

# Améliorer les résultats de l'accouchement en optimisant l'utilisation des utérotoniques

Partager les apprentissages et les outils

---

25 juillet 2024



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE





Résilience Sanitaire  
Intégrée

Leadership National  
et Mondial

Prestation de Soins  
de Santé Privés

Facilitateur  
d'Apprentissage

Transformation et  
Équité de la  
Vaccination de  
Routine

Chirurgie Sûre pour  
la Planification  
Familiale et  
l'Obstétrique

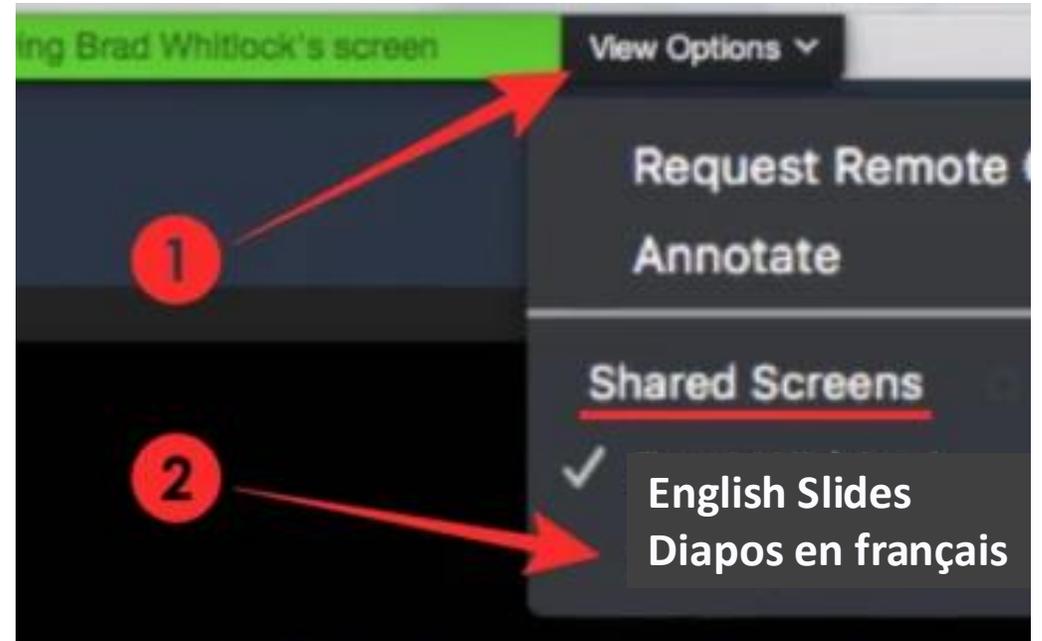


# Quelques annonces

- **Présentez-vous** dans le chat ! (nom, organisation et lieu).
- Pour voir la version française de la présentation, allez en haut au milieu de l'écran où il est indiqué "**View Options**". Sélectionnez l'option "Diapos en français".
- Si vous avez des questions, veuillez les soumettre par le biais de la fonction "**Q & A**". Vous pouvez également voter pour les questions que vous soutenez.
- N'hésitez pas à partager vos réflexions et vos commentaires dans **le chat** à tout moment !

# Visualisation des diapositives

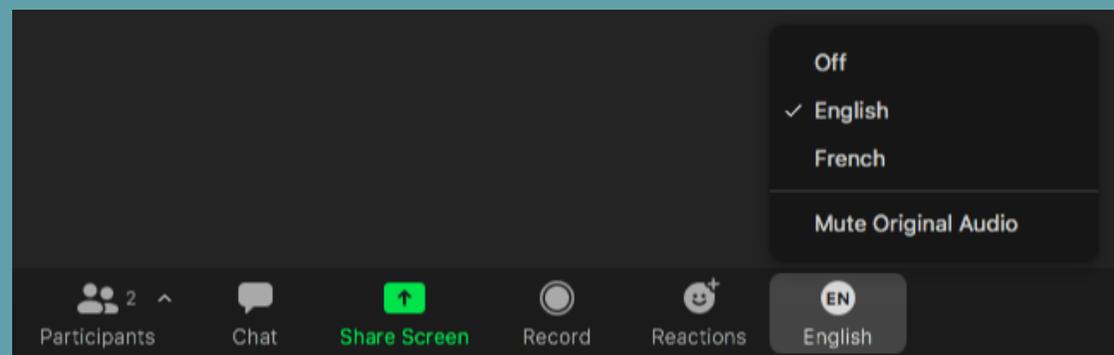
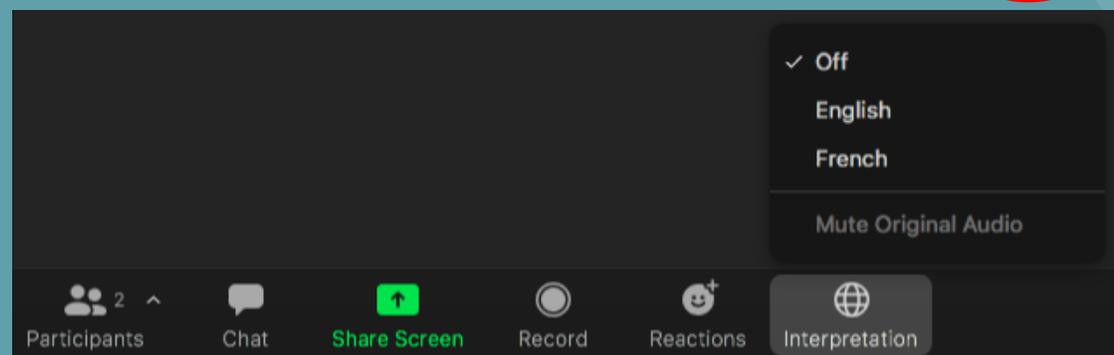
- Pour voir la version française de la présentation, allez en haut au milieu de l'écran où il est indiqué «**View Options**» . Sélectionnez l'option «Diapos en français».



# Interprétation

Pour écouter l'interprétation, regardez en bas de votre écran Zoom et repérez l'icône du globe qui indique "Interprétation". Cliquez sur la langue que vous souhaitez entendre. Pour n'entendre que la langue interprétée, cliquez sur "Mute Original Audio".

Si vous utilisez un appareil mobile Android ou Apple, dans les commandes de votre réunion, appuyez sur les trois points, puis sur "Interprétation de la langue". Appuyez sur la langue que vous souhaitez entendre. Pour n'entendre que la langue interprétée, appuyez sur le commutateur "Mute Original". Cliquez sur "Terminé".



# Remarques D'ouverture

---

Deborah Armbruster, Conseillère Principale en Santé Maternelle et Néonatale, USAID



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



# Pratiques d'induction et d'augmentation du travail en Inde

Comment l'utilisation de médicaments utérotoniques affecte la mortinaissance, la mortalité néonatale et le recours aux accouchements par césarienne

---

Megan Marx Delaney, RN, MSN, MPH  
MOMENTUM Facilitateur d'Apprentissage

CONSOLIDATION DE LA RECHERCHE | juillet 2024



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE





SECTION 01

# Contexte de l'utérotonie et de son potentiel de nocivité

---

# Qu'est-ce que l'utérotomie ?

Des médicaments (par exemple l'ocytocine) qui provoquent des contractions de l'utérus.

# Les utérotoniques peuvent sauver des vies et réduire les dommages

En prévenant et en traitant l'hémorragie après l'accouchement

En déclenchant le l'accouchement

En renforçant et en accélérant le travail (augmentation)



Après l'accouchement, chaque femme devrait recevoir des utérotoniques pour prévenir les hémorragies

Cependant, pour être sûrs lorsqu'ils sont utilisés avant l'accouchement, les utérotoniques nécessitent une **bonne raison médicale et une surveillance étroite.**

La surveillance nécessite **un nombre suffisant de personnel qualifié** pour reconnaître les signes de danger et prendre les mesures appropriées au besoin

La surveillance comprend



Rythme cardiaque du foetus



Contractions utérines



Ne jamais laisser le patient sans surveillance (OMS)<sup>1,2</sup>



1. Organisation mondiale de la santé. (2014). Recommandations pour l'augmentation du travail. 11

2. Organisation mondiale de la santé. (2022). Recommandations sur le déclenchement du travail, à terme ou au-delà du terme

**Sans surveillance, les utérotoniques destinés  
à déclencher ou à renforcer le travail  
peuvent être nocifs.**

Les risques comprennent la mortinaissance, l'asphyxie à la naissance, l'encéphalopathie néonatale, la mort néonatale précoce, et les césariennes non nécessaires.

# Éviter l'insuffisance respiratoire

L'incapacité des nouveau-nés à respirer à la naissance est une cause majeure de mortalité néonatale et de mortinatalité dans le monde.<sup>1</sup>

L'utilisation non surveillée d'utérotoniques pour l'augmentation du travail peut entraîner des contractions inutilement longues de l'utérus, ce qui réduit l'apport d'oxygène au fœtus.

Il peut en résulter une mortinaissance, la nécessité d'une réanimation, une encéphalopathie néonatale et une mort néonatale précoce.<sup>2</sup>

1. Organisation mondiale de la santé (2022). Fiche d'information sur la mortalité des nouveau-nés. Disponible 13 sur <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021#:~:text=Preterm%20birth%2C%20intrapartum%2Drelated%20complications,causes%20of%20most%20neonatal%20deaths....> Consulté le 10 février 2024.
2. Kujabi, M.L. et al. (2022). Labor augmentation with oxytocin in low- and lower-middle-income countries : a systematic review and meta-analysis. *AJOG Global Reports*, 2(4):100123. <https://doi.org/10.1016%2Fj.xagr.2022.100123>



# Prévenir les césariennes inutiles

Déclencher l'accouchement sans protocole, sans surveillance ou sans informations adéquates sur la grossesse comporte des risques, notamment

- détresse foétale
- aspiration méconiale
- rupture utérine
- naissance prématurée<sup>1</sup>

**Cela peut causer des césariennes d'urgence qui n'aurait pas eu lieu autrement.**

1. Vogel, J.P. et al. (2014). Global perspectives on elective induction of labor. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(2), 331-42. <http://dx.doi.org/10.1097/GRF.0000000000000031>.



# Ampleur du mal

Une méta-analyse récente a montré que l'utilisation d'utérotoniques pour l'augmentation du travail dans les pays à revenu faible et moyen est associée à **un risque élevé** de :

- Mortinatalité et mortalité néonatale au premier jour [RR 1,46 ; 95%CI 1,05, 2,02]
- Réanimation néonatale [RR 2,69 ; 95%CI 1,87, 3,88].
- Encéphalopathie néonatale [RR 2,90 ; 95%CI 1,87, 4,49]
- Faible score d'Apgar à la naissance [1,54 ; IC 95 % 1,21, 1,96]

La réduction de l'utilisation d'utérotoniques non indiqués et insuffisamment surveillés peut **réduire ces risques et sauver des vies.**

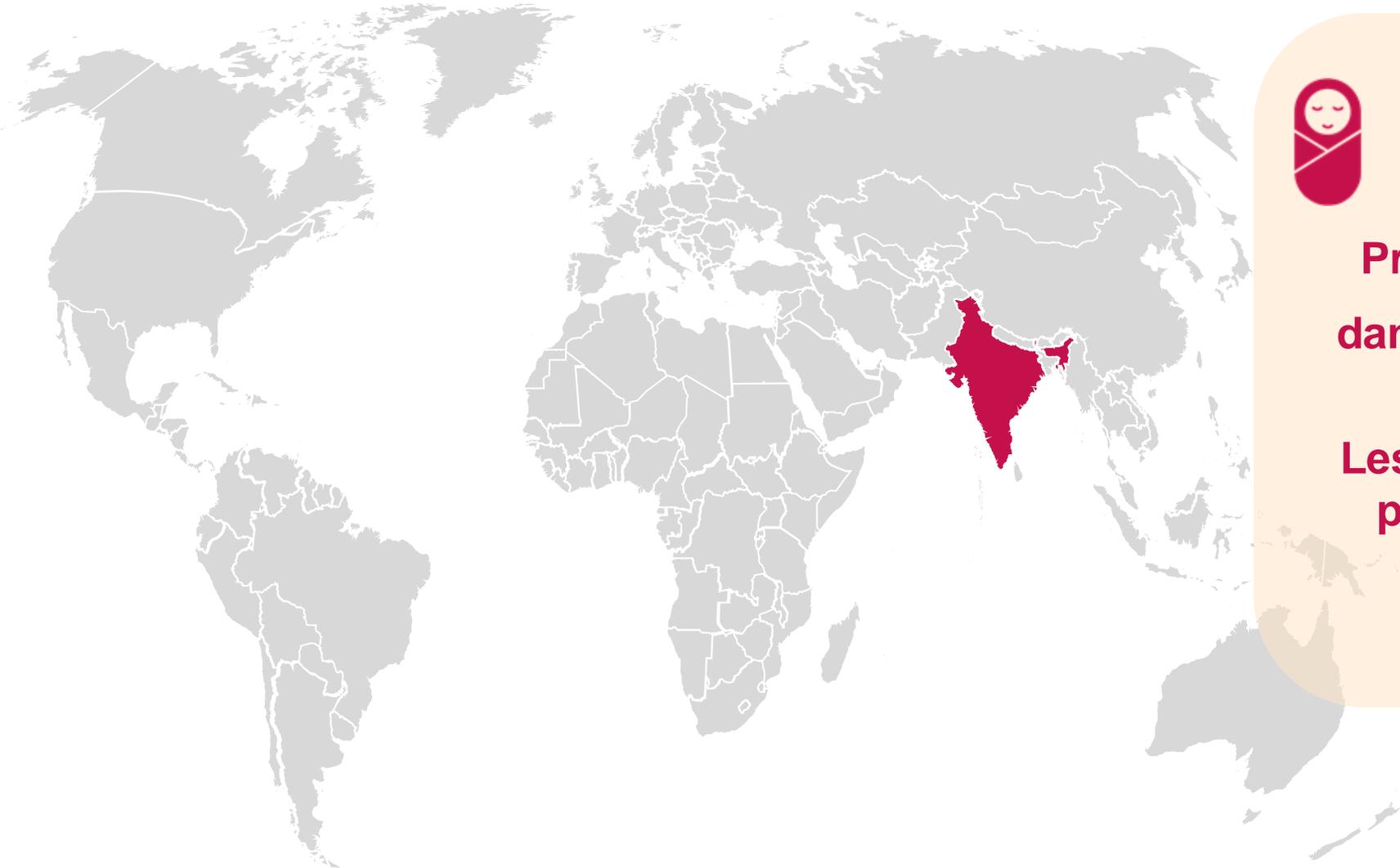


SECTION 02

# Utilisation des utérotoniques en Inde

---

# L'Inde a l'occasion de guider l'amélioration des Accouchements Mondialement



**Près d'un bébé sur cinq dans le monde entier sont nés en Inde.**

**Les changements en Inde peuvent influencer les changements mondialement.**

# L'utilisation d'utérotoniques pendant l'accouchement varie à la fois dans le monde et en Inde, mais **elle peut être très courante**

*Données issues de revues systématiques sur la prévalence de l'utilisation d'utérotoniques*

## POUR LE DÉMARRAGE DU TRAVAIL (induction)

- **Inde:** 3 % à 84 % des naissances<sup>1</sup>
  - Une grande variabilité

## POUR LE RENFORCEMENT DU TRAVAIL (augmentation)

- **Au niveau mondial :** 0,7 % à 97 % des naissances<sup>2</sup>
- **Inde :** > 50% des accouchements augmentés avec de l'ocytocine (parmi les taux les plus élevés)<sup>2</sup>

1. MOMENTUM Safe Surgery in Family Planning and Obstetrics; Systematic review of pharmacological labor induction and augmentation in South Asia. Manuscript forthcoming in 2024.

2. Kujabi, M.L. et al. (2022). Labor augmentation with oxytocin in low- and lower-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AJOG Global Reports*, 2(4):100123. <https://doi.org/10.1016%2Fj.xagr.2022.100123>.

# Qu'est-ce qui motive l'utilisation des utérotoniques par les médecins et les infirmières en Inde, même en l'absence de garanties et de personnel ?



## PRATIQUES HÉRITÉES

Pratique courante dans les facultés de médecine  
Pratiques répétées dans les communautaires moins bien dotées en ressources



## CONTRAINTES DE TEMPS ET D'ESPACE

Pression pour accélérer les livraisons afin de libérer du personnel et des lits



## DEMANDE DE PATIENTS/FAMILLES

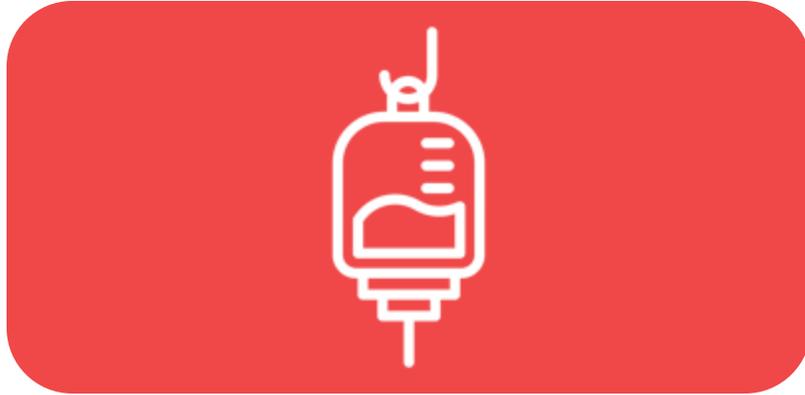
La pratique culturelle veut que les femmes demandent des utérotoniques pour rendre le travail plus fort et plus rapide.



## FAIBLE PERCEPTION DU MAL

Peu de reconnaissance du fait que l'utilisation systématique d'utérotoniques et l'absence de surveillance du fœtus et de l'accouchement augmentent le danger.

# Pourquoi est-ce que les patientes et les familles désirent-elles des utérotoniques ?



## PERCEPTION POSITIVE DE L'UTÉROTONIE

Accélérer le travail, en réduisant le temps passé sur place

La perfusion ou l'injection est considérée comme un bon soin



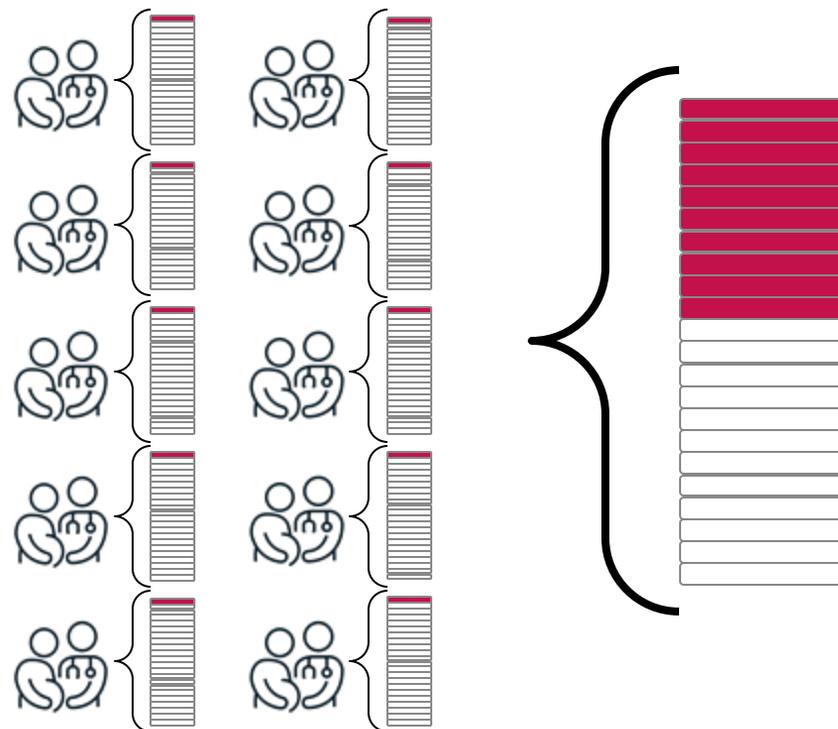
## FAIBLE PERCEPTION DES DOMMAGES

La plupart ignorent que l'utilisation non indiquée et non surveillée d'utérotoniques peut causer des résultats médiocres dans les contextes habituels.

# Des individus aux systèmes



Ce qui peut sembler d'être un minime risque dans un cas particulier..



...peut provoquer un risque élevé de dommages à l'ampleur actuelle de l'utilisation.

# CONSEILS: Des documents existent, mais des écarts persistent

- Des lignes directrices existent au niveau mondial et en Inde pour l'induction et l'augmentation du travail, mais elles **ne sont pas mises en pratique**.
- Les lignes directrices comportent plusieurs points qui ne sont pas claires. Par exemple :
  - Conseils sur la sélection des cas
  - Qu'est-ce qu'un « échec de l'induction » ?
  - Stratégies de gestion si l'état de santé d'un patient et les antécédents en matière de soins prénatals sont inconnus
- **Il n'existe pas de protocole standard** sur les types de médicaments, les doses, le chronométrage et la documentation.



Pour l'ensemble des parties prenantes, le risque d'effets nocifs liés à l'utilisation des utérotoniques n'est pas un souci majeure.

“Il est nocif, mais un peu ne fera pas trop de mal. Lorsque nous cuisinons, nous ne mesurons pas les ingrédients. Il s'agit d'un peu de ceci, un peu de cela. Cette attitude s'étend à l'administration des médicaments.”

-Infirmière  
(Paraphrase de l'interview)

*En d'autres termes, l'utilisation d'utérotoniques est un risque calculé, même en l'absence de garanties*



SECTION 04

# Prochaines étapes

---

## Prochaines étapes pour Changer les pratiques en Inde (1/2)

- **Établir un consensus** et sensibiliser les médecins, les infirmières, les ASHA, les patients et les familles aux effets négatifs sur la santé de l'utilisation excessive d'utérotoniques.
- **Consolider le programme de recherche** afin d'explorer et de documenter systématiquement la surutilisation d'une manière standardisée.
- **Résoudre les ambiguïtés des directives** relatives aux indications et aux cas qui devraient ou ne devraient pas faire l'objet d'une induction ou d'une augmentation du travail.



## Prochaines étapes pour Changer les pratiques en Inde (2/2)

- **Explorer des stratégies pour améliorer la sécurité** de l'utilisation des utérotoniques pendant l'accouchement dans des contextes où les ressources sont limitées.
- **Normaliser les protocoles pour l'induction et l'augmentation du travail**, en soulignant la surveillance adéquate, le dosage, les variations en fonction de l'indication et la gestion des événements indésirables.
- **S'assurer du soutien conjoint** du secteur public, du secteur privé et des groupes communautaires pour élaborer des messages et des stratégies harmonisés.



# Remerciements

MOMENTUM Facilitateur d'Apprentissage est financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) dans l'ensemble de projets MOMENTUM et mis en œuvre par le Population Reference Bureau (PRB) avec les partenaires JSI Research and Training Institute, Inc. et Ariadne Labs dans le cadre de l'accord coopératif USAID ##7200AA20CA00003. Pour en savoir plus sur MOMENTUM, visitez le site [www.usaidmomentum.org](http://www.usaidmomentum.org). Le contenu de ce dossier relève de la seule responsabilité de PRB et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Merci à chacun des informateurs clés qui ont partagé leur temps, leur passion et leurs connaissances pour alimenter ce jeu de diapositives. Merci à l'équipe MOMENTUM Chirurgie Sûre pour la Planification Familiale et l'Obstétrique de la London School of Hygiene and Tropical Medicine pour son examen systématique approfondi de l'induction et de l'augmentation du travail en Inde. Merci au Community Empowerment Lab pour ses conseils et pour avoir permis aux infirmières et aux ASHA de donner leur avis. Merci à toutes les autres parties prenantes qui ont été consultées de manière informelle sur ce sujet. Merci au personnel de MOMENTUM Facilitateur d'Apprentissages qui a contribué à l'élaboration de ce diaporama.

Citation suggérée : Delaney, Megan Marx, et Adam Lindsley. 2024. Pratiques d'induction et d'augmentation du travail en Inde : How the Use of Uterotonic Medications Affects Stillbirth, Neonatal Mortality, and Increasing Rates of Cesarean Deliveries. Washington, DC : USAID MOMENTUM Facilitateur d'Apprentissages.



@USAID\_MOMENTUM



@USAIDMOMENTUM



USAID MOMENTUM



USAID MOMENTUM

# Revue systématique du déclenchement et de l'augmentation du travail en Inde

---

Dr. Jovanny T. Fouogue, Obstétricien-gynécologue  
MOMENTUM Chirurgie Sûre pour la Planification Familiale et l'Obstétrique



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



# Schéma

- Contexte et objectifs de l'examen
- Examen de la stratégie de recherche
- Résultats de l'examen
- Messages clés
- Lectures complémentaires

# Contexte et objectifs de l'examen

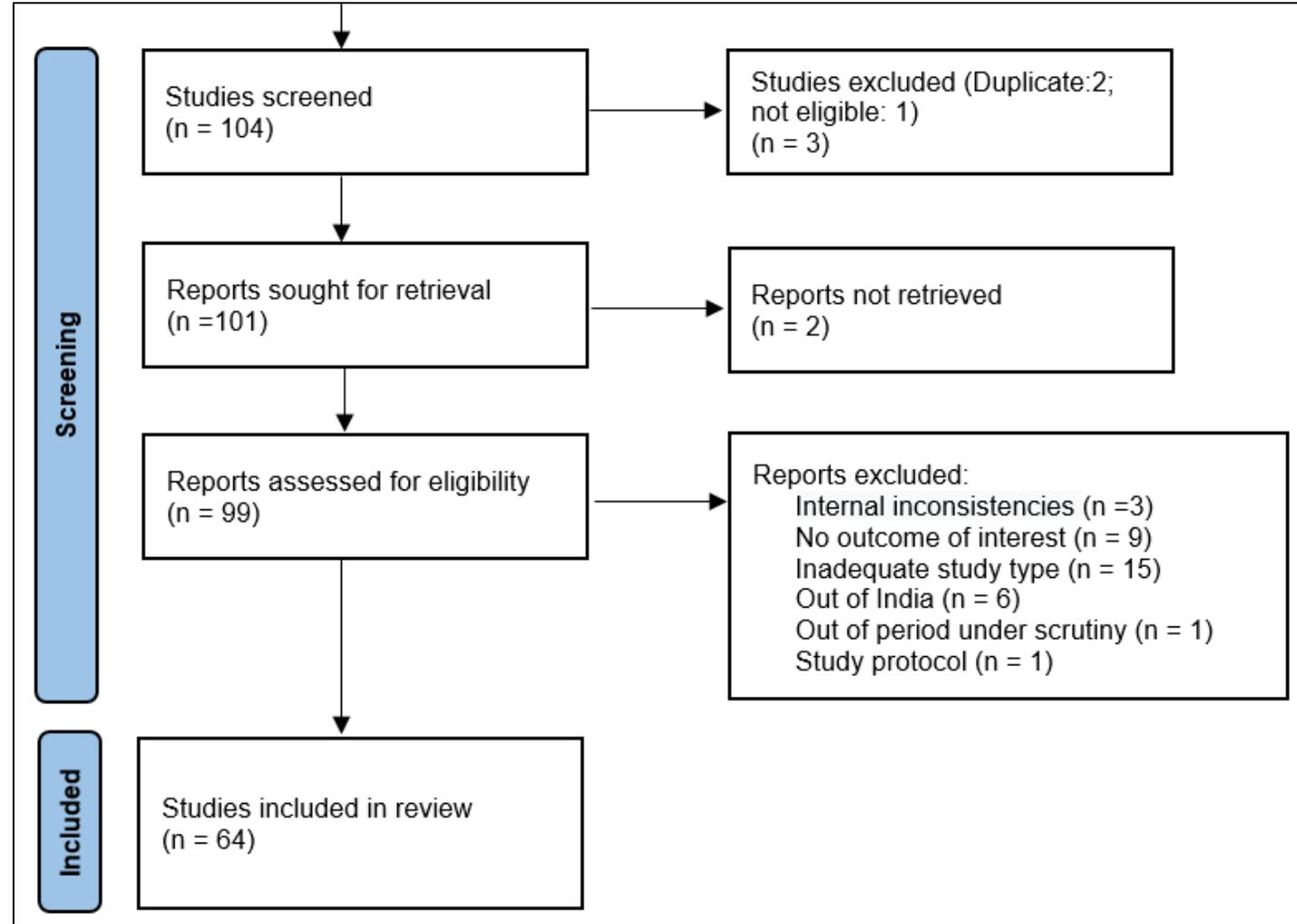
- **Ce que nous savons** : Induction et/ou augmentation inappropriées ↑↑ complications de l'accouchement (par exemple, rupture de l'utérus, détresse fœtale aiguë, mortinaissance, hyperstimulation utérine)
- Objectifs de l'examen :
  - Décrire l'utilisation **formelle et informelle** de l'**induction pharmaceutique** et évaluer les résultats.
  - Décrire l'utilisation **formelle et informelle** de l'**augmentation pharmaceutique** et évaluer les résultats.
  - Identifier la **prévalence** de l'induction/augmentation **non conforme aux directives de l'OMS**
  - Décrire **les expériences des patients** en matière d'induction et d'augmentation.

# Stratégie de recherche pour la Revue systématique

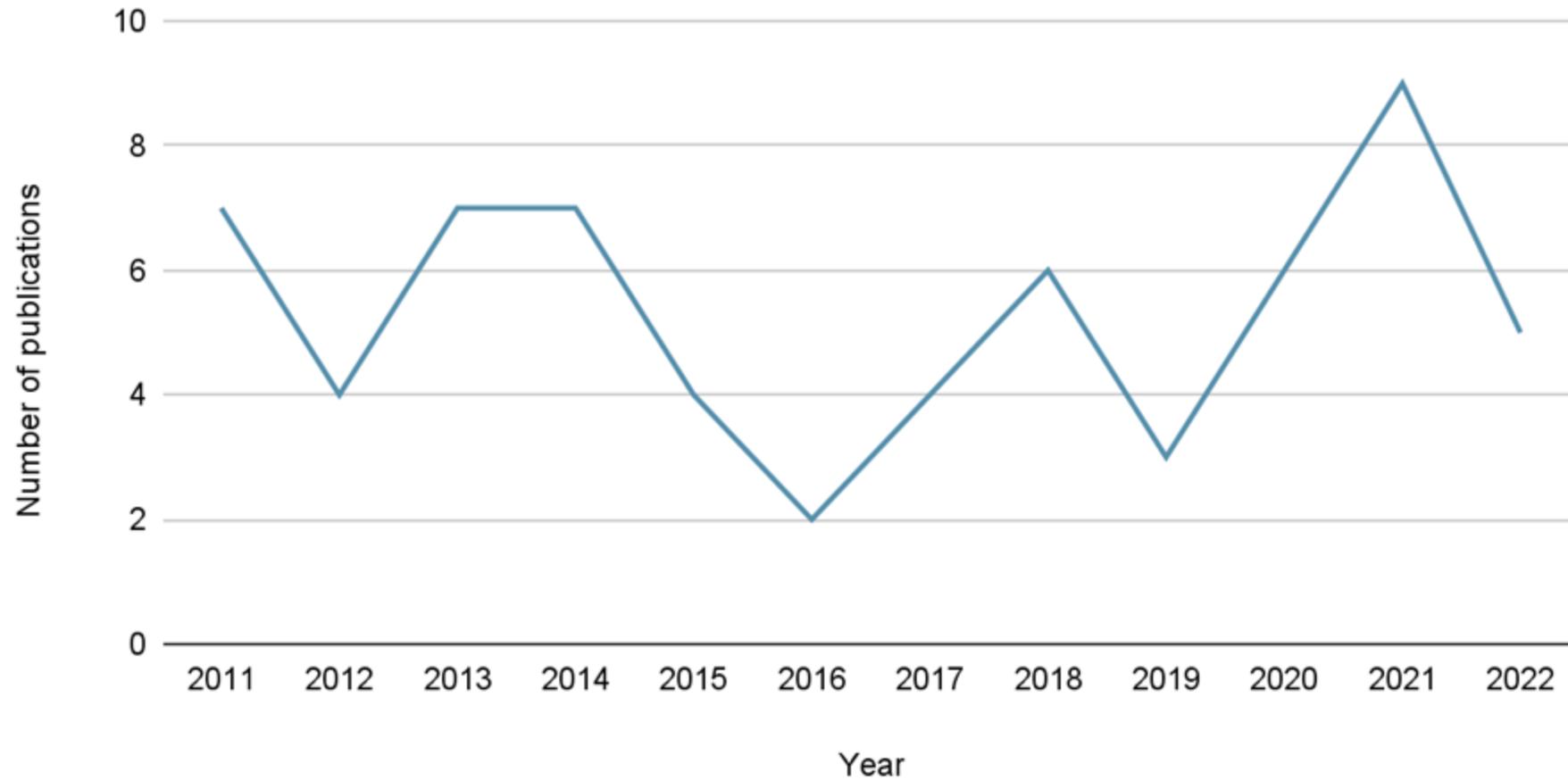
- **Littérature publiée** : PubMed, MEDLINE, EMBASE, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Web of Science, Global Health, African Journals Online, Global Health Library, Global Index Medicus, ProQuest Dissertations/Theses, Cochrane Central Register of Controlled Trials\*, EMCare, Google Scholar, STOR, Snowglobe (échantillonnage boule de neige).
- **Littérature grise**: Clinicaltrials.gov, WHO Trials, Cochrane Trials, OpenGrey, Int ; Clin. Trials Reg. Platform
- **Période** : 2011 - 2022
- **Critères d'inclusion**: Critères d'inclusion : Les femmes ayant une gestation viable définie par les protocoles individuels de l'étude et qui subissent un déclenchement et/ou une augmentation.
- **Critères d'exclusion**: Les rapports de cas, les études de cas, les avis d'experts, les lignes directrices, les éditoriaux, les lettres à la rédaction et les commentaires seront exclus.

# Organigramme PRISMA

- 59 quantitatif
- 3 qualitatives
- 2 méthodes mixtes



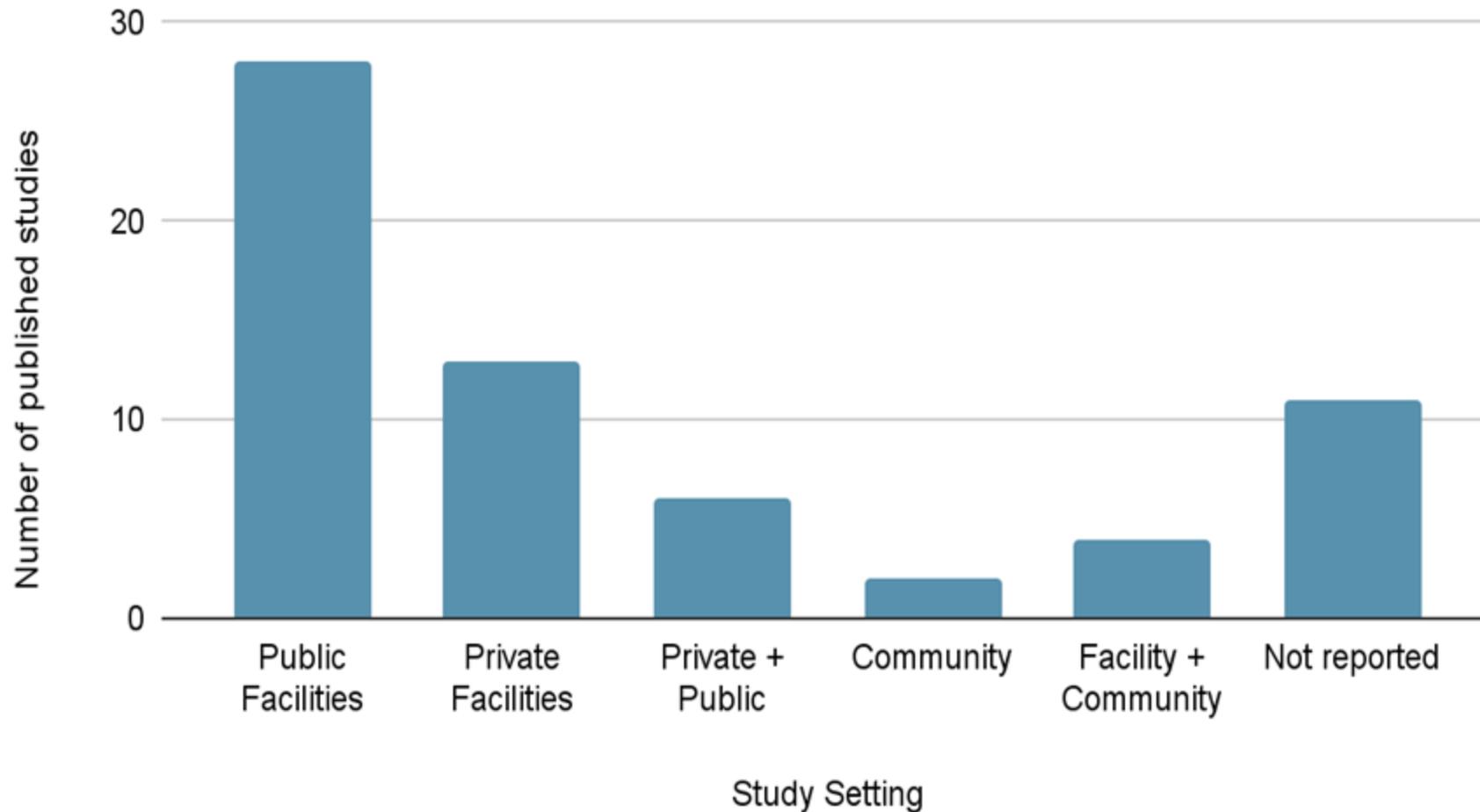
# Publications par Année



# Résultats de l'Examen (1)

- Nombreuses études sur l'augmentation et l'induction au niveau mondial et en Inde
- **Caractéristiques de l'étude:**
  - L'étude s'est principalement déroulée dans des établissements publics
  - Réalisées dans plusieurs régions et états de l'Inde
- Les **variations** dans les mesures, la petite taille des échantillons et les mesures non standard **ont rendu difficile l'obtention de conclusions solides et impossible la méta-analyse.**

# Publications par cadre d'Étude



# Publications par Zone Géographique

State/geography (North, Central, East)	Number of studies published between 2011 and 2022
Uttar Pradesh	5
Delhi	5
Haryana	2
Punjab	3
Bihar	2
Himachal Pradesh	2
Chandigarh	2
Madhya Pradesh	1
Jharkhand	1
Chhattisgarh	1
<b>TOTAL (North, Central, East)</b>	<b>24</b>

State/geography (South and West)	Number of studies published between 2011 and 2022
Karnataka	7
Maharashtra	7
Tamil Nadu	4
Puducherry	2
Gujarat	2
Kerala	1
<b>TOTAL (South and West)</b>	<b>23</b>
Multiple geographies in India	6
Geography not reported/Unknown	11

## Résultats de l'Examen (2)

- Énormes **variations** dans les **pratiques** pharmaceutiques d'induction et d'augmentation
- Induction **dans 3-84%** des accouchements en établissement (n : 50-676 femmes)
- Augmentation **dans 10-87%** des accouchements en établissement (n : 50-4689 femmes)
- L'augmentation est plus fréquente lorsque le travail est déclenché.
- Aucune étude n'a rapporté le temps écoulé entre la dernière dose de l'agent de déclenchement et l'augmentation.

# Non-respect des norms de l'OMS en matière d'augmentation du travail

(Signalé dans 5 études quantitatives)

Études	Résultats
Étude 1	> 26,1 % d'augmentation (ocytocine) avant l'admission dans les établissements (n=800)
Étude 2	76,4 % d'augmentation avec de l'ocytocine dans les accouchements à domicile Oxytocine intramusculaire (23 % des accouchements en établissement) Pas de surveillance de l'augmentation du travail par les prestataires de soins
Étude 3	> 45,7 % de pratiques d'augmentation non conformes (60 établissements de soins de santé)
Étude 4	75 % d'utilisation « imprudente » de l'ocytocine sur un utérus cicatrisé (1 hôpital tertiaire)
Étude 5	64,4 % d'augmentation sans indication médicale (3 hôpitaux de formation médicale) 61 % d'augmentation sans partographe (3 hôpitaux de formation médicale) Vérification du rythme cardiaque fœtal toutes les heures (87,3 %) et toutes les demi-heures (12,6 %) (3 hôpitaux de formation médicale)

# Non-respect des normes de l'OMS en matière d'augmentation du travail

(rapporté dans 5 études qualitatives ou à méthodes mixtes)

## Décision d'augmenter l'accouchement

- L'augmentation sans indication médicale, en tant que pratique de routine
- L'augmentation est fréquente dans des contextes inappropriés (établissements sous-équipés et domicile).

## Processus d'augmentation

- Utilisation du misoprostol pour l'augmentation
- Dérogation aux protocoles : augmentation quasi-systématique par les prestataires de soins
- Augmentation par des prestataires non qualifiés (accoucheuses traditionnelles, Dais)
- Augmentation sans partographe
- La douleur comme indicateur de suivi

# Facteurs potentiels d'induction et d'augmentation signalés dans les études

- L'augmentation est aperçue par la communauté comme un signe de soins de haute qualité pour l'accouchement, ce qui augmente la demande.
- L'augmentation peut être un outil de gestion dans les salles de travail et d'accouchement surpeuplées.

# Messages clés

- L'induction et l'augmentation sont courantes et se produisent dans tous les types et niveaux d'établissements de santé ; elles sont également signalées dans les accouchements à domicile.
- De nombreuses pratiques signalées dans les études incluses n'étaient pas conformes aux protocoles (même dans les établissements de haut niveau).
- Les écarts en matière de qualité des soins peuvent refléter des problèmes de normes et de connaissances, notamment :
  - La normalisation de l'utilisation de l'ocytocine par les prestataires s'aligne sur les croyances/demandes de la population.
  - Faible sensibilisation et peu d'action sur les risques

# Considérations

- **Attention** : Les résultats peuvent ne pas refléter les pratiques actuelles ou les tendances émergentes.
  - Même les études publiées en 2022 sont probablement basées sur des données datant de plus de 5 ans.
- Les nouvelles **lignes directrices nationales** fournissent un cadre pour l'amélioration des pratiques.

# Pour en savoir plus

**MOMENTUM**  
Safe Surgery in Family Planning and Obstetrics

## INDUCTION AND AUGMENTATION OF LABOR IN INDIA: EXCESSIVE AND INAPPROPRIATE USE OF UTEROTONICS IN AND OUT OF HEALTH FACILITIES

**Key findings from a systematic review**

**INDUCTION AND AUGMENTATION OF LABOR**, when medically indicated and safely provided, can improve outcomes for women and newborns. The following measures make induction and augmentation safe: careful dose titration, close maternal and fetal monitoring, and rapid management of complications. The World Health Organization (WHO) Labor Care Guide, designed to replace the partograph, includes indications for augmentation.<sup>1,2,3</sup>

Improving quality of care for women and newborns is a major priority in India, which accounts for 12% of global maternal deaths, 17% of global stillbirths, and 20% of global neonatal deaths. Previous research in India has shown high augmentation rates, with estimates that more than half of births occur after augmentation of labor.<sup>4,5</sup> Less is known regarding induction of labor in India.

The MOMENTUM Safe Surgery in Family Planning and Obstetrics project conducted a systematic review of peer-reviewed publications reporting primary data on pharmacological induction and augmentation of labor in India published between January 1, 2011 and December 31, 2022. The goal was to determine the prevalence and features of induction and augmentation of labor. This review identified 59 high-quality studies, highly variable in design, geographies, women's profiles, and outcome measures.

**Induction of labor** is the artificial stimulation of cervical ripening and progressive uterine contractions to initiate birth.<sup>1</sup>

**Augmentation of labor** is the process of stimulating the uterus to increase the frequency, duration, and intensity of contractions after the onset of labor.<sup>2</sup>

**Uterotonics** are drugs that can increase uterine contractions and be used for induction or augmentation.

APRIL 2024



[usaidmomentum.org/resource/induction-and-augmentation-of-labor-in-india-excessive-and-inappropriate-use-of-uterotonics-in-and-out-of-health-facilities](https://usaidmomentum.org/resource/induction-and-augmentation-of-labor-in-india-excessive-and-inappropriate-use-of-uterotonics-in-and-out-of-health-facilities)



# Q&A

Veillez soumettre et voter pour des questions en utilisant la fonction Zoom Q&A.

# Résultats de l'enquête mondiale 2022 sur les programmes nationaux de prévention et de gestion de l'hémorragie du post-partum et des troubles hypertensifs de la grossesse

---

Gaurav Sharma, MOMENTUM Prestation de Soins de Santé Privés and Suzanne Stalls,  
MOMENTUM Leadership National et Mondial

Améliorer les résultats de l'accouchement en optimisant l'utilisation des utérotoniques: Le 25 Juillet 2024



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



# Contenu

## **SECTION 1:** Contexte et méthodes

## **SECTION 2:** Résultats

Thème 1 : Disponibilité des médicaments essentiels

Thème 2 : Lignes directrices nationales actualisées

Thème 3 : Politiques de qualité et d'approvisionnement

Thème 4 : Champ d'exercice des sages-femmes

Thème 5 : Renforcement des capacités et formation aux meilleures pratiques mondiales

Thème 6 : Rapports nationaux sur certains indicateurs de santé maternelle et néonatale

Thème 7 : Problèmes et possibilités de mise à l'échelle

## **SECTION 3:** Résumé and Recommendations



SECTION 1

# Contexte et Méthodes

---

# Contexte – L'Hémorragie du post-partum et troubles hypertensifs de la grossesse

Les causes directes de décès maternels représentent près de 75 % des décès maternels. (Say et al. Lancet 2014)

- L'Hémorragie (27,1 %), principalement hémorragie du post-partum (HPP)
- L'Hypertension gravidique (14%), par exemple pré-éclampsie/éclampsie (PE/E)
- La septicémie (10,7 %), généralement après l'accouchement

En 2011/2012, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et le Programme intégré pour la mère et l'enfant ont mené une enquête sur les programmes nationaux visant à réduire la mortalité maternelle due à l'HPP et à l'EP/E.

Depuis 2012, plusieurs mises à jour importantes ont été apportées au guide mondial sur la prévention et la prise en charge de l'HPP et de l'HDP.

Cependant, nous savons peu de choses sur les politiques, les produits et la qualité des soins fournis dans le secteur privé et sur la mesure dans laquelle les lignes directrices mondiales, mises à jour au cours des dix dernières années, ont été intégrées dans les secteurs public et privé.

En outre, nous cherchons à comprendre le rôle des associations professionnelles dans l'élaboration des politiques et à savoir si les lignes directrices actualisées sont intégrées dans les programmes nationaux d'éducation et de formation.

Ref: Say L, et al. "Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis." The Lancet Global Health. 2014;2(6): e323-e333.

# Méthodes

**Calendrier** : Janvier-mai 2022

**Où ?** 31 pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie du Sud et du Sud-Est, et d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC)

**Échantillonnage** : Échantillonnage raisonné des pays prioritaires de l'USAID, des pays où MOMENTUM est présent et des pays prioritaires de l'UNFPA.

**Instrument d'enquête** : Instrument d'enquête de 69 questions développé et validé par un processus robuste et itératif avec la communauté de pratique sur l'hémorragie du post-partum (PPH CoP), l'équipe de santé maternelle de l'USAID, l'UNFPA, et l'équipe de santé maternelle et néonatale de Jhpiego. Traduit en français, en espagnol et en portugais par des traducteurs expérimentés et programmé dans Survey Monkey.

**Collecte des données** : Dirigée par JHPIEGO, sauf dans 7 pays d'Amérique latine et des Caraïbes où l'UNFPA a dirigé le processus.

**Analyse des données** :

- Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de Power BI et d'Excel et des scores composites ont été élaborés.
- Analyse thématique des données qualitatives



SECTION 2

# Résultats

---

# Thème 1 : Disponibilité des médicaments essentiels

- Les taux de médicaments essentiels pour l'HPP et la PDP sur les Listes de Médicaments Essentiels (LME) sont généralement considérés comme élevés.
- Tous les pays signalent que l'ocytocine et le sulfate de magnésium (MgSO<sub>4</sub>) figurent sur la LME, ainsi que des taux élevés d'antihypertenseurs et d'autres médicaments utérotoniques sur la LME.
- La plupart des pays signalent une disponibilité adéquate des médicaments dans les magasins médicaux, mais les taux de médicaments au niveau de l'établissement sont inférieurs à ceux des magasins médicaux.

## Regular availability of PPH drugs in public and private sectors 2022

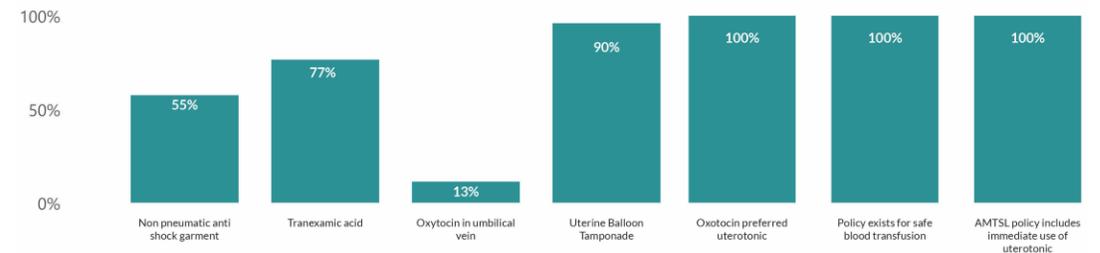


Regularly available is defined as > 80% of the time

## Thème 2 : Mise à jour des lignes directrices nationales

- Plus de la moitié des pays indiquent que toutes les recommandations de l'OMS ont été incluses dans les directives nationales. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour intégrer toutes les mises à jour récentes de l'OMS concernant l'HPP et le HDP dans les directives nationales des secteurs public et privé.
- Bien qu'en 2012, le misoprostol ait été signalé comme étant rarement disponible dans la plupart des établissements, et que très peu de pays l'aient dans leur LME ou dans leurs directives nationales, le misoprostol est maintenant signalé par 97 % des pays comme étant sur la LME et régulièrement disponible dans environ 60 % de tous les pays étudiés.

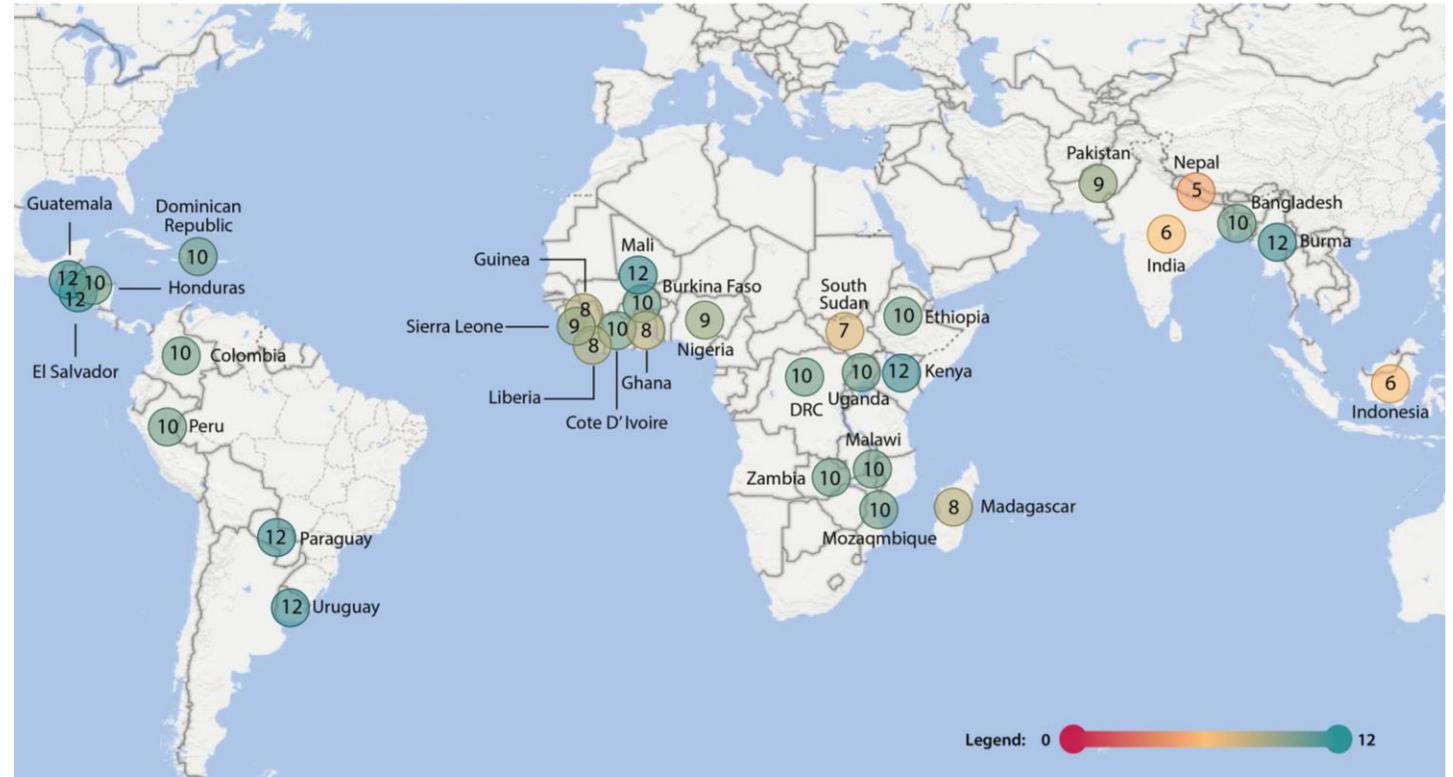
National guidelines updated to WHO recommendations for PPH 2022



# Thème 3 : Politiques de qualité et d'approvisionnement

- Les données montrent la nécessité et l'intérêt d'aborder la qualité des médicaments au point de livraison.
- Les scores composites montrent des progrès variables d'un pays à l'autre, allant de 5 à 12.
- La qualité, le stockage et la sécurité de l'ocytocine et du MgSO4 dans les secteurs public et privé doivent être améliorés.

Figure 1 : Politiques de qualité et d'approvisionnement pour PPH et HDP en 2022

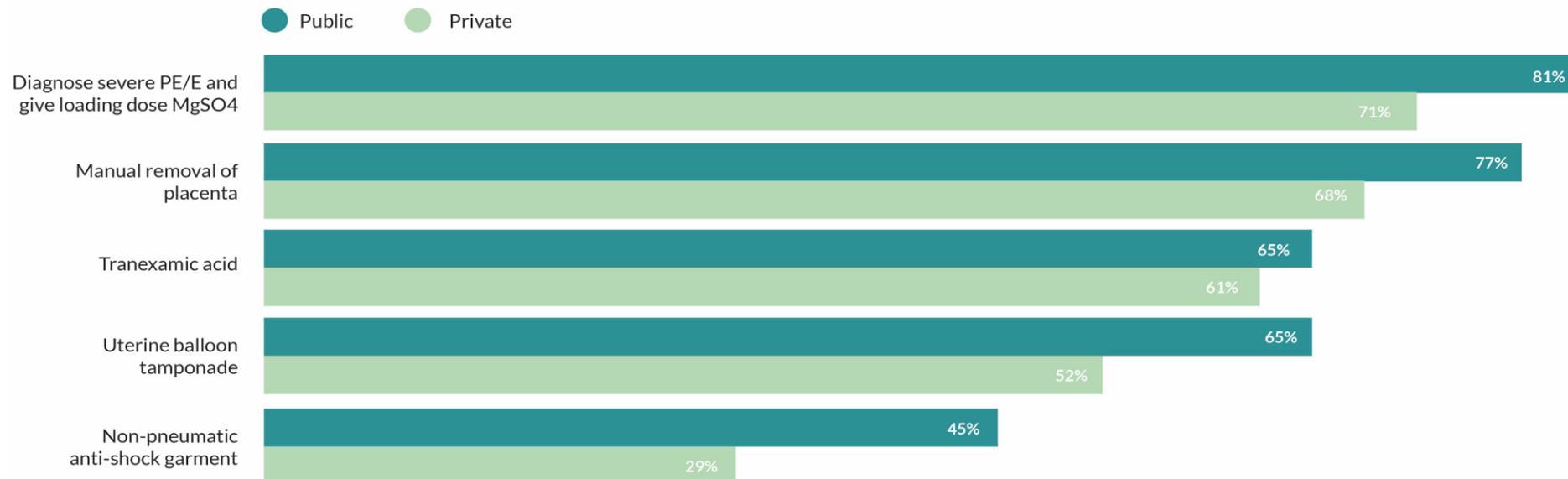


Remarque : Le score composite pour les politiques d'achat et de qualité des médicaments est composé de 12 indicateurs, notamment : l'existence de politiques nationales d'approvisionnement et de distribution pour l'ocytocine, le misoprostol et l'ergométrine ; s'il existe des systèmes permettant de gérer la chaîne du froid contrôlée de l'ocytocine et d'assurer une élimination à 50 % du MgSO4 dans les établissements publics et privés ; et s'il existe des systèmes logistiques pour l'achat et la distribution de médicaments essentiels contre l'HPP et le HDP dans le secteur privé. 59

# Thème 4 : Domaine de compétence des sage-femmes

- Dans certains pays, la fourniture de compétences de base en obstétrique et aux nouveau-nés d'urgence est limitée.
- Dans certains pays, peu de mises à jour mondiales clés ont été ajoutés dans le champ d'exercice des sage-femmes – par exemple, l'utilisation de l'acide tranexamique et la tamponnade du ballonnet utérin.
- Le secteur privé semble être à la traîne par rapport au secteur public en ce qui concerne la mise à jour du domaine de compétence des sage-femmes.

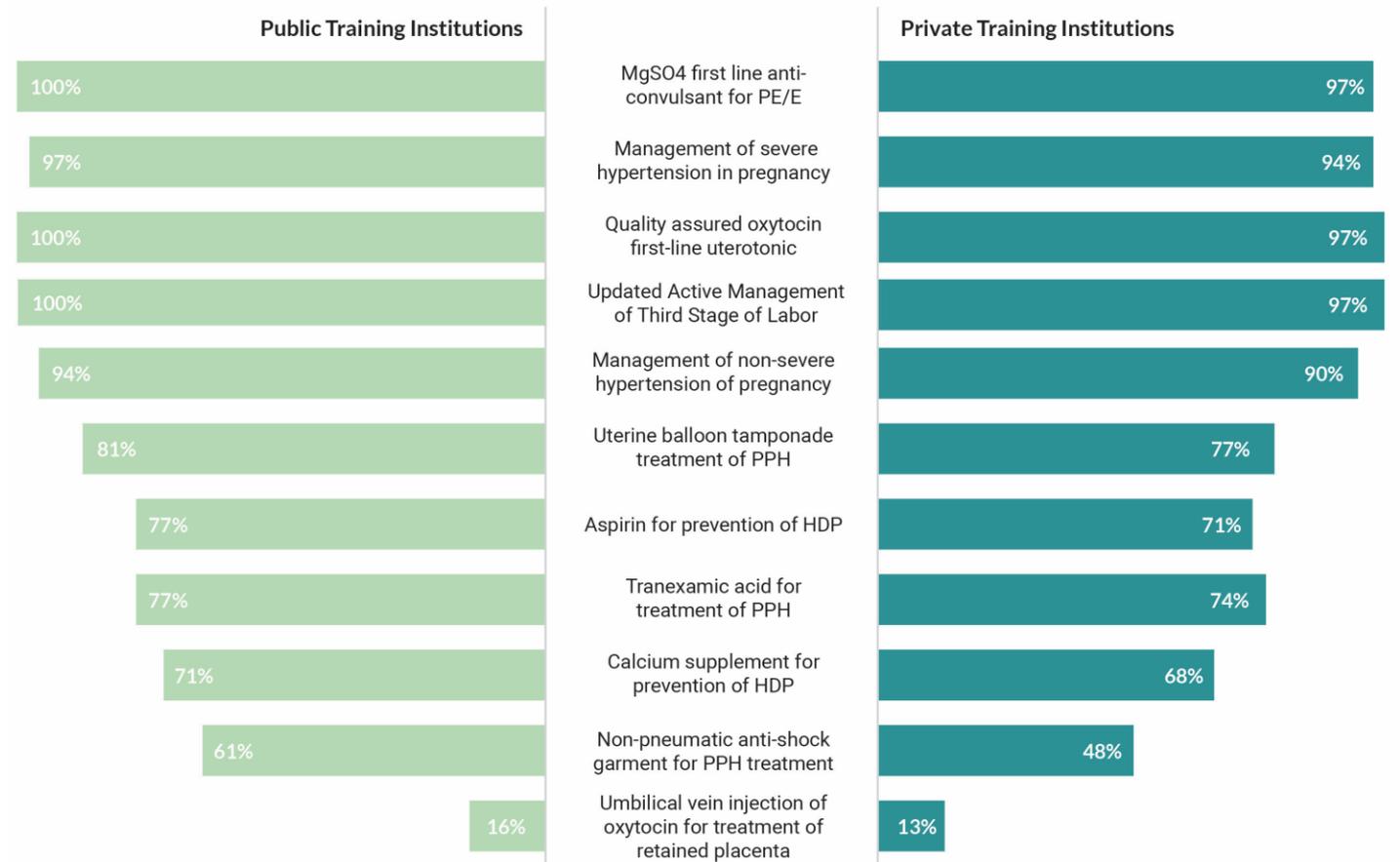
## Midwife scope of practice for PPH and HDP interventions 2022



# Thème 5 : Renforcement des capacités et formation

- Dans l'ensemble, de nombreux pays signalent que les programmes de formation initiale et continue ont été mis à jour.
- Le secteur privé signale une couverture plus faible que le secteur public pour la plupart des mises à jour sur la pratique.
- Un examen plus approfondi des programmes de formation est nécessaire.
- Le renforcement des capacités et la formation dans les secteurs public et privé ont toujours été identifiés comme un problème.

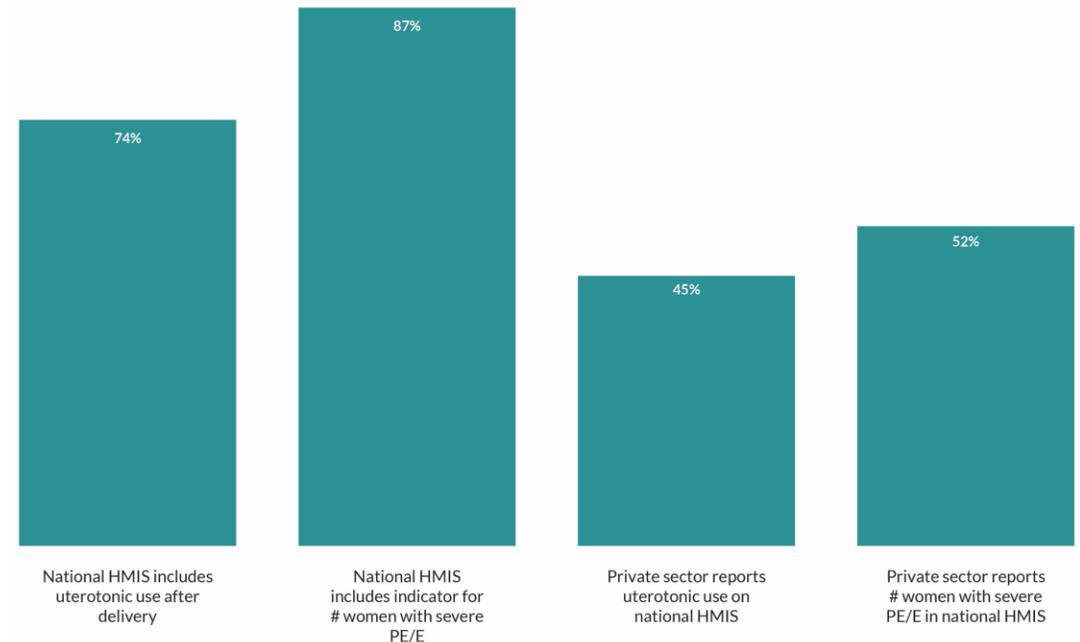
## Pre-service curricula updated to global best practices for PPH and HDP 2022



# Thème 6 : Rapports nationaux sur les indicateurs de MNH

- Améliorations considérables dans les rapports nationaux sur les principaux indicateurs de couverture et de prévalence.
- 74 % des pays ont déclaré utiliser des utérotoniques, contre 43 % des pays en 2012.
- 87 % des pays ont signalé le nombre de femmes atteintes d'EP/E sévère dans le HMIS, contre 51 % en 2012.
- Les taux de déclaration du secteur privé sont globalement plus faibles

PPH and HDP indicators on HMIS for public and private sectors 2022



# Thème 7 : Problèmes et possibilités d'expansion

Collaboration entre les secteurs public et privé	Assurance qualité	Amélioration de la qualité
<ul style="list-style-type: none"><li>• Améliorer les systèmes pour garantir le respect des mêmes directives nationales par les secteurs public et privé.</li><li>• Améliorer le système d'orientation au sein des secteurs public et privé et entre eux.</li><li>• Améliorer la capacité de la main-d'œuvre qualifiée en santé maternelle et infantile dans tous les secteurs cliniques.</li><li>• Renforcer la coordination et les systèmes de suivi et d'évaluation entre les secteurs public et privé.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Améliorer le contrôle de la qualité des médicaments, y compris la chaîne du froid et la disponibilité de 50 % de MgSO<sub>4</sub>.</li><li>• Renforcer l'environnement politique qui permet l'assurance de la qualité des produits et l'adhésion à des pratiques fondées sur des données probantes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Qualité sous-optimale des soins dans les établissements des deux secteurs.</li><li>• Des systèmes insuffisants pour combler et améliorer les écarts de qualité existants dans les deux secteurs.</li><li>• Renforcer les approches d'amélioration de la qualité par l'apprentissage collaboratif et l'adaptation et l'utilisation des données.</li></ul>



SECTION 3

# Résumé et recommandations

---

# Principaux points à retenir

Donner la priorité à l'intégration de toutes les données et interventions mondiales actuelles dans les politiques et directives nationales.

Amplifier la diffusion des données probantes et des lignes directrices mondiales actuelles par le biais de l'éducation initiale et de la formation en cours d'emploi.

Renforcer le rôle des associations professionnelles dans les forums nationaux sur la SMNE, l'élaboration des politiques et la surveillance du ministère de la Santé dans tous les secteurs.

S'attaquer à la disponibilité des médicaments vitaux en se concentrant sur les politiques et les directives au niveau national pour aborder la disponibilité des magasins médicaux de district et régionaux et les systèmes de distribution aux établissements.

Élargir le champ d'exercice des sages-femmes pour inclure la prise en charge du SONB, comme le recommandent les compétences de base de la Confédération internationale des sages-femmes.

Créer des opportunités pour les secteurs public et privé de travailler ensemble dans les domaines du renforcement des capacités, de la chaîne d'approvisionnement des produits de base, du suivi et de l'évaluation et de l'établissement de rapports, de la normalisation des lignes directrices, des systèmes d'orientation d'urgence entre les secteurs ; et d'inclure le secteur privé dans la planification stratégique.

Continuer de renforcer la collecte de données sur les indicateurs clés de la MNH afin d'améliorer la surveillance de l'HPP et du HDP.

# Appel à l'action :

## Bottlenecks identified

### Lack of collaboration between the public and private sector

- Inconsistent use of national guidelines in both private and public sectors
- Inadequate emergency referral systems between and within the public and private sectors
- Lack of coordinated capacity building and training for both the public and private sectors
- Weak M&E systems in both sectors

### Limited quality assurance mechanisms in place for optimal provision of MNH services

- Inconsistent availability of quality assured essential drugs at facilities
- Suboptimal policy environment to enable quality assurance at facilities
- Inconsistent quality of care at facilities

### Inadequate quality improvement systems for commodities, services and practices

- Insufficient systems to address and improve existing quality gaps in both sectors
- Lack of systems to ensure quality control of essential medications
- Inadequate policy environment to enable quality improvement of commodities and practices

## Potential interventions and opportunities identified

### NATIONAL LEVEL OPPORTUNITIES

- Update policies and align with existing national guidelines and standards.
- Consider a national strategy for consistent distribution of essential drugs and commodities.
- Introduce newer, evidence-based prevention and treatment strategies for postpartum hemorrhage (PPH) and hypertensive disorders of pregnancy (HDP) into national policy.
- National governance mechanisms and policies exist to ensure the private sector uses national guidelines and standards and to monitor adherence to guidelines/standards.
- The Ministry of Health provides oversight for sensitization and implementation of guidelines and standards to private and public sectors.
- Use the same regulatory frameworks to support public and private sectors.
- Strengthen accountability mechanisms in data reporting for both sectors.
- Increase financing for essential drugs, e.g., magnesium sulfate.
- Strengthen financing for M&E.
- Strengthen systems to provide safe blood and essential drugs at all facilities providing MNH care.
- Build systems to reinforce national policies to ensure quality control of essential drugs and commodities in public and private sectors.
- Build collaboration between public and private sectors on referral systems.

### SUB-NATIONAL LEVEL OPPORTUNITIES

- Provide in-service training and updates on guidelines to public and private sector providers simultaneously.
- Strengthen logistics of referral transport to enable adequate and timely referrals (e.g., functional ambulances, passable roads).
- Build collaboration between public and private sectors on referral systems.
- Monitor systems to assure adequate supply of essential drugs and commodities at all facilities providing MNH services.

### FACILITY LEVEL OPPORTUNITIES

- Strengthen identification of high-risk cases and appropriate referral for higher level care.
- Provide safe blood and essential drugs at all facilities providing MNH care.
- Address mechanisms to assure quality of essential drugs along the procurement and distribution chain to point of care.
- Use policy to reinforce use of guidelines at the point of care.
- Address capacity of MNH skilled personnel with competency-based training and post-training follow-up.
- Initiate quality improvement projects to improve utilization of evidence-based practices for PPH and HDP management.

## Outcomes



Improved public-private collaboration for more effective, efficient, and coordinate MNH service delivery to every woman



Improved quality assurance of drugs, commodities, and services for an enabling clinical environment to optimize MNH interventions and care to every woman



Improved quality improvement processes to optimize MNH interventions and care to every woman

## Impact



**Decrease preventable maternal death from PPH and HDP**



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



# Merci !

MOMENTUM Leadership National et Mondial et MOMENTUM Prestation de Soins de Santé Privés sont financés par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) dans l'ensemble des projets MOMENTUM et mis en œuvre par Jhpiego et Population Services International (PSI) dans la subvention de l'USAID # 7200AA20CA00002 et 7200AA20CA00007. Pour plus d'informations sur MOMENTUM, visitez [www.usaidmomentum.org](http://www.usaidmomentum.org). Le contenu de ce rapport relève de la seule responsabilité de Jhpiego et de PSI et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

# La Carbétocine Thermostable

Proposition de stratégie d'évaluation pour  
l'introduction d'un nouveau médicament pour prévenir  
l'hémorragie post-partum : enseignements tirés de  
Madagascar

---

Megan Marx Delaney, Chercheur, Ariadne Labs, Harvard T.H Chan School of  
Public Health  
MOMENTUM Facilitateur d'Apprentissage



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



# Contenu

## **SECTION 01**

Contexte

## **SECTION 02**

Déploiement du HSC à Madagascar

## **SECTION 03**

Cadre d'évaluation du HSC



SECTION 01

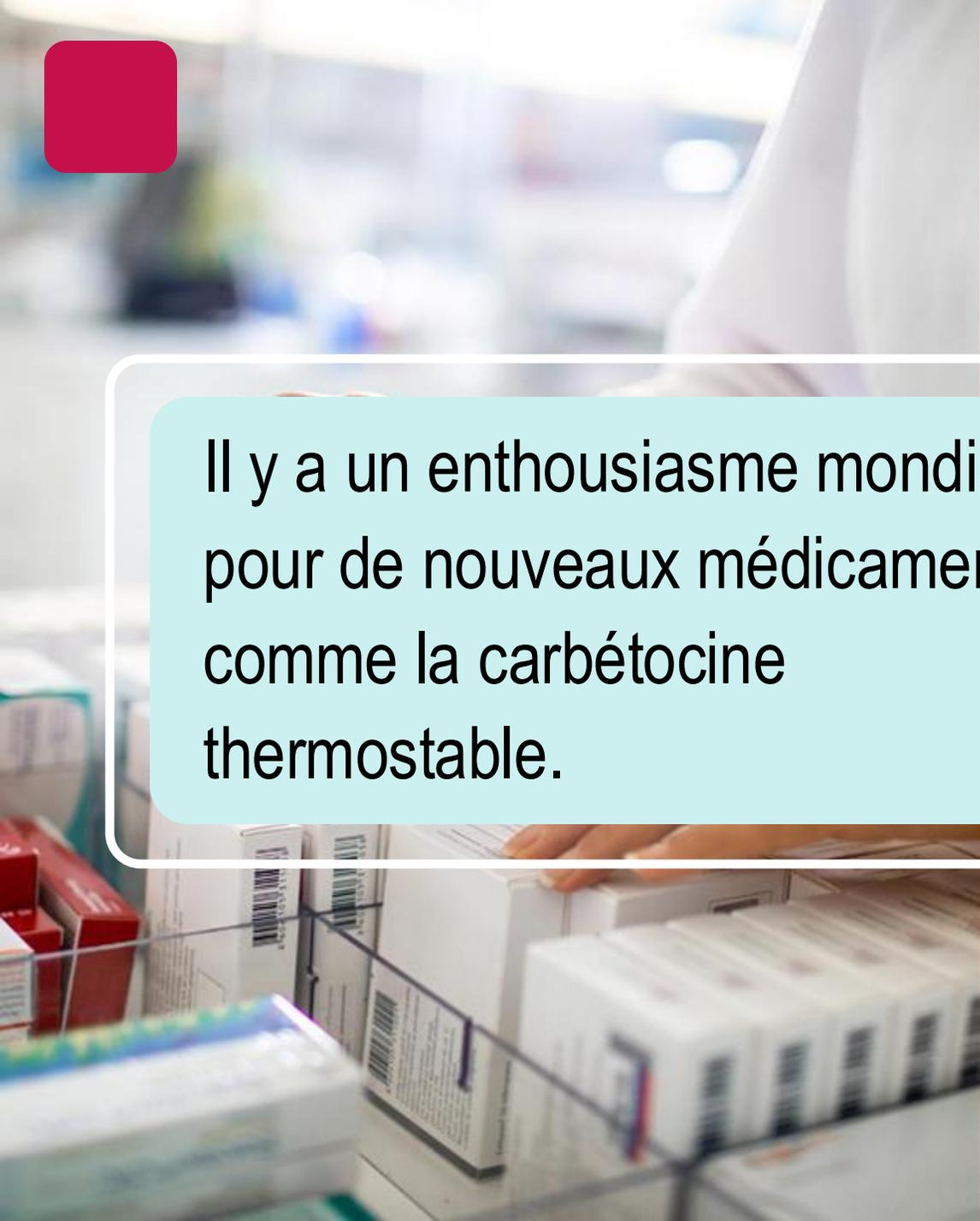
# Contexte

---



# L'hémorragie post-partum est une cause majeure de décès maternel

- **Complication obstétricale majeure (1)**
  - À l'échelle mondiale, environ un quart des 300 000 décès maternels annuels sont liés à des complications de l'HPP.
- **La prévention est une stratégie clé (2)**
  - Médicaments utérotoniques
  - Serrage retardé du cordon
  - Traction contrôlée du cordon par un personnel qualifié



FIGO-ICM JOINT STATEMENT OF RECOMMENDATION FOR THE USE OF UTEROTONICS  
FOR THE PREVENTION OF POSTPARTUM HAEMORRHAGE

June 2021

Il y a un enthousiasme mondial pour de nouveaux médicaments comme la carbétocine thermostable.

PRESS RELEASE 2019

Heat-stable carbetocin has been added to the WHO Essential Medicines List for the prevention of excessive bleeding after childbirth

**WHO study shows drug could save thousands of women's lives**

27 June 2018 | News release | Geneva | Reading time: 2 min (499 words)

# D'autres médicaments sauvent des vies, mais la complexité peut être déroutante

	Prévention	Traitement
Chaîne du froid et stockage adéquats	Meilleure option : Ocytocine  <b>Deuxième choix</b> : Si l'ocytocine de qualité n'est pas disponible, alors <b>Carbétocine thermostable</b> ou Misoprostol ou ergométrine	Meilleure option : Ocytocine ET acide tranexamique  Deuxième choix : Si l'ocytocine de qualité n'est pas disponible ou en complément de l'ocytocine Misoprostol et/ou ergométrine (Pas de <b>carbétocine thermostable</b> )
Chaîne du froid insuffisante, prestataire de santé compétent disponible	Meilleure option : <b>carbétocine thermostable</b> ou misoprostol	Meilleure option : misoprostol Et l'acide tranexamique ( <b>Pas de carbétocine thermostable</b> )
Chaîne du froid insuffisante, AUCUN prestataire de santé compétent disponible	Meilleure option : misoprostol ( <b>Pas de carbétocine thermostable</b> )	Meilleure option : misoprostol ( <b>Pas de carbétocine thermostable</b> )

# La HSC et l'ocytocine ne sont pas interchangeables

Potentiel de dommage

	Heat stable carbetocin	Oxytocin
Prevention of PPH	✓	✓
Induction of labor	✗	✓
Augmentation of labor	✗	✓
Treatment of PPH	✗	✓



Madagascar est un chef dans l'introduction de la carbétocine thermostable.

À l'échelle mondiale, des recherches sur la mise en œuvre sont nécessaires sur la façon d'intégrer en toute sécurité la carbétocine thermostable dans les chaînes d'approvisionnement et les pratiques au chevet des patients.



Appel à projets de recherche sur la mise en œuvre

Les enseignements tirés de Madagascar peuvent éclairer l'introduction de HSC dans d'autres zones géographiques



SECTION 02

# Déploiement du HSC à Madagascar

---

# Voyage HSC à Madagascar

2019	2021	2021-23	2024	2025	2026
<b>La carbétocine thermostable est ajoutée à la liste des médicaments essentiels de l'UNFPA</b>	<b>Élaboration d'un plan d'action national pour les produits neufs et moins utilisés (y compris les HSC) pour 2021 à 2023</b>	<b>Agrément national pour HSC ; distribution dans 5 districts ; Formation initiale des formateurs</b>  <b>Oct 2023 : Élaboration d'un nouveau plan d'action pour 2024-26</b>	<b>Soutien supplémentaire à la mise en œuvre dans les 5 premières régions</b>	<b>Extension du HSC à 7 régions supplémentaires (régions prioritaires de l'USAID)</b>	<b>Expansion du HSC à l'échelle nationale</b>



Participants à l'atelier sur les produits neufs et moins utilisés, octobre 2023

## Commentaires des parties prenantes lors de la réunion d'octobre 2023

### Les plus grands succès avec HSC

- Surmonter les défis de la chaîne du froid
- Impact bénéfique perçu sur la prévention de l'HPP
- Ajoute du choix pour les prestataires de soins de santé

### Les défis du HSC

- Besoins non satisfaits
- Réticence des prestataires de soins de santé
- Formation insuffisante
- Politiques de soutien dans l'établissement



SECTION 03

# Évaluation et recherche HSC

---

# Questions clés de recherche

1. Comment l'introduction de la CSH a-t-elle affecté l'utilisation utérotonique pour la prévention de l'hémorragie post-partum dans les établissements où la CSH a été introduite ?
2. Y a-t-il eu des cas d'utilisation incorrecte ou de préjudice pour le patient associés à l'introduction des CSH ?
3. Quel soutien à la mise en œuvre est nécessaire pour garantir une adoption durable et une utilisation appropriée ?

# Domaine d'évaluation

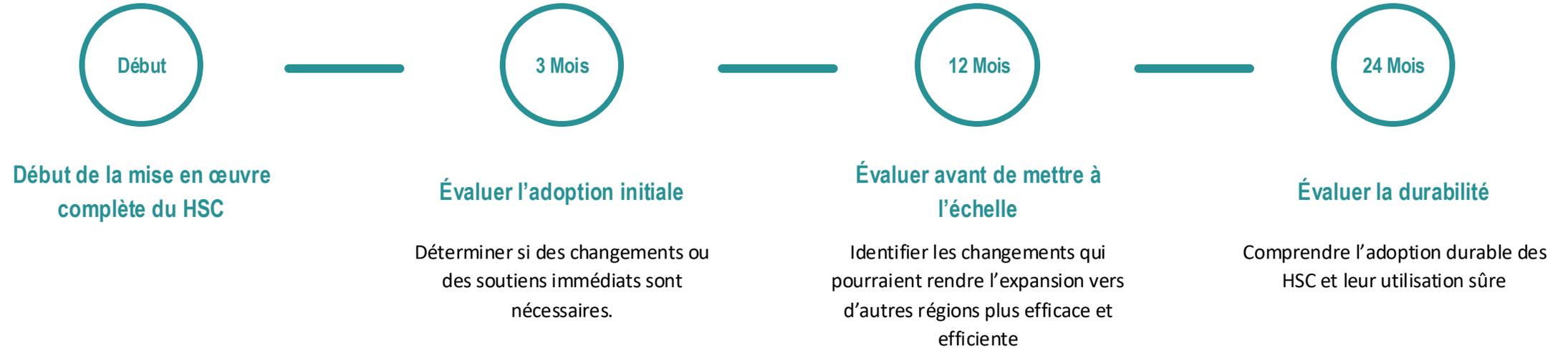
DIMENSION	DESCRIPTION	PERTINENCE POUR LE DÉPLOIEMENT DE LA CARBÉTOCINE THERMOSTABLE
<b>Atteinte</b>	Proportion de la population cible ayant participé à l'intervention, mesurée au niveau individuel	Proportion de femmes recevant correctement une CSH immédiatement après l'accouchement pour la prévention de l'hémorragie post-partum dans chaque établissement  Utilisation incorrecte de la CSH dans chaque établissement (p. ex., utilisation de la CSH pendant l'accouchement ou pour traiter une hémorragie post-partum active)
<b>Efficacité</b>	Taux de réussite s'il est utilisé comme prévu, mesuré au niveau individuel	Effets de la CSH sur le nombre de cas d'hémorragie post-partum  Effets néfastes sur la santé des CSH, en particulier en cas d'utilisation non indiquée
<b>Adoption</b>	Proportion des milieux qui ont adopté l'intervention, mesurée au niveau organisationnel	Adoption par les installations de l'ensemble de mesures de mise en œuvre de la carbétocine thermostable à l'échelle régionale (c.-à-d. parmi les installations qui étaient censées commencer à utiliser les CSH, combien ont bénéficié de l'intervention prévue de l'approvisionnement en CSH, de la formation, de l'aide au travail et de la surveillance des CSH)
<b>Implémentation</b>	Cohérence des composantes de l'intervention, du coût et des variations de l'intervention, mesurée au niveau organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cohérence, coût et variation des principaux intrants de l'intervention, y compris :</li> <li>• Formation des accoucheuses</li> <li>• Disponibilité du HSC dans les établissements</li> <li>• Aide-mémoire</li> <li>• Collecte et suivi des données</li> </ul>
<b>Entretien</b>	Maintien des effets de l'intervention chez les individus et les milieux au fil du temps	Disponibilité durable, adoption et utilisation correcte du HSC au fil du temps

# Aperçu : Détails du cadre d'évaluation

**Table 4: Research question #1: How has the introduction of HSC affected uterotonic use for PostPartum Hemorrhage prevention at facilities where HSC was introduced?**

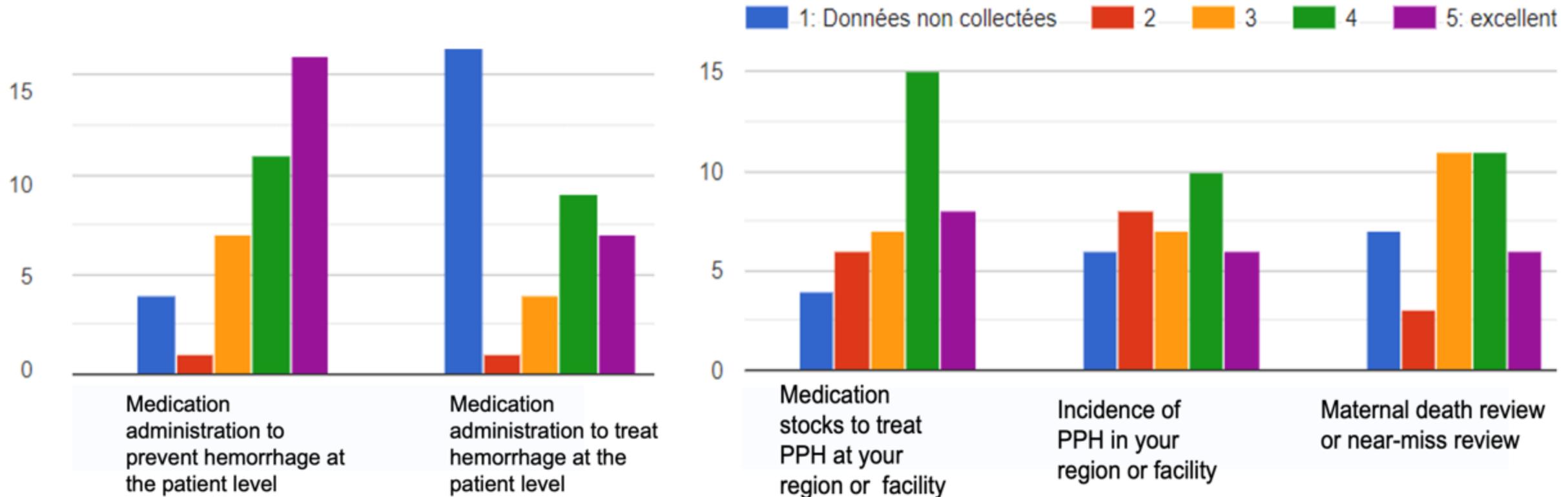
GENERAL MEASURE	MEASUREMENT DETAILS AND CONSIDERATIONS	POSSIBLE DATA SOURCES (TYPE OF DATA)	RECOMMENDED FREQUENCY	RE-AIM FRAMEWORK
Proportion of women receiving any uterotonic for postpartum hemorrhage prevention at each facility, stratified by drug type	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Individual-level uterotonic administration (Indicator #1.1):               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Denominator: Total number of women giving birth at an HSC rollout facility during the past month</li> <li>– Numerator: Total number of women giving birth at an HSC rollout facility during the last month who received any uterotonic after delivery for postpartum hemorrhage prevention, stratified by type of drug (HSC vs. oxytocin vs. misoprostol vs. other uterotonics)</li> </ul> </li> <li>● Additional details to capture about HSC, if available:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Timing of administration</li> <li>– Dose administered</li> </ul> </li> <li>● Additional details on facility characteristics, to stratify results, if available:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Availability of cold chain at facility</li> <li>– Type of facility (e.g., primary, secondary, tertiary; private vs. public)</li> <li>– Number of deliveries at the facility</li> <li>– Number and type of health care providers at the facility who help with childbirth on a typical shift</li> <li>– Facilities that have received the HSC implementation package vs. those that have not</li> <li>– Availability of each type of uterotonic drugs (HSC, oxytocin, misoprostol, other uterotonics)</li> </ul> </li> </ul>	Register data (Quantitative)	Monthly summary of register data  If registers do not regularly document this indicator, intentional data collection at 3 months, 12 months, and 24 months after HSC implementation	Reach

# Chronologie idéale



# Sources de données potentielles à prendre en compte dans l'évaluation

- Sondage auprès des participants à l'atelier d'octobre 2023 sur les données disponibles



# Merci !

Coordonnées :

Megan Marx Delaney  
MOMENTUM Facilitateur d'Apprentissage  
Ariadne Labs, T.H. Chan School of Public Health  
Boston, USA  
[mmarxdelaney@ariadnelabs.org](mailto:mmarxdelaney@ariadnelabs.org)



# Q&A

Veillez soumettre et voter pour des questions en utilisant la fonction Zoom Q&A.