les déterminants clés suivants se sont avérés avoir un impact sur l'utilisation du misoprostol pour prévenir les HPP ou nous renseignent sur la demande potentielle et sur la nécessité de mieux comprendre les pratiques locales d'accouchement.

**Connaissances et perceptions :** Les connaissances et les attitudes envers les HPP et le misoprostol chez les femmes, les membres de la communauté et les prestataires — notamment les accoucheuses expérimentées (SBA), les accoucheuses traditionnelles (TBA) et les ASC, sont des facteurs déterminant de l'utilisation du misoprostol. Par exemple, des études sur l'administration d'utérotoniques ont trouvé des lacunes entre les connaissances du prestataire et la pratique, une utilisation substantiellement incorrecte d'utérotoniques basée sur des connaissances dépassées ou erronées, un manque de formation actualisée, et l'utilisation de directives et de protocoles obsolètes. Certains prestataires croyaient à tort qu'ils pouvaient identifier les femmes à haut risque d'HPP, menant à une utilisation sous-optimale des utérotoniques pour la prévention des HPP (POPPHI & USAID, 2007).

Au Bangladesh, des perceptions erronées, concernant notamment le moment favorable pour la prise du misoprostol (avant ou après l'accouchement) figurent parmi les principales raisons expliquant la non-utilisation de ce médicament (EngenderHealth/The RESPOND Project, 2010). Une autre étude au Bangladesh cite les facteurs suivants pour expliquer la non-prise de ce médicament par les femmes après l'accouchement : manque de connaissances sur le 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 al., 2011). Dans une étude au Nigeria, un faible pourcentage de femmes qui n'ont pas pris le misoprostol qui leur avait été donné ont déclaré que leur partenaire masculin/famille leur avait interdit de le prendre (Prata, Ejembi, Fraser, Shittu, & Minkler, 2012a).

En Inde, des chercheurs ont constaté que certains médecins et infirmier(ères) auxiliaires sages-femmes connaissaient et parfois utilisaient le misoprostol ou l'ocytocine pour prévenir les HPP. Toutefois, les entrevues avec les accoucheuses traditionnelles ont mis en évidence que des saignements excessifs et d'autres complications n'étaient généralement pas reconnus comme des complications et n'étaient pas traités (Deepak, Mirzabagi, Koski, & Tripathi, 2013 ; Mirzabagi, Deepak, Koski, & Tripathi, 2013). Dans une revue, Oladipo (2012) a proposé que les prestataires pouvaient craindre que l'utilisation de misoprostol au niveau communautaire pour les HPP et sa distribution anticipée par les cliniques de soins prénataux (SAN) soient dangereuses pour les femmes, réduisent les naissances au sein de l'établissement ou conduisent à l'utilisation du médicament pour d'autres raisons telles que l'avortement.

Les interventions de mobilisation communautaire pour accroître l'accès au misoprostol pour la prévention des HPP ont eu quelques succès. Par exemple, dans cinq localités près de Zaria, au nord-ouest du Nigeria, un effort de mobilisation communautaire a atteint la plupart des femmes et fournit des informations sur les HPP et le misoprostol (88 %), résultant en une forte compréhension des messages d'intervention (Prata et al., 2012a). 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.

L'évaluation d'une étude pilote menée en Éthiopie a souligné l'importance de former d'autres intervenants non cliniques pour la distribution du misoprostol (Ministère fédéral de la Santé d'Éthiopie, VSI, & DKT Ethiopia, 2008). En 2007, 128 agents sanitaires 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 agents sanitaires a permis d'améliorer la disposition des populations concernées à requérir des soins obstétricaux auprès des agents sanitaires, d'intensifier la collaboration entre les agents sanitaires et les accoucheuses traditionnelles, et d'accroître la demande de misoprostol par les membres de

ces communautés. Bien que les résultats de l'étude pilote en Éthiopie aient confirmé la capacité des agents sanitaires à administrer le misoprostol en toute sécurité, l'évaluation a souligné la nécessité d'une sensibilisation des décideurs au niveau local (district), de campagnes d'éducation communautaire pour accroître la sensibilisation et la formation des accoucheuses traditionnelles, qui possèdent déjà la confiance des communautés, à également distribuer le misoprostol (Ethiopia FMOH et al., 2008).

Ces études soulignent la nécessité de s'assurer que les accoucheuses traditionnelles, les ASC et autres promoteurs de santé communautaires possèdent des informations précises sur les HPP et le misoprostol, et que les prestataires au niveau des centres de soins soient rassurés quant à l'inocuité du misoprostol pour la communauté, notamment toute incidence sur l'utilisation d'accoucheuses expérimentées (SBA) et qu'ils disposent de directives actualisées pour la prévention et le traitement des HPP.

**Social/normatif :** L'étude sur l'Éthiopie référencée ci-dessus a constaté qu'alors que l'utilisation d'agents sanitaires a accru la prise du misoprostol, la plupart des femmes restaient réticentes à demander des soins d'accouchement auprès de professionnels de la santé, y compris des agents sanitaires (Ethiopia FMOH et al., 2008). D'autres études ont révélé que les croyances et pratiques traditionnelles empêchent les femmes de demander des soins de santé modernes en temps opportun, car cela serait considéré comme un signe de faiblesse – les maladies, notamment des problèmes lors de l'accouchement, sont considérées comme ayant des causes spirituelles et ne répondraient donc pas à la médecine moderne — ou, le « protocole » culturel est de d'abord rechercher des solutions de santé auprès des praticiens anciens/traditionnels, et auprès de la médecine moderne en dernier recours (Ngom, Debpuur, Akweongo, Adongo, & Binka, 2003).

**Demande :** Dans des études avec des prestataires en Inde (Deepak et al., 2013 ; Mirzabagi et al., 2013), des prestataires ont indiqué qu'ils utilisaient souvent des utérotoniques, même si non de façon principale, parce que les femmes enceintes et les membres de leurs familles (généralement les belles-mères) insistaient sur cette utilisation pour faciliter le travail. Cela indique la possibilité que les femmes enceintes et leurs familles puissent déjà exiger le misoprostol pour prévenir les HPP.

**Disponibilité :** Dans trois études menées au Bangladesh (Prata et al., 2012b ; EngenderHealth/The RESPOND Project, 2010 ; Mobeen et al., 2011), la distribution communautaire de misoprostol a favorisé l'utilisation du médicament après l'accouchement. Une étude a identifié comme principales raisons de non-utilisation du misoprostol le fait qu'un ASC n'est pas présent ou que le médicament n'est pas disponible (17,6 %) (Mobeen et al., 2011). Dans une étude au Nigeria, le faible pourcentage (18 %) de femmes qui n'avaient pas pris de misoprostol en prévention d'une HPP ont 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 al., 2012a).

Les réglementations peuvent influencer sur la disponibilité et l'utilisation du misoprostol pour les HPP au niveau communautaire, aussi bien que dans des structures sanitaires. Par exemple, le misoprostol pourrait être enregistré uniquement pour le traitement des ulcères. Des praticiens bien informés sur l'efficacité du misoprostol dans la prévention des HPP peuvent choisir de l'utiliser pour cela, même s'il n'est enregistré que pour le traitement des ulcères. Si, toutefois, le misoprostol était également enregistré pour les HPP et qu'il existait des directives cliniques officielles, largement disséminées pour son utilisation contre les HPP, sa demande et son utilisation pour les HPP augmenterait probablement (PATH et al., 2012).

Nonobstant les problèmes de réglementation, un article de revue sur l'utilisation des utérotoniques pour les accouchements à domicile a constaté que l'ocytocine était administrée pour un pourcentage aussi faible que 1,5 % des accouchements à domicile au Bangladesh en 1994 et jusqu'à 69 % en Inde en 2005 (Flandermeyer, Stanton, & Armbruster, 2010). Ceci suggère une disponibilité généralisée au niveau communautaire dans certaines régions et très peu de disponibilité dans d'autres. Parmi les études examinées — où un utérotonique était administré dans le cadre d'une intervention — l'utilisation la plus fréquente d'utérotoniques pour les accouchements à domicile était pour prévenir l'HPP. Dans des études descriptives qui ont rapporté des descriptions qualitatives d'utilisation d'utérotoniques lors des accouchements à domicile, l'utilisation la plus courante d'ocytocine injectable était pour accélérer le travail. Aucune étude n'a rapporté l'utilisation du misoprostol avant l'accouchement à domicile.

**Exemple de tableau pour organiser les informations clés**

	<b>Comportements actuels</b>	<b>Principales barrières au comportement souhaité</b>	<b>Principaux avantages du comportement souhaité</b>
<b>Utilisateur final/membres de la communauté (par ex., femmes enceintes, soignants)</b>	<p>Environ 30 % des accouchements au niveau mondial sont assistés par des auxiliaires de santé non qualifiés. En Afrique subsaharienne, où survient près de la moitié des morts maternelles, seuls 46 % des accouchements sont assistés par des auxiliaires de santé expérimentés. Dans certains pays, jusqu'à 90 % des naissances ont lieu à domicile. L'absence d'une accoucheuse expérimentée peut signifier des risques accrus de morts maternelles dues aux HPP.</p>	<p>Accès limité aux services d'accouchement pour les femmes pauvres et en milieu rural.</p> <p>Femmes qui ne recherchent pas les services d'une accoucheuse expérimentée.</p> <p>Sensibilisation et promotion du misoprostol limitées.</p> <p>Peur des effets secondaires et idées fausses sur le misoprostol (par ex., mettre l'accent sur les propriétés abortives).</p>	<p>Prévention de l'HPP.</p> <p>Réduction des morts maternelles dues aux HPP.</p> <p>Distribution et utilisation communautaires.</p>
<b>Prestataires (publics et privés, cliniques et communautaires)</b>	<p>Le misoprostol utilisé avec succès par les prestataires communautaires et en structures sanitaires dans certains pays, mais pas utilisé sur une grande échelle dans aucun pays.</p>	<p>Faible niveau de connaissances.</p> <p>Protocoles obsolètes et absence de formation actualisée.</p> <p>Misoprostol non enregistré pour l'ensemble des utilisations (par ex., prévention de l'HPP).</p> <p>Mauvaise perception du misoprostol parce qu'il peut être utilisé pour induire l'avortement.</p> <p>Difficile de savoir si, quand et où le misoprostol sera approuvé pour la distribution et l'utilisation communautaires.</p>	<p>Prévention de l'HPP.</p> <p>Réduction des morts maternelles dues aux HPP.</p> <p>Pas besoin de stockage avec chaîne du froid.</p>

## Étape 2 : Définir une vision

Reportez-vous à la page 19 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 2 » du kit de mise en oeuvre de création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ch-step2/>) où vous trouverez d'autres ressources.

### Exemple de vision

Les prestataires, les femmes, leurs partenaires et les « protecteurs » voient le misoprostol comme un outil précieux pour prévenir et traiter les HPP ; ils l'obtiennent et l'utilisent facilement et systématiquement dans des structures sanitaires et au niveau communautaire (lorsque l'ocytocine n'est pas disponible).

## Étape 3 : Choisir le public concerné

Reportez-vous à la page 19 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 3 » du kit de mise en oeuvre de création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step3/>) où vous trouverez d'autres ressources.

### Principaux segments du public et segments d'influence (avec justification du choix du segment)

#### PRINCIPAUX PUBLICS

*Principal public 1 : Femmes enceintes ayant l'intention d'accoucher à domicile.* En général, les femmes enceintes préparent leur accouchement en rassemblant les éléments dont elles auront besoin, que l'accouchement ait lieu à domicile ou dans une structure sanitaire. Bien que le misoprostol puisse être utilisé aussi bien pour un accouchement à domicile qu'en structure sanitaire, le principal public 1 sera spécifiquement pour le misoprostol pour les accouchements à domicile, où l'ocytocine, le médicament de première ligne pour la prévention et le traitement des HPP en structures sanitaires, est moins susceptible d'être disponible et les femmes enceintes pourraient potentiellement demander et utiliser le misoprostol. Il pourrait être utile de segmenter davantage ce public selon les différences dans leur comportement de recherche des soins de santé dans un pays ou une région spécifique. Dans certains contextes, par exemple, les femmes qui ont plus d'enfants vivant pourraient être plus susceptibles d'accoucher à domicile que dans une structure sanitaire. Envisager des segments comme femmes en milieu rural versus urbain et femmes multipares versus femmes nullipares. Cette stratégie fournit des exemples pour femmes qui accouchent pour la première fois et celles qui ont déjà eu un/des enfant(s).

*Principal public 2 : Prestataires communautaires.* Ils peuvent jouer un rôle direct dans la préparation et l'aide à l'accouchement, notamment sur l'éducation des femmes et des communautés sur les avantages du misoprostol pour la prévention et le traitement des HPP. Les prestataires communautaires sont des travailleurs de première ligne, qui travaillent souvent dans la même communauté dans laquelle ils vivent. Ils peuvent inclure les ASC, les accoucheuses traditionnelles, les travailleurs sociaux et les pharmaciens et ont souvent une connaissance approfondie des coutumes dans leur communauté. Cette stratégie fournit des exemples pour travailler avec les ASC et les accoucheuses traditionnelles (TBA). Il est important de noter que toute intervention ciblant les ASC, dans le but d'améliorer la santé maternelle, devrait couvrir plus que les HPP et aborder d'autres aspects de la santé maternelle et des risques liés à la grossesse pour avoir un meilleur impact (par ex., nutrition, visites de soins prénataux (SAN), accouchements en structure sanitaire, reconnaissance des signes de danger de pré-éclampsie/éclampsie et de septicémie). En outre, les superviseurs doivent avoir une compréhension claire des nouveaux rôles ou nouvelles informations, que ces travailleurs sont invités à fournir à leurs communautés.

Il pourrait être nécessaire d'effectuer des recherches supplémentaires concernant les comportements de recherche des soins de santé de la population locale et des fournisseurs d'informations médicales pour informer le profil du public et la conception stratégique.

#### PUBLICS D'INFLUENCE

*Public d'influence 1 : Partenaires masculins, mères et belles-mères.* Ils ont souvent une importante influence sur la façon dont les femmes préparent et vivent leur accouchement. Ils peuvent décider du lieu et de l'assistance requise pour l'accouchement, quels médicaments ou quelles plantes seront utilisées et comment l'argent sera dépensé.

*Public d'influence 2 : Prestataires en structures sanitaires.* Les prestataires en structures sanitaires ont plusieurs rôles : ils conseillent les femmes enceintes, enseignent par l'exemple et sont les gardiens et les agents d'implémentation des programmes de distribution communautaire — utilisant le misoprostol lorsque l'ocytocine n'est pas disponible. Ils ont souvent un rôle de superviseur sur d'autres personnes, notamment sur les travailleurs communautaires, qui administrent ou facilitent l'utilisation du misoprostol. Certains prestataires peuvent éduquer sur le misoprostol ou distribuer le médicament, mais ne pas l'administrer. Les pharmaciens peuvent stocker et distribuer le médicament.

*Public d'influence 3 : Leaders communautaires.* Les membres et leaders de la communauté particulièrement actifs, notamment les leaders religieux, jouent un rôle clé dans le maintien ou l'évolution des normes communautaires, y compris celles liées aux comportements de recherche des soins de santé et à l'accouchement.

## Profils des publics

### Public principal 1 : Femmes enceintes



**Aminata, 20 ans, jeune future maman vivant à Zinvié au Bénin**

Aminata est âgée de 20 ans, mariée et enceinte de son premier enfant. Elle a terminé l'école primaire et a ensuite travaillé à la ferme de sa famille jusqu'à ce qu'elle se marie. Maintenant elle vend des vêtements au marché. Son centre de santé le plus proche est à 20 kilomètres de son domicile. Elle a effectué deux visites de soins prénataux jusqu'à maintenant et s'apprête à accoucher dans quatre mois. Elle envisage d'accoucher à domicile car c'est ce que font la plupart des femmes de sa communauté, et la structure sanitaire est trop loin. Elle a un peu peur parce qu'elle a connu ou entendu parler de plusieurs femmes qui sont mortes au cours de l'accouchement, mais elle se réjouit d'être mère.



**Theresa, 34 ans, mère expérimentée de la Province de Napula au Mozambique**

Theresa est âgée de 34 ans, mariée et enceinte de son cinquième enfant. Son premier enfant est mort peu après la naissance, à domicile. Elle a eu son deuxième enfant à l'hôpital de district et les deux suivants à domicile avec une accoucheuse traditionnelle, ce qu'elle a l'intention de faire pour cette naissance. En plus de gérer son ménage, elle vend des légumes au marché local. Même si elle est enceinte de six mois, elle n'a pas encore eu le temps de se rendre à la clinique pour des soins prénataux. Elle a l'intention de le faire ce mois-ci. Le centre de santé le plus proche se trouve à 10 kilomètres.

### Public principal 2 : Prestataires communautaires



**Kanta, 43 ans, agent de santé communautaire à Kaduna au Nigeria**

Kanta est une femme d'âge moyen, elle a trois enfants et a été formée pour être un ASC (par le gouvernement et une ONG) et pour aider sa communauté à améliorer les comportements en matières de santé. Sa formation a porté sur l'identification des principales maladies et des problèmes de santé pour divers groupes d'âge. Pour les femmes enceintes, elle a été formée à les identifier et les encourager à aller régulièrement aux visites de soins prénataux, et à surveiller les signes de danger. Elle n'est pas tout à fait à l'aise avec tous les signes de danger, mais elle connaît les saignements abondants et les convulsions pendant la grossesse. Grâce à son rôle d'agent de santé communautaire, elle acquiert un statut et un prestige au sein

de la communauté (les gens l'appellent « docteur ») et elle obtient une rémunération qui lui permet d'améliorer sa situation financière. Elle voudrait en savoir plus sur les différents problèmes qui peuvent survenir pendant la grossesse et l'enfance et voudrait avoir plus d'outils afin qu'elle puisse mieux expliquer à sa communauté l'importance de rechercher un traitement. Elle aimerait aussi être en mesure de fournir les traitements appropriés pour son niveau de compétences.



**Nora, 32 ans, accoucheuse traditionnelle à Copán Ruinas au Honduras**

Nora fait des accouchements dans sa ville depuis 10 ans, elle suit les traces de sa mère et de sa grand-mère et de leurs mères et grands-mères avant elles. Elle a reçu une formation limitée d'une ONG locale, cette formation se concentre sur l'utilisation d'une trousse de naissance pour les accouchements sans complications et sur l'orientation des femmes présentant des signes de danger. Les accouchements lui fournissent des revenus et du prestige, et elle s'intéresse de près au bien-être des femmes dans son village. Elle est heureuse d'orienter ses femmes en cas d'urgence réelle ou probable, mais elle n'a pas l'impression que le personnel du centre de santé

apprécie ce qu'elle fait. Elle a vu de nombreux cas d'HPP et ses conséquences et veut être en mesure de prévenir ou de traiter les HPP lors des accouchements à domicile.

### Public d'influence 1 : Partenaires masculins, mères et belles-mères



#### **Thomas, 35 ans, père marié, père d'un enfant vivant à Kadoma au Zimbabwe**

Thomas a 35 ans, est marié à une femme et a un enfant. Il est responsable de la prise de décisions pour sa famille sur tout, tant des soins de santé, de l'éducation que des achats courants. Il n'a jamais accompagné son épouse au centre de santé et y va rarement pour lui-même. Il est heureux et fier que sa femme soit enceinte de leur deuxième enfant, mais le couple ne discute pas normalement de la grossesse, ou de ce qui se passe lors des visites de soins prénataux—c'est le domaine des femmes. Pourtant, il aime sa femme et veut qu'elle et ses enfants soient en bonne santé.



#### **Elira, 52 ans, future grand-mère, conseille sa belle fille sur la grossesse à Elbasan en Albanie**

Elira est âgée de 52 ans et a donné naissance à huit enfants avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle. Un de ses enfants est mort quelques semaines après la naissance. Un autre est décédé avant l'âge de trois ans. Certains de ses accouchements ont été difficiles, mais elle a survécu et croit que les anciennes méthodes sont bonnes puisqu'elles ont fonctionné pour de nombreuses générations. Lorsque le gouvernement a ouvert un centre de santé dans son village, elle a commencé à y amener ses enfants pour des vaccinations et d'autres types de soins. Elle recherche rarement des soins de santé à la structure gouvernementale, préférant solliciter l'assistance de son guérisseur traditionnel de confiance. Elle a hâte d'avoir des petits-enfants et supervise la grossesse et l'accouchement de sa belle-fille.

### Public d'influence 2 : Prestataires de soins de santé en structures sanitaires



#### **Sadia, 27 ans, infirmière de soins prénataux à Chittagong au Bangladesh**

Sadia travaille dans un centre de santé local et fait le dépistage pour les femmes enceintes de la communauté. Elle est souvent débordée par le nombre de femmes à voir en une journée, et elle sait que les gens se plaignent des longues files d'attente. Ainsi, elle est amenée à prendre des raccourcis dans son travail ou à donner aux patientes peu de renseignements sur ce qu'il faut faire ou à quoi elles doivent s'attendre au cours de la grossesse et de l'accouchement. Elle ne sait pas exactement la fréquence de survenue des HPP dans sa région et ne sait pas que le misoprostol est un outil de prévention simple et rentable. Elle sait que, même si elle est censée voir les femmes enceintes quatre fois pendant leur grossesse, celles-ci peuvent : 1) retarder la première visite, 2) recevoir des soins anténataux de multiples structures de soins et/ou 3) sauter des visites. En conséquence, elle ne sait pas exactement quand elle verra ses clientes la prochaine fois, car il est très peu probable qu'elle fournisse les quatre visites de soins prénataux de dépistage à la même femme. En général, elle ne mentionne pas l'HPP au cours de la première visite de soins prénataux parce qu'elle ne veut pas effrayer la future mère et pense qu'il est trop tôt pour qu'elle puisse même s'en souvenir ; en outre, elle ne discute généralement pas des signes de danger, ne demande pas aux femmes où elles ont l'intention d'accoucher ou ne leur conseille pas d'accoucher avec une accoucheuse qualifiée. Elle n'est pas au courant de la possibilité de fournir aux femmes enceintes le misoprostol qu'elles peuvent amener à leur domicile pour qu'elles puissent en disposer quel que soit le lieu de l'accouchement.



#### **Dr Tilahun, 31 ans, agent de soins de santé et médecin qui travaille dans une structure sanitaire locale à Debre Berhan en Éthiopie**

Le Dr Tilahun travaille dans une structure sanitaire locale et est généralement assisté par quelques membres du personnel. Il tente de faire de son mieux pour s'assurer que toutes les femmes qui viennent dans son centre de santé soient correctement traitées ou orientées. Il a entendu parler du misoprostol et sait qu'il peut être utilisé pour prévenir et traiter les HPP, mais il ne connaît pas bien le protocole, la posologie ou la façon de prendre en charge les effets secondaires potentiels. Il est également préoccupé par les craintes que le misoprostol pourrait être donné prématurément ou utilisé pour des avortements. Les femmes viennent à sa clinique, principalement pour des soins prénataux et parfois pour accoucher ; elles peuvent aussi y venir en cas de complications, sauf si elles se rendent directement à l'hôpital vers lequel elles ont été orientées. Quand une femme se présente avec une HPP, le Dr Tilahun pourrait ne pas disposer d'ocytocine disponible et pourrait décider de l'orienter vers le centre de référence.



**Anna, 53 ans, accoucheuse qualifiée travaille dans un centre de santé local à Gulu, en Ouganda**

Anna aime son travail au centre de santé et a tendance à avoir un bon statut social et une bonne reconnaissance de sa communauté. Elle dispose de matériel et de fournitures limités pour travailler, et elle craint que quelque chose n'arrive aux femmes sous ses soins. Si quelque chose se passe, elle préfère orienter une femme, plutôt que de tenter de la traiter. Elle n'est pas très bien informée sur la prise en charge active du troisième stade du travail (PCATST) et ne sait pas comment utiliser le misoprostol, même s'il était disponible. Toutefois, elle a entendu parler du misoprostol et estime que cela pourrait être une solution fiable pour les HPP au niveau de soins de santé primaires lorsque l'ocytocine n'est pas disponible.

**Public d'influence 3 : Leaders communautaires**



**Martha, 40 ans, leader communautaire à Garissa au Kenya**

Martha dirige une association féminine locale. Elle a 40 ans et cinq enfants. Elle veut voir une amélioration de la condition et de la place des femmes dans sa communauté. Son groupe tient des réunions mensuelles où les femmes discutent de ce qui marche et ne marche pas bien dans leurs vies et leur communauté. Elles partagent également des solutions et des leçons apprises. Chaque mois, elles se concentrent sur un sujet précis, mais ouvrent également la discussion sur tout ce qui les préoccupe à ce moment-là. Les membres du

groupe contribuent à une petite somme d'argent chaque mois pour la membre qui la reçoit. Les femmes utilisent cet argent pour des achats spéciaux, par ex., graines, matériel, soins de santé, grands articles ménagers. Martha connaît l'histoire de la vie de chaque femme du groupe et leur rend régulièrement visite, les écoute et leur donne des conseils. Elle a vu trop de femmes de son village mourir après avoir accouché. Elle croit à certaines traditions, mais elle reconnaît aussi les valeurs modernes, y compris les soins de santé modernes.



**Moussa, 57 ans, leader religieux communautaire à Niamey au Niger**

Moussa a 57 ans et quatre enfants. Il est leader religieux dans son village. Les hommes et les femmes de sa communauté se tournent vers lui pour ses connaissances et sa sagesse sur les questions de la vie ainsi que pour les questions religieuses. Il apprécie les possibilités d'améliorer la santé dans sa région, et les nouveaux programmes de santé le consultent souvent avant le lancement. Il a une famille en bonne santé, qui travaille dur dans une ferme très productive. Sa première femme est morte en couches. Il sait pour l'avoir vécu, comment c'était difficile pour lui et pour les autres enfants.

## Étape 4 : Définir la stratégie des messages

Reportez-vous à la page 20 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 4 » du kit de mise en oeuvre de création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ch-step4/>) où vous trouverez d'autres ressources.

### Public principal 1 : Femmes en âge de procréer

#### Objectifs visés

En 2015, accroître le pourcentage de femmes (15–49 ans) qui :

1. Savent qu'un saignement excessif après l'accouchement est dangereux, mais évitable.
2. Savent que le misoprostol après l'accouchement peut prévenir les saignements excessifs.
3. Sont motivées et ont l'auto-efficacité (sensibilisation, connaissances et confiance) de demander à un fournisseur de soins prénataux ou un ASC des renseignements sur les HPP et le misoprostol.
4. Ont pris le misoprostol correctement pour prévenir un saignement excessif.
5. Recommanderaient le misoprostol à des membres de leur famille ou à des amies pour prévenir un saignement excessif après un accouchement.

#### Positionnement

Des mères bien informées qui accouchent à domicile demandent le misoprostol pour qu'elles puissent vivre et élever leurs enfants.

#### Promesse clé

Prendre du misoprostol immédiatement après l'accouchement peut prévenir les saignements excessifs et pourrait vous sauver la vie. Sauver votre propre vie est la meilleure façon d'aider votre bébé à vivre et être en bonne santé.

#### Déclaration de soutien

Votre nouveau-né a une meilleure chance pour une vie saine si vous êtes vivante et en bonne santé, et capable de prendre soin de lui.

#### Messages clés

Les messages clés pour les femmes enceintes devraient se concentrer sur les avantages du misoprostol et de l'accouchement dans une structure sanitaire. Des informations clés devraient également être données d'une façon simple, facile à comprendre et non menaçante.

Voici quelques exemples illustratifs :

- Beaucoup trop de femmes meurent des suites d'un saignement excessif après l'accouchement. Faites en sorte de ne pas être l'une d'entre elles.
- Un saignement excessif après l'accouchement est très dangereux et il n'y a pas de signes précurseurs.
- Si possible, essayez d'accoucher dans une structure sanitaire ou avec une accoucheuse qualifiée afin d'obtenir les meilleurs soins possibles.
- Ayez un plan pour l'accouchement. Où aura-t-il lieu ? Comment vous y rendrez-vous ? Qui vous aidera ? Quelles fournitures sont nécessaires pour que tout se passe bien et sans complications ? Que se passe-t-il en cas d'urgence ?
- Bien avant la date prévue de votre accouchement, demandez à votre prestataire de soins de santé d'expliquer comment le misoprostol peut prévenir un saignement excessif après l'accouchement.
- Si vous prévoyez d'accoucher à domicile, demandez où vous pouvez vous procurer le misoprostol et la façon de le prendre.
- Prendre le misoprostol immédiatement après l'accouchement peut vous sauver la vie et vous pourrez élever vos enfants.
- Prenez les comprimés de misoprostol immédiatement après la naissance de l'enfant (ou de tous les bébés en cas de naissances multiples), mais avant l'expulsion du placenta.
- Ne prenez jamais des comprimés de misoprostol avant la sortie du bébé.
- Les comprimés de misoprostol sont faciles à utiliser — avalez-les simplement avec un peu d'eau.
- Si vous avez des frissons après la prise de misoprostol, couvrez-vous avec une couverture.
- Si vous avez de la fièvre après la prise de misoprostol et qu'elle ne disparaît pas en quelques heures, prenez du paracétamol/acétaminophène.

## Public principal 2 : Prestataires communautaires

### Objectifs visés

En 2015, accroître le pourcentage de prestataires communautaires qui :

1. Pensent que le misoprostol peut prévenir et traiter les HPP pour les accouchements à domicile.
2. Pensent que donner le misoprostol pour prévenir et traiter les HPP fait d'eux de meilleurs agents de santé et membres de la communauté.
3. Sont convaincus qu'ils peuvent enseigner correctement aux femmes enceintes comment utiliser le misoprostol pour prévenir les HPP.
4. Sont convaincus qu'ils peuvent éduquer les communautés sur les HPP, la sécurité et l'efficacité de l'utilisation du misoprostol pour prévenir les HPP.
5. Savent où se procurer le misoprostol.
6. Montrent comment correctement conseiller les femmes sur l'HPP, sa prévention et son traitement, notamment l'orientation vers un spécialiste lorsque le saignement est encore excessif.
7. Fournissent et signalent correctement l'utilisation du misoprostol pour l'HPP pendant les accouchements à domicile.
8. Se sentent supportés pour fournir le misoprostol aux femmes.

### Positionnement

Les femmes font confiance aux prestataires communautaires pour leur santé et celle de leurs familles. Les prestataires communautaires aident à sauver des vies, améliorent le bien-être des collectivités et augmentent leur valeur auprès de la communauté par l'éducation et la fourniture du misoprostol pour prévenir les HPP.

### Promesse clé

Le misoprostol peut vous aider à sauver des vies dans votre communauté en réduisant les HPP.

### Déclaration de soutien

Des travailleurs communautaires et des bénévoles dans de nombreux pays recommandent et/ou administrent avec succès le misoprostol pour aider les familles. Cela les rend fiers et améliore les relations avec la communauté.

### Messages clés

Les messages clés pour les prestataires communautaires devraient se concentrer sur la création de prestataires confiants et capables qui croient en la sécurité et en l'efficacité du misoprostol pour la troisième phase du travail.

Voici quelques exemples illustratifs :

- Un saignement excessif après l'accouchement est une affection mettant en jeu le pronostic vital et il n'y a pas de signes précurseurs.
- Quand une femme ne peut pas utiliser un prestataire qualifié qui dispose d'un traitement de première ligne, les prestataires communautaires comme vous pouvez sauver des vies et réduire la souffrance en fournissant le misoprostol.
- Les femmes de votre communauté dépendent de vous pour protéger leur santé et celle de leurs enfants.
- Une de vos tâches les plus importantes est de communiquer aux femmes enceintes, à leurs familles et aux membres de la communauté les risques de l'accouchement et les possibilités d'avoir un accouchement sans complications.
- Le misoprostol est facile à utiliser.
- Le misoprostol est un comprimé — pas une injection — qui est avalé après l'accouchement pour prévenir le saignement excessif qui peut être mortel après l'accouchement.
- Le misoprostol ne doit jamais être pris avant la sortie du bébé.
- Le misoprostol est disponible à [structure sanitaire] ou auprès des travailleurs communautaires comme vous pour les femmes qui accouchent à domicile.
- Prévenir le saignement excessif après l'accouchement : immédiatement après la naissance du bébé, vérifiez qu'il n'y a aucun jumeau. Avant l'expulsion du placenta, la mère avale 600 µg (3 comprimés) de misoprostol avec de l'eau.

### Messages clés (suite)

- Suivre la femme étroitement. Les symptômes attendus sont : frissons, nausées/vomissements et fièvre. Les symptômes disparaissent généralement d'eux-mêmes après peu de temps. Pour les frissons, couvrez la femme avec une couverture. Pour la fièvre, appliquez des compresses froides et humides.
- Pour traiter le saignement excessif après l'accouchement : Si une mère n'a pas déjà pris de misoprostol, lui donner ses quatre comprimés de misoprostol (800 µg à avaler ou à dissoudre sous la langue) pour arrêter le saignement excessif. L'orienter immédiatement vers une structure sanitaire ou surveiller étroitement la mère et la transférer vers l'établissement le plus proche si le saignement persiste. (Adapter aux directives locales.)
- Souligner auprès des femmes enceintes que la structure de santé est l'endroit le plus sûr pour accoucher.

## Public d'influence 1 : Partenaires masculins, mères et belles-mères

### Objectifs visés

En 2015, accroître le pourcentage de partenaires, de mères et de belles-mères qui :

1. Savent qu'un saignement excessif après l'accouchement est une cause majeure de décès des femmes.
2. Ont entendu parler du misoprostol.
3. Croient que le misoprostol peut prévenir les saignements excessifs après l'accouchement.
4. Déclarent approuver l'utilisation du misoprostol pour prévenir l'HPP.
5. Savent que le misoprostol doit être pris juste après la naissance de l'enfant.
6. Encouragent la femme enceinte à avoir le misoprostol à disposition lors de l'accouchement.
7. Encouragent la femme enceinte à utiliser le misoprostol après la naissance et avant l'expulsion du placenta.

### Positionnement

Le misoprostol est une façon intelligente et simple pour aider à protéger votre famille — il peut sauver la vie de la mère, et la meilleure façon de s'assurer que le bébé survive et grandisse bien consiste à s'assurer que la mère est en vie et en bonne santé. Rien n'est aussi précieux que l'amour et la dévotion de la maman pour son enfant.

### Promesse clé

Le misoprostol et d'autres soins modernes améliorent les chances de survie d'une mère qui vient d'accoucher, ce qui améliore la vie de la famille pour tous. Le misoprostol peut également faire économiser à la famille beaucoup d'argent qui serait dépensé en soins d'urgence et à long terme si la mère a un saignement excessif. Lorsque vous aidez à rendre cela possible, vous êtes encore plus respecté(e) et apprécié(e).

### Déclaration de soutien

Dans les communautés où le misoprostol est utilisé, moins de femmes souffrent et meurent de saignement excessif après l'accouchement.

### Messages clés

Les messages clés doivent se concentrer sur les avantages et sur les étapes de l'action.

Voici quelques exemples illustratifs :

- Beaucoup de femmes meurent des suites d'un saignement excessif après l'accouchement.
- Si la mère est en vie et en bonne santé, l'enfant a plus de chances de survivre et de grandir en bonne santé. En fait, toute la famille a plus de chances d'être en meilleure santé et de mieux faire.
- Vous avez le pouvoir d'aider votre famille en veillant à ce que votre bien-aimée dispose du misoprostol au moment de l'accouchement.
- Encouragez la femme enceinte à recevoir des soins prénataux à la clinique pour faire en sorte qu'elle et l'enfant restent tous deux en bonne santé.
- Avant l'accouchement, aidez à décider où la femme accouchera, de quels produits elle aura besoin, qui aidera et comment vous rendre au centre de santé, si nécessaire.
- Encouragez la femme à accoucher dans un centre de santé ou avec une accoucheuse expérimentée.
- Les traitements d'urgence sont difficiles et chers. Il est préférable de prévenir les situations d'urgence.
- Un médicament peu cher et facile à utiliser appelé misoprostol peut prévenir les saignements excessifs après l'accouchement.
- Bien que la structure sanitaire soit l'endroit le plus sûr pour accoucher, le misoprostol peut également être utilisé sans danger à domicile.
- Soyez comme les autres membres de votre communauté qui protègent la santé des femmes dans leur famille — faites en sorte qu'elle ait le misoprostol quand vient le temps d'accoucher.
- Savoir est synonyme de pouvoir. Si vous savez à quoi vous attendre au cours de la grossesse et de l'accouchement, vous pouvez aider à assurer que la mère et l'enfant soient hors danger.

## Public d'influence 2 : Prestataires de soins de santé en structures sanitaires

### Objectifs visés

En 2015, accroître le pourcentage de prestataires de soins dans les structures sanitaires qui :

1. Savent que le misoprostol peut sauver des vies lorsqu'il est utilisé pour le traitement et la prévention de l'HPP.
2. Connaissent et comprennent les directives pour prévenir et traiter l'HPP, y compris l'utilisation de l'ocytocine comme médicament de choix.
3. Disent qu'ils soutiennent l'utilisation du misoprostol comme médicament de deuxième ligne pour la prévention de l'HPP et médicament de troisième ligne pour le traitement de l'HPP.
4. Sont motivés à maintenir des réserves suffisantes du médicament.
5. Sont motivés et ont les compétences et l'auto-efficacité requises pour conseiller les patientes sur les avantages du médicament et pour l'administrer correctement.
6. Déclarent qu'ils croient que l'utilisation du misoprostol au niveau communautaire est un moyen sûr et efficace pour sauver des vies et faire des économies.
7. Permettent ou participent à la distribution de misoprostol dans les cliniques de soins prénataux ou par les ASC et/ou les accoucheuses traditionnelles pour la prévention et le traitement des HPP.
8. Font en sorte que le misoprostol soit disponible comme traitement de deuxième ligne pour la prévention de l'HPP dans les structures sanitaires et pour son utilisation au niveau communautaire.

### Positionnement

Les prestataires des structures sanitaires peuvent accroître leur influence et leur impact en favorisant la prévention des HPP dans la communauté grâce à l'utilisation du misoprostol. Le misoprostol sauve des vies, préserve des moyens de subsistance, fait gagner du temps et permet de faire des économies. Il est bon pour les femmes, les familles, les communautés, les agents de santé et la société. Il étend la portée des prestataires de santé au-delà de la structure sanitaire et dans les foyers et les communautés. Vous pouvez sauver plus que la vie des femmes à votre clinique !

### Promesse clé

L'approbation et la facilitation de l'utilisation du misoprostol au niveau communautaire permettront de réduire le nombre de cas d'HPP qui doivent être orientés vers vous et de sauver la vie des femmes qui arriveraient trop tard ou pas du tout. Les patientes et leurs familles apprécieront votre structure sanitaire et cela accroîtra leur confiance. Vous et votre structure sanitaire serez reconnus pour réduire la principale cause des morts maternelles dans votre pays et pour aider à atteindre l'OMD 5 : améliorer la santé maternelle. En outre, vous pouvez très facilement sauver des vies en utilisant le misoprostol dans la prise en charge active du troisième stade de travail lorsque l'ocytocine n'est pas disponible. Le misoprostol est très abordable et facile à stocker, et les effets secondaires potentiels sont facilement pris en charge.

### Déclaration de soutien

L'OMS recommande l'utilisation du misoprostol comme traitement de deuxième ligne pour la prévention des HPP (OMS, 2009). En 2011, un comité d'experts de l'OMS sur la sélection et l'utilisation des médicaments essentiels a inclus le misoprostol pour la prévention de l'HPP sur sa liste modèle des médicaments essentiels. La « International Confederation of Midwives » (Confédération internationale des sages-femmes, ICM) et la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) ont conjointement demandé aux décideurs pour les réglementations nationales d'approuver le misoprostol pour la prévention et le traitement de l'HPP et de préconiser l'administration du misoprostol pour réduire la survenue des HPP lorsque l'ocytocine n'est pas disponible et/ou si les accoucheuses possèdent des compétences limitées. Dix ans de données provenant de pays en développement démontrent la sécurité et l'utilité du misoprostol pour sauver la vie des mères. En outre, des données sur l'Afghanistan, l'Indonésie, le Népal et d'autres pays montrent que l'introduction du misoprostol pour les accouchements à domicile peut en fait augmenter la proportion des accouchements en structures sanitaires dans les zones d'intervention, ce qui suggère une amélioration dans les liens et la confiance entre les communautés et les structures sanitaires.

## Messages clés

Les messages clés pour les fournisseurs en structures sanitaires doivent se concentrer sur leur rôle très influent dans le processus décisionnel en matière de santé et sur la création de prestataires confiants et compétents qui croient en la sécurité et en l'efficacité du misoprostol pour la prévention et le traitement de l'HPP.

Voici quelques exemples illustratifs :

- L'HPP est probablement la première ou la deuxième cause de morts maternelles dans votre structure sanitaire et dans votre communauté.
- L'ocytocine est le médicament de première ligne pour la prévention et le traitement de l'HPP.
- Le misoprostol est un médicament sûr et efficace de deuxième ligne pour prévenir l'HPP et de troisième ligne pour le traitement de l'HPP.
- Le misoprostol se présente sous forme de comprimés et est facile à administrer. Vous pouvez être confiant qu'il est administré à la bonne dose et au bon moment.
- Le misoprostol peut être stocké à température ambiante, de préférence en plaquettes à double feuille d'aluminium.
- Communiquez aux femmes où elles peuvent se procurer le misoprostol pour qu'elles soient prêtes au moment de l'accouchement.
- Fournissez aux femmes le misoprostol lors des visites de soins prénataux pour qu'elles puissent l'avoir pour l'accouchement.
- Utilisez des illustrations (affiches, dépliants) et fournissez des instructions claires aux femmes enceintes sur comment et quand utiliser le misoprostol si elles accouchent à domicile. Demandez-leur de répéter les instructions avec leurs propres mots. Faites cela lors de chaque visite de soins prénataux, et donnez-leur les comprimés avant le dernier trimestre.
- Le misoprostol au niveau communautaire peut aider à améliorer les statistiques de votre structure sanitaire et réduire les coûts.
- Des études et projets provenant d'au moins 10 pays démontrent que les ASC, les accoucheuses traditionnelles et les autres travailleurs communautaires peuvent en toute sécurité et efficacement administrer le misoprostol au niveau communautaire sans supervision directe par un médecin et que les femmes qui le reçoivent de cette façon sont très satisfaites du résultat.
- Des études montrent également que les programmes qui favorisent une utilisation du misoprostol au niveau communautaire pour les HPP pourraient en fait augmenter le pourcentage de naissances en structures sanitaires en créant des liens et de la confiance envers le système de santé. De cette façon, le misoprostol au niveau communautaire peut faire partie d'une stratégie de transition afin d'accroître les naissances en structures sanitaires.
- Aidez votre communauté à réduire la mortalité maternelle — faites en sorte que le misoprostol soit disponible pour l'HPP pour tous les accouchements.
- L'utilisation du misoprostol lorsque l'ocytocine n'est pas disponible vous aidera à sauver des vies, gagner du temps, réduire les orientations d'urgence et accroître la confiance de la communauté en vous et votre structure sanitaire.
- Éviter les HPP, donner 600 µg de misoprostol par voie orale après vous être assuré(e) de l'accouchement du bébé, qu'il n'y a pas de jumeau, et avant l'expulsion du placenta.
- Suivre la femme étroitement. Les effets secondaires potentiels sont : frissons, fièvre et nausées/vomissements. Les symptômes disparaissent généralement d'eux-mêmes, mais vous pouvez prendre en charge les frissons en plaçant une couverture sur la femme. Prenez en charge la fièvre avec du paracétamol/acétaminophène et en plaçant un linge humide sur le front.
- Traiter l'HPP, administrez 800 µg par voie sublinguale et orientez la femme vers une structure sanitaire de niveau supérieur. (Adapter aux directives locales).
- Le misoprostol ne doit pas être administré pour la prévention de l'HPP alors que la femme est encore enceinte. (S'il est utilisé pour déclencher le travail, les directives recommandent une dose beaucoup plus faible).

## Public d'influence 3 : Leaders communautaires

### Objectifs visés

En 2015, accroître le pourcentage de leaders communautaires qui :

1. Recommandent que les femmes enceintes se rendent à la clinique pour des soins prénataux.
2. Recommandent que les femmes accouchent dans une structure sanitaire ou avec une accoucheuse expérimentée lorsque cela est possible.
3. Ont entendu parler du misoprostol.
4. Croient que le misoprostol peut prévenir les saignements excessifs après l'accouchement.
5. Encouragent les familles de la communauté à avoir le misoprostol à disposition lors de l'accouchement.
6. Encouragent les accoucheuses traditionnelles à participer à une formation sur le misoprostol et les naissances sans complications.

### Positionnement

Les leaders communautaires aident leurs communautés et étendent leurs influences en encourageant les soins prénataux, les accouchements avec des personnes qualifiées et l'utilisation du misoprostol pour les HPP afin d'améliorer la santé familiale et communautaire.

### Promesse clé

Soutenir l'utilisation du misoprostol pour éviter les HPP vous fera gagner du respect et de la confiance parce qu'il sauvera des vies de mères et rendra les choses plus faciles pour les familles. Le misoprostol et d'autres soins modernes peuvent aider à empêcher que les nouvelles mamans ne meurent pour cause de saignement excessif après l'accouchement ou qu'elles ne perdent tant de sang qu'elles deviennent très faibles pendant longtemps. Avoir des mères en bonne santé peut aider à assurer avoir des enfants en bonne santé pour une communauté forte.

### Déclaration de soutien

Dans les communautés où le misoprostol est utilisé, moins de femmes souffrent et meurent de saignement excessif après l'accouchement. Les leaders communautaires jouent un rôle en rendant cela possible.

### Messages clés

Les messages clés pour les leaders communautaires devraient se concentrer sur leurs rôles ainsi que sur les avantages du misoprostol.

Voici quelques exemples illustratifs :

- Un médicament peu cher et facile à utiliser appelé misoprostol peut prévenir les saignements excessifs après l'accouchement.
- Le misoprostol peut sauver des vies et des familles et permet de faire des économies.
- Vous pouvez aider à réduire le nombre de femmes de votre communauté qui meurent en couches.
- Enseignez à votre communauté les avantages du misoprostol.
- Des familles plus saines et plus économiquement stables font de meilleures communautés.
- Invitez un prestataire de soins de santé à venir parler à votre groupe sur la maternité sans complications et écouter les défis que votre communauté doit surmonter.
- Encouragez les femmes de votre communauté à se rendre aux cliniques de soins prénataux.
- Encouragez les femmes de votre communauté à accoucher avec l'aide d'une accoucheuse expérimentée.

## Étape 5 : Déterminer les activités et interventions

Reportez-vous à la page 21 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 5 » du kit de mise en oeuvre de création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ch-step5/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Dans la mesure du possible, le message sur le misoprostol doit être intégré avec de plus larges efforts de changement de comportement en matière de santé maternelle. Un examen des études sur l'introduction et de démonstration du misoprostol suggère ce qui suit comme un ensemble minimal d'interventions réussies :

- Formation des prestataires de services au niveau du centre de soins et de la communauté, notamment les CIP, les outils de travail et les recyclages.
- Conseils et formations pédagogiques par groupe et individuels, surtout par les prestataires.
- Matériels à utiliser pour les conseils et formations pédagogiques par groupe et individuels (par ex., tableau à feuilles mobiles, brochure/dépliant, notice du médicament).
- Interventions visant à rappeler aux femmes enceintes et à leur système de soutien quand et comment utiliser le misoprostol (par ex., jeu de rôle, autocollant pour la maison, notice du médicament, messages imprimés sur des objets utiles tels que des foulards).
- Interventions pour rappeler et aider les accoucheuses traditionnelles et d'autres prestataires communautaires (par ex., trousse de naissance propre incluant le misoprostol et des instructions pour son utilisation et la prise en charge des effets secondaires).
- Sur une plus grande échelle, il sera important d'avoir des interventions qui s'adressent à la politique et aux pratiques, l'approvisionnement et la surveillance.

Des approches et activités suggérées et des exemples illustratifs sont présentés ici comme choix appropriés pour communiquer les informations sur le misoprostol aux principaux publics et publics d'influence. Ces suggestions sont un point de départ, et une collaboration étroite avec les professionnels de création et de communication peut aider à assurer que la conception et la réalisation sont innovantes et convaincantes.

## Médias de masse

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Publics visés
Mass médias simplifiés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développez des messages d'intérêt public (MIP) pour la radio sur le misoprostol (par ex., de vraies femmes qui parlent de comment elles ont été contentes d'avoir pris le misoprostol après l'accouchement) et des hommes qui auraient souhaité connaître le misoprostol à temps pour sauver leur partenaire.</li> <li>• Lorsque la couverture TV est bonne, vous pourriez réaliser des spots télévisés comme ci-dessus et sur l'accouchement en structure sanitaire/sans complications, notamment mentionner la principale cause de morts maternelles.</li> </ul>	Mieux faire connaître le produit et ses avantages.	<p>Femmes enceintes, partenaires masculins des femmes enceintes, « protecteurs »/ famille élargie, communautés/ leaders,</p> <p>D'influence : Prestataires de soins de santé (en structures sanitaires et au niveau communautaire)</p>
Mass médias élaborés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrez le misoprostol dans des séries dramatiques radiodiffusées en plusieurs épisodes.</li> <li>• Produisez des émissions de tribunes téléphoniques à la radio qui incluent comme sujet le misoprostol et les saignements excessifs.</li> </ul>	<p>Stimuler le dialogue social sur le rôle de chacun dans la protection de la maternité.</p> <p>Changer les normes sociales relatives aux accouchements assistés.</p>	Femmes enceintes, partenaires masculins des femmes enceintes, « protecteurs »/ famille élargie, communautés
Supports imprimés	Développer/adapter des brochures/ dépliants à ramener à domicile et des affiches sur le misoprostol (y compris où se le procurer) et des autocollants pour rappeler aux femmes quand prendre le misoprostol.	<p>Mieux faire connaître le produit et où trouver des services de qualité.</p> <p>Fournir des rappels.</p>	Femmes enceintes, partenaires masculins des femmes enceintes
Médias numériques et santé mobile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Production de service SMS sur les avantages du misoprostol, des rappels sur quand il faut le prendre, des rappels de rechercher des soins prénataux et des fournisseurs de misoprostol (de préférence dans le contexte du message d'accouchement sans complications).</li> <li>• Assurer des lignes d'assistance téléphonique sur la santé maternelle (par téléphone et/ou par SMS).</li> </ul>	<p>Augmenter la sensibilisation au produit et sa connaissance.</p> <p>Stimuler le dialogue social.</p>	Femmes enceintes, partenaires masculins des femmes enceintes, prestataires communautaires

**Services au niveau clinique**

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Publics visés
Services cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les prestataires au PCATST, y compris sur l'utilisation de l'ocytocine ou du misoprostol si l'ocytocine n'est pas disponible.</li> <li>• Discuter des HPP et du misoprostol au cours des sessions pédagogiques sur les soins prénataux.</li> <li>• Développer un tableau à feuilles mobiles pour l'enseignement en groupes et individuel.</li> <li>• Développer une vidéo sur l'accouchement sans complications pour la salle d'attente de la clinique.</li> <li>• Élaborer et disséminer des directives sur les HPP/misoprostol.</li> <li>• Développer des outils de travail sur le misoprostol (instructions, algorithmes, listes de contrôle, etc.) sur quand et comment l'utiliser, la prise en charge des effets secondaires.</li> <li>• Élaborer des feuillets avec des messages pour personnes sachant peu ou pas lire pour le misoprostol à amener à domicile.</li> <li>• Former des pharmaciens sur le stockage et la distribution du misoprostol.</li> <li>• Développer des affiches de sensibilisation, pédagogiques et de rappel.</li> </ul>	<p>Augmenter la sensibilisation/ connaissance du produit.</p> <p>Établir des normes de qualité afin d'assurer un service de qualité pour les clients.</p> <p>Améliorer l'interaction prestataire-client.</p>	Prestataires cliniques, femmes
Enseignement numérique/ à distance :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer un module d'apprentissage en ligne/à distance pour les cliniciens, de préférence intégré à un programme d'enseignement à distance existant sur la santé maternelle.</li> <li>• Développer des clips vidéo courts et imprimer des FAQ basées sur l'enseignement et les conseils qui peuvent être diffusées via vidéo, smartphones, tablettes et en ligne.</li> <li>• Utiliser Twitter ou d'autres médias sociaux comme forum de discussion pour partager des idées, problèmes et solutions de mise en œuvre des programmes.</li> </ul>	Augmenter et actualiser les connaissances et les compétences.	Prestataires cliniques ; prestataires de soins prénataux et non-cliniques ; décideurs au niveau des districts/ structures sanitaires, superviseurs, agents d'implémentation

## Services, sensibilisation et approches au niveau communautaires

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Publics visés
Sensibilisation des ASC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les ASC à réaliser l'éducation au niveau communautaire et à orienter pour avoir des accouchements sans complications.</li> <li>• Développer et produire un programme d'enseignement à distance par radio sur un accouchement sans complications, notamment sur le misoprostol pour l'HPP, pour les travailleurs communautaires qui ont des comportements positifs et des relations avec les communautés et les cliniques d'orientation.</li> <li>• Mettre en place des groupes d'écoute radio d'ASC pour les programmes d'enseignement à distance.</li> <li>• Développer/adapter les documents et les outils de travail (flipbooks, brochures, listes de contrôle, cartes d'orientation, etc.) pour fournir des directives sur les conseils pour un accouchement sans complications, notamment sur les HPP et le misoprostol.</li> </ul>	<p>Améliorer les connaissances et les compétences.</p> <p>Fournir des occasions d'enseignement par des pairs.</p> <p>Assurer l'orientation et une éducation de qualité.</p> <p>Promouvoir des services de qualité.</p>	Prestataires communautaires
Administration/distribution des ASC/TBA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former et équiper les accoucheuses traditionnelles pour un accouchement sans complications, notamment au misoprostol.</li> <li>• Former les ASC à conseiller les femmes enceintes et à distribuer le misoprostol aux femmes après 32 semaines avec des instructions faciles à comprendre pour un public qui ne sait pas bien lire sur son utilisation.</li> <li>• Développer un aide-mémoire de travail facile à conserver et à transporter.</li> <li>• Développer un autocollant pour rappeler aux femmes enceintes quand prendre le misoprostol.</li> <li>• Élaborer une brochure picturale avec des messages clés pour la nouvelle mère/famille.</li> </ul>	<p>Accroître la compréhension du misoprostol et son utilisation.</p> <p>Fournir des conseils au niveau communautaire et des services pour les femmes.</p> <p>Promouvoir le bon usage du misoprostol chez les prestataires de services et les patientes elles-mêmes.</p>	Prestataires communautaires
Dialogues au sein de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des dialogues au sein de la communauté sur la santé maternelle, notamment sur les HPP et le misoprostol, à l'aide d'utilisatrices satisfaites (et leurs partenaires et « protecteurs ») comme agents de promotion.</li> <li>• Organiser des groupes de discussion pour hommes, femmes et/ou couples, autres membres de la famille (mères et belles-mères) et leaders communautaires/religieux selon le cas.</li> </ul>	<p>Encourager le dialogue social sur la prévention des morts maternelles.</p> <p>Augmenter le soutien social pour des accouchements sans complications à l'aide du misoprostol.</p>	Femmes, partenaires masculins des femmes enceintes, « protecteurs »/ famille élargie, communautés

### Services Communautaires, sensibilisation et approches communautaires (suite)

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Publics visés
Champions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les utilisatrices satisfaites comme agents de promotion dans la communauté.</li> <li>• Identifier les « héros du quotidien » — hommes et femmes de la communauté qui soutiennent l'accouchement sans complications et aident à assurer la santé de leur famille — et les célébrer lors d'événements communautaires et par le biais de messages communautaires et des médias.</li> <li>• Identifier les hommes qui ont perdu leur épouse au cours d'un accouchement et qui veulent empêcher une telle tragédie pour d'autres familles. Leur demander de parler à des réunions communautaires, dans les médias, au travail si nécessaire et en face à face avec leurs voisins.</li> </ul>	<p>Encourager le dialogue social sur la prévention des morts maternelles.</p> <p>Augmenter le soutien social pour des accouchements sans complications.</p>	Femmes, partenaires masculins des femmes enceintes, « protecteurs »/ famille élargie, communautés
Franchisage social/ promotion des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir un réseau de pharmacies pour stocker et distribuer le misoprostol ainsi que pour instruire sur son utilisation.</li> <li>• Élaborer et diffuser des documents dans les pharmacies sur les avantages du misoprostol et sur son utilisation.</li> </ul>	Promouvoir la marque de qualité du misoprostol.	Pharmacies, femmes enceintes et leur système de soutien

## Structurel

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Publics visés
Politique et directives	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffuser les directives sur l'utilisation du misoprostol pour prévenir et traiter les HPP en absence d'ocytocine.</li> <li>• Fil Twitter ou autres médias sociaux sur les progrès internationaux, nationaux et locaux dans la mise à disposition du misoprostol au niveau communautaire ; impact local ; études/rapports publiés ; conseils de mise en œuvre ; et toute autre information pertinente.</li> </ul> <p><i>Sensibilisation aux Produits d'Urgence pour les Femmes, les Enfants et les Nouveaux-nés : Une trousse d'outils de plaidoyer</i> fournit des ressources de plaidoyer pour utiliser la plateforme de la Commission destinées à favoriser la prise de conscience et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Voir : <a href="http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381">http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381</a></p>	<p>Assurer la disponibilité et l'utilisation constantes du misoprostol.</p> <p>Résoudre toute inquiétude liée à l'avortement ou aux problèmes de sécurité.</p> <p>Permettre la distribution et l'utilisation du misoprostol au niveau communautaire.</p>	Responsables sanitaires au niveau national et local
Formation initiale/continue	Intégrer le misoprostol dans la formation initiale et continue pour les prestataires, notamment les pharmaciens, médecins, infirmières, sages-femmes, ASC, etc.	Augmenter la sensibilisation.	Pharmaciens, médecins, infirmier(ère)s, sage-femmes, ASC, etc.

## Étape 6 : Planifier le suivi et l'évaluation (« Monitoring and Evaluation », M&E)

Reportez-vous à la page 24 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 6 » du kit de mise en oeuvre de création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step6/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Les indicateurs suivants (y compris les sources de données potentielles) sont utilisés pour mesurer les données en entrée, sortie, les résultats et l'impact du programme.

### Structures sanitaires/prestataires (selon le lieu de naissance/type de prestataire, selon le cas) :

- Nombre de doses de misoprostol commandées. (Surveillance)
- Nombre de doses de misoprostol utilisées. (Surveillance)
- Nombre de doses de misoprostol distribuées par l'intermédiaire de cliniques de SAN. (Surveillance)
- Nombre de doses de misoprostol fournies par les travailleurs communautaires. (Surveillance)
- Nombre d'orientations réalisées pour les HPP. (Surveillance)
- Nombre d'orientations reçues pour les HPP. (Surveillance)
- Nombre de pharmacies qui stockent le misoprostol dans un emballage approprié. (Évaluation)
- Proportion de prestataires formés à l'utilisation de misoprostol pour les HPP. (Surveillance)
- Nombre d'exemplaires diffusés de recommandations cliniques actualisées. (Surveillance)
- Proportion de prestataires qui ont eu accès aux recommandations d'utilisation du misoprostol pour prévenir les HPP. (Évaluation)
- Proportion de prestataires qui déclarent croire que le misoprostol au niveau communautaire contre les HPP est sûr et efficace. (Évaluation)
- Proportion de prestataires qui déclarent soutenir la distribution communautaire du misoprostol contre les HPP. (Évaluation)
- Proportion de prestataires qui déclarent conseiller les femmes enceintes pour qu'elles se procurent le misoprostol contre les HPP lors des accouchements à domicile. (Évaluation)
- Proportion de prestataires qui savent comment administrer le misoprostol pour prévenir et traiter l'HPP. (Évaluation)
- Proportion de prestataires qui déclarent utiliser le misoprostol. (Évaluation)
- Proportion des accouchements où le misoprostol a été correctement utilisé. (Évaluation)
- Nombre de cas rapportés d'HPP. (Évaluation)
- Proportion de morts maternelles attribuées à une HPP. (Évaluation)

### Femmes :

- Nombre de sessions individuelles de formation/conseils tenues auprès de femmes enceintes. (Surveillance)
- Proportion de femmes qui déclarent savoir où accéder aux informations et services pour l'HPP. (Évaluation)
- Proportion de femmes qui savent qu'un saignement excessif après l'accouchement est dangereux, mais évitable. (Évaluation)
- Proportion de femmes qui savent que la prise de misoprostol après l'accouchement peut prévenir un saignement excessif. (Évaluation)
- Proportion de femmes qui déclarent avoir pris du misoprostol pour prévenir un saignement excessif. (Évaluation)
- Proportion de femmes qui déclarent avoir eu un saignement excessif après l'accouchement. (Évaluation)
- Proportion de nouvelles mères qui déclarent utiliser le misoprostol correctement. (Évaluation)
- Proportion de femmes qui déclarent être satisfaites de l'utilisation du misoprostol après l'accouchement. (Évaluation)
- Proportion de femmes qui déclarent qu'elles seraient prêtes à utiliser le misoprostol pour leur prochain accouchement. (Évaluation)
- Proportion de femmes qui déclarent qu'elles recommanderaient le misoprostol à des membres de leur famille ou à des amies pour prévenir un saignement excessif après un accouchement. (Évaluation)

### **Partenaires masculins/« protecteurs »/communautés :**

- Nombre de sessions individuelles de formation/conseils tenues auprès d'hommes/« protecteurs ». (Surveillance)
- Nombre de sessions d'éducation/sensibilisation de la communauté. (Surveillance)
- Proportion d'hommes/« protecteurs »/membres de la communauté qui savent qu'un saignement excessif pendant l'accouchement est une des principales causes de morts maternelles. (Évaluation)
- Proportion d'hommes/« protecteurs »/membres de la communauté qui ont entendu parler du misoprostol. (Évaluation)
- Proportion d'hommes/« protecteurs »/membres de la communauté qui savent que le misoprostol peut prévenir un saignement excessif après l'accouchement. (Évaluation)

### **Canaux de communication :**

- Principales sources d'information sur le misoprostol par réseau. (Évaluation)
- Nombre d'annonces diffusées à la radio ou d'autres médias. (Surveillance)
- Proportion du public visé qui déclare avoir entendu des annonces à la radio (ou autre) sur les accouchements sans complications et le misoprostol. (Surveillance)

## Références



- bij de Vaate, A., Coleman, R., Manneh, H., & Walraven, G. (2002). Knowledge, attitudes and practices of trained traditional birth attendants in the Gambia in the prevention, recognition, and management of postpartum haemorrhage. *Midwifery*, 18(1), 3-11.
- Borgh, J., Hanson, K., Acquah, C. A., Ekanmian, G., Filippi, V., Ronsmans, C., et al. (2003). Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy and Planning*, 18(4), 383-390.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 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 Gynecology and Obstetrics*, 92(2), 170-175.
- Deepak, N. N., Mirzabagi, E., Koski, A., & Tripathi, V. (2013). Knowledge, attitudes, and practices related to uterotonic drugs during childbirth in Karnataka, India: A qualitative research study. *PLoS ONE*, 8(4), e62801. doi: 10.1371/journal.pone.0062801
- Diadhiou, 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), 251-255.
- 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: 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*. Berkeley, CA: Venture Strategies for Health and Development.
- Flandermeier, D., Stanton, C., & Armbruster, D. (2010). Uterotonic use at home births in low-income countries: A literature review. *International Journal of Gynaecology Obstetrics*, 108(3), 269-275.
- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). (2013). *Demand generation for 13 life-saving commodities: A synthesis of the evidence*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.
- Hundley, V., Avan, B., Sullivan, C., & Graham, W. (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.
- 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/>
- Kamatenesi-Mugisha, M., & Oryem-Origa, H. (2007). Medicinal plants used to induce labour during childbirth in western Uganda. *Journal of Ethnopharmacology*, 109(1), 1-9.
- Kerber, K. J., de Graft-Johnson, J. E., Bhutta, Z. A., Okong, P., Starrs, A., & Lawn, J. E. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child health: From slogan to service delivery. *The Lancet*, 370, 1358-1369.
- 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.
- Kincaid, D. L., Figueroa, M. E., Storey, D. & Underwood, C. (2007). *A social ecology model of communication, behavior change, and behavior maintenance (working paper)*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.
- 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
- Mirzabagi, E., Deepak, N. N., Koski, A., & Tripathi, V. (2013). Uterotonic use during childbirth in Uttar Pradesh: Accounts from community members and health providers. *Midwifery*, 29(8), 902-910.
- Mobeen, N., Durocher, J., Zuberi, N., Jahan, N., Blum, J., Wasim, S., Walraven, G., 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.

Ngom, P., Debpuur, C., Akweongo, P., Adongo, P., & Binka, F. N. (2003). Gate-keeping and women's health seeking behaviour in Navrongo, northern Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 7(1), 17-26.

Oladapo, O. T. (2012). Misoprostol for preventing and treating postpartum hemorrhage in the community: A closer look at the evidence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 119(2), 105-110. Prata, N., Ejemi, 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, A., Passano, P., Bell, S., Bohl, D. D., Hossain, S., Jahan, A., 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), & U.S. Agency for International Development (USAID). (2007). Identifying barriers to the use of active management of the third stage of labor (AMTSL) by providers: A set of tools. Washington, DC: USAID and POPHI.

Program for Appropriate Technology in Health (PATH), United Nations Population Fund (UNFPA), & U.S. Agency for International Development (USAID). (2012). Medicines for Maternal Health (working paper). Prepared for the United National Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children. 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 Gynecology & Obstetrics*, 108(3), 282-288.

Ronsmans, C., & Graham, W. J. (2007). Maternal mortality: Who, when, where, and why. *The Lancet*, 368(9542), 1189-1200.

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 Gynecology and Obstetrics*, 108(3), 276-281.

Tripathi, V., Stanton, C., & Anderson, F. W. (2013). Traditional preparations used as uterotonics in sub-Saharan Africa and their pharmacologic effects. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 120(1), 16-22.

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>

Van Hollen, C. (2003). Invoking Vali: Painful technologies of modern birth in South India. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(1), 49-77.

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

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

Venture Strategies Innovations (VSI). (2011). Prevention of postpartum hemorrhage in home births: Misoprostol distribution during antenatal care visits in Tanzania. Berkeley, CA: VSI.

World Health Organization (WHO). (2010). Clarifying WHO position on misoprostol use in the community to reduce maternal death. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/rhr\\_10\\_11/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr_10_11/en/)

World Health Organization (WHO). (2009). WHO statement regarding the use of misoprostol for postpartum haemorrhage prevention and treatment. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/misoprostol/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/misoprostol/en/)

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.

## Coordonnées

**Hope Hempstone** | United States Agency for International Development (USAID) | [hhempstone@usaid.gov](mailto:hhempstone@usaid.gov)

**Stephanie Levy** | United States Agency for International Development (USAID) | [slevy@usaid.gov](mailto:slevy@usaid.gov)

**Zarnaz Fouladi** | United States Agency for International Development (USAID) | [zfouladi@usaid.gov](mailto:zfouladi@usaid.gov)

**Heather Chotvacs** | Population Services International (PSI) | [hchotvacs@psi.org](mailto:hchotvacs@psi.org)

**Sanjanthi Velu** | Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP) | [svelu1@jhu.edu](mailto:svelu1@jhu.edu)





Life  
Saving  
Commodities  
Improving access,  
saving lives

