



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 SULFATE DE MAGNÉSIUM

JUILLET 2014



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Remerciements

La Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative - HC3) financée par l'Agence internationale pour le développement (Agency for International Development - USAID) basée au Centre des programmes de communication de l'école Bloomberg de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins (the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs - JHU CCP) tient à remercier Claire Stokes (consultante indépendante) pour la rédaction de cette stratégie avec la collaboration de Hans Vermer (Jhpiego), Deepti Tanuku (Jhpiego), Graciela Salvador-Davila (Pathfinder), Saumya Ramarao (Population Council), Joanna Skinner (CCP), Kate McCracken (CCP), Anna Helland (CCP) et Erin Portillo (CCP), ainsi que les membres du sous-groupe pour le sulfate de magnésium issus de l'équipe des ressources techniques pour la santé maternelle de la Commission des Nations Unies sur les produits d'urgence (UN Commission on Life-Saving Commodities, UNCoLSC). 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 d'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 sulfate de magnésium*. Baltimore : Centre des programmes de communication de l'école Bloomberg de Santé publique de l'Université Johns Hopkins (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs).

La création de la demande pour les activités liées aux produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive est 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 des États-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development - USAID) en partenariat avec le sous-groupe de création de la demande de la Commission des Nations Unies sur les produits d'urgence (UNCoLSC), l'équipe de ressources techniques 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)

Sauf indication contraire, toutes les photographies de cette publication sont utilisées avec l'aimable autorisation de Photoshare (www.photoshare.org).

Nelly : Esther, jeune femme de Nairobi, au Kenya. © 2003 Sammy Ndwiga

Adrivias : au nord du Mozambique, un charpentier qui fabrique des fenêtres et des portes fait une pause pour tenir son enfant endormie dans ses bras. Cet homme est assis sous une affiche des élections du 28 octobre, qui se sont déroulées sans heurts et ont vu la réélection de Frelimo. © 2009 Ben Barber

Gloire : une femme au cours des élections en République démocratique Congo, le 3 août 2006. © 2006 Gabrielle Bardall

Dr Yasamin : au centre de santé de Bitghlam à Taza, au Maroc, un médecin explique une courbe de croissance à une mère accompagnée de son nourrisson. © 1992 Lauren Goodsmith

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 utilisé pour expliquer aux couples les types de méthodes de planning familial disponibles. © 2005 Virginia Lamprecht

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

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

Dr Abena : un homme travaille à son bureau au Ghana. © 2011 CCP

Dr Cume : un pharmacien étudie des cartes d'inventaire dans un entrepôt provincial à Nampula, au Mozambique. © 2012 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 de la mère et la première année de vie de l'enfant. © 2012 Cassandra Mickish/CCP

Table des matières

Acronymes	5
Introduction	6
But	7
Public visé	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
Création de la demande : présentation	10
De quoi s'agit-il ?	11
Quels sont les publics visés 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
Stratégie de communication adaptable : structure et conseils	14
Étape 1 : Analyser la situation	15
Étape 2 : Définir une vision	19
Étape 3 : Choisir le public visé	19
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 monitoring et l'évaluation	24
Exemple de stratégie de communication pour le sulfate de magnésium	26
Étape 1 : Analyser la situation	27
Étape 2 : Définir une vision	31
Étape 3 : Choisir le public visé	32
Étape 4 : Définir la stratégie des messages	36
Étape 5 : Déterminer les activités et interventions	41
Étape 6 : Planifier le monitoring et l'évaluation	45
Références	46
Coordonnées	49

Acronymes

ASC	Agent de santé communautaire
CCP	Centre des programmes de communication Johns Hopkins (Johns Hopkins Center for Communication Programs)
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental
CIP	Communication interpersonnelle
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires (Demographic and Health Surveys)
EWEC	Toutes les femmes, tous les enfants (Every Woman Every Child)
HC3	Collaboration sur les capacités en communication sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative)
LME	Liste des médicaments essentiels
M&E	Monitoring et évaluation
MICS	Enquête à indicateurs multiples (Multiple Indicator Cluster Surveys)
MS	Marketing social
OC	Organisation à base communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies, Nations Unies
PE/E	Pré-éclampsie/éclampsie
PPP	Partenariat public-privé
SAN	Soins prénataux
SIGS	Système d'informations de gestion sanitaire (Health Management Information Systems)
SINMR	Santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive
SMS	Service de messagerie SMS (Short Message Service)
TA	Tension artérielle
TIC	Technologie de l'information et de la communication
UNCoLSC	Commission des Nations Unies sur les produits d'urgence pour les femmes et les enfants (United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women's and Children's Health)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance (United Nations Children's Fund)
USAID	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 **sulfate de magnésium**.

Public visé

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 la santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive (SINMR), qui ont recours à un composant de la 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 prestataires de soins 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 pour la création de la demande pour les produits d'urgence sous-utilisés (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 médias, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) ainsi que 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 du contenu spécifique aux produits et adapté au contexte du pays 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). Si nécessaire, 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 globale 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 principale cause de décès évitables pendant la grossesse, l'accouchement et l'enfance. Grâce au mouvement Every Woman Every Child (EWEC), au soutien de la Stratégie 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 promouvoir 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 millions¹ 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>.

¹Pour les estimations de vies sauvées, consultez le rapport du commissaire de l'UNCoLSC (annexe) (http://www.everywomaneverychild.org/images/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf)

Figure 1 : 13 produits d'urgence

Santé reproductive			
 <p>Préservatifs féminins</p>	 <p>Implants contraceptifs</p>	 <p>Contraception d'urgence</p>	
<p>Prévient l'infection par le VIH et les grossesses non souhaitées : 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>Prévient les grossesses non souhaitées : les implants contraceptifs sont des bâtonnets en plastique fins et souples insérés dans le bras d'une femme et libérant une hormone progestative dans l'organisme. Ces contraceptifs sûrs, très efficaces et rapidement réversibles permettent d'éviter les grossesses pendant trois à cinq ans.</p>	<p>Prévient les grossesses non souhaitées : la pilule contraceptive d'urgence est le moyen contraceptif le plus largement utilisé dans les pays en 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			
 <p>Oxytocine</p>	 <p>Misoprostol</p>	 <p>Sulfate de magnésium</p>	
<p>Hémorragie du postpartum : l'OMS recommande l'oxytocine comme utérotonique de choix en prévention et en traitement des hémorragies du postpartum.</p>	<p>Hémorragie du postpartum : dans les situations où il n'y a pas d'accoucheuse expérimentée et où l'on ne dispose pas d'oxytocine, l'administration de misoprostol (600 microgrammes par voie orale) est recommandée.</p>	<p>Éclampsie et pré-éclampsie sévère : l'OMS recommande le MgSO₄ pour son efficacité majeure en cas d'éclampsie et de pré-éclampsie sévère.</p>	
Santé infantile			
 <p>Amoxicilline</p>	 <p>Sels de réhydratation orale</p>	 <p>Zinc</p>	
<p>Pneumonie : 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 10 comprimés dispersibles (CD) sécables de 250 mg.</p>	<p>Diarrhée : 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>Diarrhée : la supplémentation en zinc permet de réduire la durée et la sévérité des épisodes diarrhéiques. Le zinc est disponible en comprimés sécables de 20 mg, dispersibles et de saveur masquée ou en solution orale concentrée de 10 mg pour 5 ml.</p>	
Santé néonatale			
 <p>Antibiotiques injectables</p>	 <p>Corticoïdes prénataux</p>	 <p>Chlorhexidine</p>	 <p>Appareils de réanimation</p>
<p>Prévention de la septicémie néonatale : 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>Prévention du SDR chez le prématuré : 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>Prévention de l'infection du cordon ombilical : le digluconate de chlorhexidine est un antiseptique peu coûteux, utilisé dans les soins du moignon du cordon ombilical, et efficace contre les infections néonatales.</p>	<p>Traitement de l'asphyxie : l'asphyxie néonatale, c'est-à-dire l'absence de respiration du nouveau-né à la naissance, peut être traitée avec les appareils de réanimation.</p>

Création de la demande : présentation



De quoi s'agit-il ?

La création de la demande améliore la sensibilisation et encourage certains publics en particulier à demander des produits ou des services de santé. Pour ce faire, des techniques de MS et de communication en faveur du 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'accroître ou de maintenir la pratique du comportement préconisé et/ou d'accroître ou de maintenir l'utilisation des produits ou services préconisés.
- **Gagner des parts de marché en faisant la promotion de certains comportements** (par ex., convaincre les soignants de pratiquer immédiatement des soins au lieu d'attendre que la situation sanitaire ne se dégrade ou soit compromise), produits ou services (par ex., convaincre les soignants d'utiliser des sels de réhydratation orale [SRO] et du zinc au lieu de médicaments contre la diarrhée).

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

- en créant une demande informée et volontaire en matière de produits de santé et de services ;
- 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 particuliers que par les prestataires de services.

Pour être plus efficaces, les efforts de création de la demande doivent s'accompagner d'initiatives visant à améliorer la logistique et développer les services, augmenter l'accès aux produits et former et équiper les prestataires afin de répondre à la demande croissante en produits et/ou 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 se coordonner et de collaborer avec des partenaires compétents à cet égard lors de la mise en place des stratégies et programmes de communication visant à générer de la demande.

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

Pour réduire la morbidité et la mortalité infantile et maternelle en augmentant la demande et l'utilisation des produits de SINMR, il est indispensable d'obtenir la pleine 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"/> Oxytocine	<input type="checkbox"/> Préservatifs féminins
<input type="checkbox"/> Sulfate de magnésium	<input type="checkbox"/> Implants
<input type="checkbox"/> Antibiotiques injectables	<input type="checkbox"/> Contraception d'urgence
<input type="checkbox"/> Corticoïdes prénataux	<input type="checkbox"/> Misoprostol
<input type="checkbox"/> Matériel de réanimation	<input type="checkbox"/> Chlorhexidine
<input type="checkbox"/> Amoxicilline	<input type="checkbox"/> SRO
	<input type="checkbox"/> Zinc



Définitions et concepts fondamentaux de la création de la demande

Communication pour le changement social et comportemental (CCSC). La CCSC stimule et facilite le changement de comportement et soutient l'élargissement du changement social afin d'améliorer les résultats sanitaires. La CCSC s'inspire d'une théorie écologique globale qui intègre le changement individuel 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 campagnes de CCSC, en veillant à ce que les objectifs de communication soient définis, à ce que les publics visés soient identifiés et à ce que des messages cohérents soient déterminés pour l'ensemble des ressources et 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_craigi_lefebvres_social/2013/10/a-consensus-definition-of-social-marketing.html [en anglais])

Canaux et approches

Plaidoyer. Les processus de plaidoyer interviennent au niveau individuel, social et politique. Ils ont pour objectifs la mobilisation des ressources ainsi que l'engagement social et politique en vue de changements politiques et/ou sociaux. Le plaidoyer vise à créer un environnement permettant d'encourager l'attribution de ressources équitables et de supprimer les obstacles à l'intégration de la politique.

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.

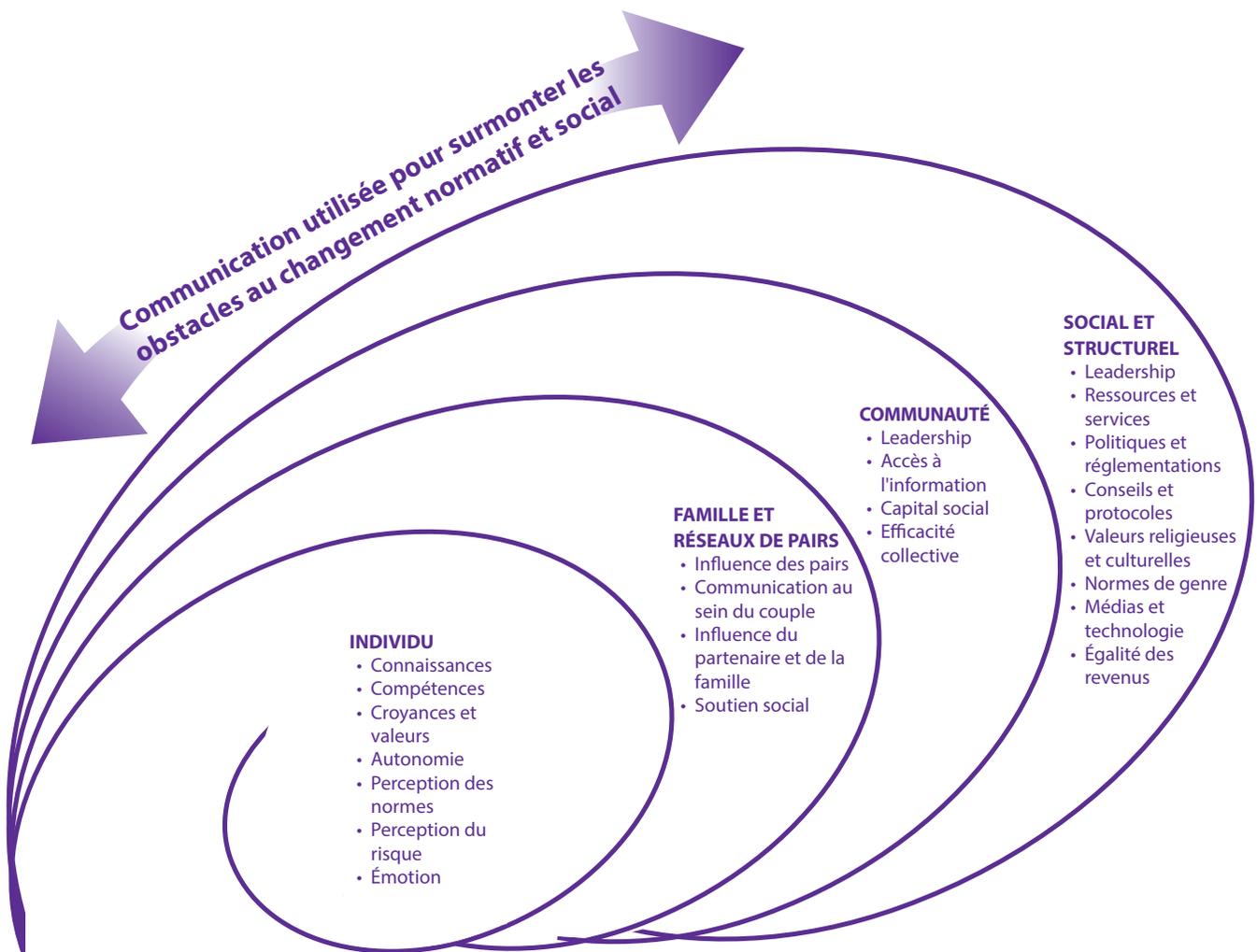
Communication interpersonnelle (CIP). La CIP se base sur une communication à deux, comme par exemple la communication parent-enfant, pair à pair, conseiller-client ou la communication avec un responsable communautaire ou religieux.

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 dans les médias 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,

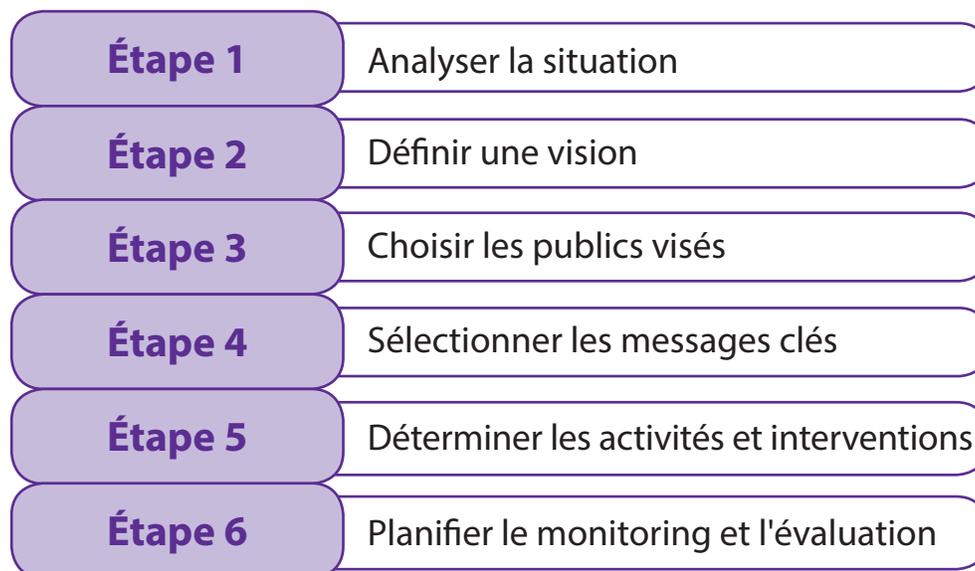
les décisions et comportements des individus en matière d'augmentation de la demande et de l'utilisation sont supposés dépendre de leurs propres caractéristiques, ainsi que de leur contexte socio-environnemental. L'application de ce modèle à chaque étape de l'élaboration de la stratégie de communication permet de s'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, pour étudier les données existantes, évaluer les principaux publics 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 influençant la demande et l'utilisation actuelles d'un produit SINMR prioritaire. Elle comprend notamment les personnes affectées et la perception de leurs besoins, 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 d'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 qui ont été tirées dans les autres pays (disponible en anglais à l'adresse <http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/evidence-synthesis>). Pour des données secondaires spécifiques à un pays, on pourra consulter des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) (<http://www.measuredhs.com/>), des enquêtes à indicateurs multiples (MICS) (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 insuffisamment approfondies, il peut 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 autres moteurs comportementaux. 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.

Quelles 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 sulfate de magnésium :

- Quels sont les taux de mortalité maternelle et néonatale dans le pays ?
- Ce taux de mortalité maternelle résulte-t-il de cas de pré-éclampsie/éclampsie (PE/E) ?
- Quelle est l'incidence de la PE/E ?
- Dans quelles zones du pays observe-t-on, fréquemment ou pas, des cas de PE/E ?

- Combien de naissances sont assistées par des personnes qui ne sont pas des accoucheuses expérimentées ?
- Comment la PE/E est-elle actuellement évitée ou traitée en milieu urbain, rural et périurbain ?
- Quels produits figurent sur la ligne des médicaments essentiels (LME) pour prendre en charge la PE/E (sulfate de magnésium, antihypertenseurs, gluconate de calcium) ?
- Le sulfate de magnésium est-il homologué dans le pays ? Si tel est le cas, sous quelle marque ? S'il n'est pas homologué 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 de ce produit ? De quelle façon peuvent-elles affecter la demande en sulfate de magnésium ?
- Quel est le prix du sulfate de magnésium dans le secteur privé et le secteur public ?
- Comment est financé l'approvisionnement en sulfate de magnésium ?
- Quelle est la disponibilité du sulfate de magnésium par région/sous-région ?
- Existe-t-il des fabricants locaux ou régionaux de sulfate de magnésium ?
- Quels sont les niveaux de stocks dans les structures sanitaires ?
- Quels sont les canaux de distribution et sont-ils réellement efficaces pour garantir la disponibilité et l'utilisation du produit ?
- Sous quelle forme/conditionnement/dosage est-il disponible ? (Injectable uniquement ? Quelle dose ou formulation ? Quelle est la quantité par paquet ?)
- Quel est le traitement de première intention ? Quels sont les autres traitements disponibles et utilisés ? Où, à quelle fréquence et dans quelles circonstances ?
- Quels sont les modèles d'utilisation du sulfate de magnésium sur les 5 à 10 dernières années (augmentation, diminution, maintien) ?
- Quel niveau de prestataire (médecin, infirmier(ère), sage-femme, etc.) est autorisé à administrer/distribuer le sulfate de magnésium ?

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

- Quelles sont les connaissances des communautés locales, des femmes enceintes et de leurs familles en matière de PE/E et de leurs signes de danger ?
- Quelle est la proportion de prestataires, de femmes enceintes et d'autres publics qui connaissent le sulfate de magnésium ?

- Quelle est la proportion de prestataires, de femmes enceintes et d'autres publics qui ont une connaissance précise du sulfate de magnésium ?
- Quelles sont les avantages d'utilisation du sulfate de magnésium perçus par les prestataires, les femmes enceintes et les autres publics ?
- Quelles sont les barrières perçues à l'accès et à l'utilisation du sulfate de magnésium pour les prestataires, les femmes enceintes et les autres publics ?
- Quels sont les soucis auxquels sont généralement confrontés les prestataires en matière d'utilisation du sulfate de magnésium ?
- Y a-t-il fréquemment des idées fausses ou une désinformation sur le sulfate de magnésium ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées par les prestataires en matière de détection et de traitement de la PE/E ?
- À quels outils les prestataires ont-ils accès pour assurer une parfaite connaissance et un traitement approprié de la PE/E ?
- Les services de SAN sont-ils intégrés à d'autres services ?

Considérations normatives et structurelles

- Quels sont les documents relatifs à la politique en vigueur et les recommandations en matière de prestation de service associés à la PE/E ? Dans quelle mesure sont-ils conformes aux normes internationales ?
- Quel est le contenu des matériels de formation portant sur la détection et le traitement de la PE/E, pour la formation initiale et sur site des prestataires (quel que soit le niveau de ces prestataires) ?
- Les femmes font-elles appel aux soins prénataux (SAN) ? Le cas échéant, quand commencent-elles à y avoir recours et à quelle fréquence reconsultent-elles ?
- Comment le niveau de revenu affecte-t-il l'utilisation du sulfate de magnésium ? Les femmes et les couples les plus pauvres ont-ils accès à l'information et au produit ?
- Qui sont les intervenants, les acteurs clés et les « protecteurs » qui ont une incidence sur la demande et l'utilisation du sulfate de magnésium ?

Prestation de service

- Quelle attention est accordée à la PE/E dans le cadre des SAN ?
- Quels sont les produits et équipements disponibles destinés à la détection et au traitement de la PE/E à chaque niveau du système de santé ?
- Quels sont (à tous les niveaux) les prestataires formés sur la PE/E et à quelle fréquence ?
- Quels sont les programmes à base communautaire qui mettent l'accent sur les complications liées à la grossesse ? Existe-t-il des systèmes d'orientation entre les environnements cliniques et non cliniques ?
- Les prestataires ont-ils les compétences nécessaires pour conseiller, prescrire et/ou administrer le sulfate de magnésium ?
- Quelles sont les pratiques actuelles en matière de détection et de traitement de la PE/E ? Quels sont les produits utilisés pour la détection de la PE/E (tensiomètres, tests d'urine) ?
- Comment est prise la décision de traiter la PE/E ?

Médias et communication

- Par quels canaux (médias et communication interpersonnelle) les prestataires, les femmes et les familles préfèrent-ils recevoir des informations médicales ?
- Quels canaux sont capables de supporter le niveau de communication nécessaire pour accroître les connaissances sur la HPP et la demande en sulfate de magnésium ?
- Quels matériels et programmes de communication existe-t-il déjà sur le sulfate de magnésium ?
- Quelle est la capacité technique et organisationnelle des médias partenaires ?

Données psychographiques

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

Comment utiliser l'analyse de situation

Au terme de l'analyse de situation, les questionnaires de programme doivent être en mesure d'utiliser les données pour identifier les implications et obstacles majeurs. Pour quelles raisons le sulfate de magnésium 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 tableau simple classé par public visé, comme ci-dessous.

	Comportements actuels	Principaux obstacles au comportement souhaité	Principaux avantages du comportement souhaité
Utilisateur final/ membres de la communauté (par ex., femmes, hommes, soignants)			
Prestataires (y compris publics et privés, hospitaliers et à base communautaire)			

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 Global Social Marketing de Population Services International propose les questions suivantes pour orienter l'élaboration d'une analyse de situation et le choix de priorités stratégiques à traiter par la stratégie de création de la demande :

Quoi ?	Dans quel but ?	Et ensuite ?
Recueil de données : principaux faits recueillis au cours de l'analyse de situation.	Analyse de données : possibles implications de ces faits sur les stratégies de création de la demande.	Priorités stratégiques : identifier les implications à retenir dans la stratégie de création de la demande. Se limiter à trois ou cinq priorités stratégiques afin d'orienter le plan.
<i>Exemple du Bénin :</i>		
Le risque de mort causée par une PE/E est environ 300 fois plus élevé pour les femmes issues des pays en développement, en raison d'un manque d'accès à des produits de soin et d'urgence de qualité et abordables.	Détectée de manière précoce (généralement, au cours d'une consultation de SAN) et à un stade peu avancé, la pré-éclampsie peut être traitée et il est ainsi possible de réduire la morbidité et la mortalité qui lui sont associées. Pour ce faire, il convient de détecter efficacement la PE/E, de disposer des ressources nécessaires pour assurer la détection et le traitement, ainsi que des prestataires de soins de santé capables de fournir les services associés.	Il est important d'enseigner aux femmes enceintes et à leurs familles comment détecter la PE/E, tout comme d'encourager les femmes enceintes à se rendre aux consultations cliniques de SAN. Il est indispensable de former les prestataires afin qu'ils détectent rapidement et efficacement la PE/E, la diagnostiquent et la traitent avec le sulfate de magnésium en première intention.

Source : Population Services International, s.d. The DELTA companion : Marketing planning made easy. (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. Elle 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 susciter l'inspiration, donner une orientation, communiquer de l'enthousiasme et encourager l'implication et l'engagement des parties prenantes dans cet objectif partagé.

Certaines organisations parlent d'« objectif » ou d'« objectif primaire ».

Voici un exemple d'énoncé de vision pour le sulfate de magnésium :

Assurer une détection systématique de la PE/E au cours des SAN et faire en sorte que toutes les femmes qui présentent des symptômes de PE/E sévère soient traitées avec le dosage approprié de sulfate de magnésium.

Étape 3 : Choisir le public visé

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 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 (urbain/rural). 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 resegmentés 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 d'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, ainsi que 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 avec les parties prenantes. La création d'un tableau comme celui de la page suivante peut être utile pour hiérarchiser les publics d'influence.

	Principal public influencé	Pouvoir d'influence estimé (faible, modéré, fort)	Attitude envers le recours au sulfate de magnésium ou aux 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 responsables juridiques et religieux, car ils jouent un rôle déterminant dans la levée ou la création de barrières à l'accès au produit ou à 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 personifier 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 d'une masse anonyme permet une connaissance plus intime de celui-ci et 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, afin d'avoir un écho et de les inciter à agir.

Les profils de public sont élaborés pour chaque segment 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 principaux obstacles au comportement souhaité liés au segment concerné. Il peut inclure le nom de cet individu, ou une photo permettant de le visualiser, 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 renseigner le profil du public et la conception stratégique.

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

La stratégie de conception des messages est l'un des éléments les plus importants d'une stratégie de communication. Elle oriente le reste du programme, assure la synergie, la cohérence et la coordination des objectifs partagés et garantit la clarté et l'harmonisation des messages entre 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 cela a été dit précédemment, les profils de public permettent de déterminer si les objectifs, le positionnement et les messages clés sont adaptés ou non à ces individus.

(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 spécifiques 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. 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 parfaitement 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 communication sont souvent embauchés pour traduire les messages clés en briefing de création, document destiné aux agences de communication créative 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 l'implication du public visé.

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 (canaux médiatiques) relève d'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/canaux, 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/demandrmnch/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 nouer des liens lors de la conception d'un programme de création de la demande pour le sulfate de magnésium :

- Autres programmes de santé maternelle qui n'utilisent pas actuellement le sulfate de magnésium.
- Initiatives d'amélioration de la qualité des soins dispensés par les prestataires de services/les cliniques.
- La formation préalable et continue existante ou les initiatives de formation continue en interne des 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, consultez « *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].
- 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 de la structure de santé 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. Consultez le site <http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381>.

Médias à base communautaire : les médias communautaires atteignent les communautés par l'intermédiaire 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 des rassemblements, réunions publiques, représentations folkloriques et 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 réussi permet non seulement de résoudre les 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, consultez *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.

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 plateforme pédagogique qui ne nécessite pas la présence à un endroit précis. Les étudiants accèdent au contenu du cours via la radio ou via Internet et interagissent avec leurs enseignants et leurs camarades de classe par l'intermédiaire de lettres, appels téléphoniques, 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 prestataires de services. Des informations supplémentaires sont disponibles sur « Global Health eLearning Center » (Centre de formation en ligne mondial sur la santé) et « PEPFAR eLearning Initiative » (Initiative PEPFAR de formation en ligne).

Technologies de l'information et de la communication (TIC) : les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont des plateformes 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 les sites Internet, les courriels, les serveurs listservs, l'eLearning, les eToolkits et les forums de discussion. Les médias numériques peuvent diffuser à grande échelle, des messages adaptés au public visé tout en recevant la réaction du public ciblé et en encourageant des conversations en temps réel, combinant la communication de masse et les échanges interpersonnels. *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/demandmnmch/media-selection>)* et *Utilizing ICT in Demand Generation for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health: Three Case Studies and Recommendations for Future Programming [Utilisation des TIC pour créer de la demande autour des produits de santé infantile, néonatale, maternelle et reproductive : trois études de cas et les recommandations pour les programmes à venir (<http://sbccimplementationkits.org/demandmnmch/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. Il peut s'agir de communication de pair à pair ou de communication avec un agent de santé communautaire (ASC), un leader communautaire ou un leader religieux.

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

Mobilisation sociale : la mobilisation sociale rassemble les secteurs concernés (organisations, décideurs, réseaux et communautés) afin de sensibiliser les individus et les groupes et les inciter à l'action, à la création d'un environnement favorable, ainsi qu'au changement social et comportemental.

Soutien médiatique/médias de moyenne portée : la portée des médias moyens est inférieure à celle des médias de masse ; ils englobent les affiches, brochures et panneaux d'affichage.

Étape 6 : Planifier le monitoring et l'évaluation

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

Si la planification de monitoring et d'évaluation (M&E) doit être intégrée à la stratégie de communication, il ne s'agit pas d'élaborer un plan de monitoring complet lors du développement de la stratégie, par ex., indicateurs, échantillons, outils, personnes chargées du suivi, fréquence de recueil de 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 M&E doit spécifier les indicateurs à surveiller, les modalités et la périodicité du recueil 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 de 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 de 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 de 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. 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 :

- Statistiques des services (informations issues des structures sanitaires et des prestataires, telles que les suivis des morts maternelles et les fiches de consultation ; les données du système d'informations de gestion sanitaire (SIGS) liées à la PE/E et aux SAN).
- Évaluation de la prestation de service (suivi de la qualité des soins pour la PE/E, disponibilité des produits, consultations de SAN, pourcentage de patientes dont la tension artérielle (TA) est surveillée, pourcentage de patientes dont les urines sont analysées à chaque consultation de SAN, nombre d'orientations de la part des ASC vers les établissements cliniques).
- Statistiques des canaux de communication (informations issues de la télévision ou de la radio sur l'audience des activités de médias).
- Enquêtes omnibus (ajout de questions liées à l'exposition au programme et l'impact sur les enquêtes omnibus).
- Données fournies spontanément par les prestataires (enquêtes de petite taille auprès des prestataires sur les services rendus et difficultés rencontrées).
- Données qualitatives (groupes de discussion, entretiens approfondis).
- EDS (tendances dans les morts maternelles et l'utilisation des services).

Option à coût élevé : une option à coût élevé recourt à 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 :

- Statistiques des services (informations issues des structures sanitaires et des prestataires, telles que les suivis des morts maternelles et les fiches de consultation ; les données du SIGS liées à la PE/E et aux SAN).
- Statistiques des canaux de communication (informations issues de la télévision ou de la radio sur l'audience des activités de médias).
- Données fournies spontanément par les prestataires (enquêtes auprès des prestataires sur les services rendus).
- Grandes enquêtes nationales adaptées au programme (axées sur les problèmes liés aux connaissances, aux perceptions, à l'acceptation et à l'utilisation du sulfate de magnésium).
- Données qualitatives (groupes de discussion, entretiens approfondis, reportage photo, visites d'observation).
- Entretiens des clientes à la sortie (visant à évaluer la satisfaction des utilisatrices vis-à-vis des services reçus, notamment leurs perceptions, leur expérience et leurs intentions)

Indicateurs

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

Indicateurs de processus	Indicateurs d'extrants du programme	Indicateurs de résultats sur les comportements	Indicateurs d'impact sanitaire
Évaluent dans quelle mesure les activités de création de la demande ont été mises en œuvre comme prévu.	Mesurent les modifications d'opportunité des publics, la capacité et la motivation à utiliser le sulfate de magnésium et la mesure dans laquelle ces modifications coïncident avec l'exposition au programme.	Évaluent les changements de comportement des publics et la corrélation entre ces changements et l'exposition au programme.	Mesurent les changements en matière de santé.
Exemple : nombre de sessions de CIP menées sur la PE/E avec les femmes enceintes.	Exemple : proportion de femmes et de leurs familles capables d'identifier au moins trois signes de danger de PE/E.	Exemple : proportion de prestataires qui déclarent utiliser le sulfate de magnésium comme traitement de première intention pour la PE/E.	Exemple : réduction de la mortalité provoquée par une PE/E 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 de 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 :** la ventilation des données de 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 saisir 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, etc.

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'autosélection :** 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 de stratégie de communication pour le sulfate de magnésium



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 œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step1/>) où vous trouverez d'autres ressources.

État de la santé et des produits

**La majorité des informations contenues dans cette section correspond à 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.*

Contexte sanitaire

Tous les ans, près de 287 000 femmes meurent de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. 99 % d'entre elles vivent dans des pays en développement. La PE/E, qui correspond à une hypertension dangereuse au cours de la grossesse, serait responsable de 22 % des morts maternelles et, d'après les estimations, affectent 63 000 femmes par an dans le monde entier (ONU, 2012 ; OMS, 2011b). La PE/E est détectée au cours de la grossesse suite à une augmentation de la tension artérielle et/ou à la présence de protéines dans les urines. Sans traitement, la PE/E peut entraîner des convulsions, une insuffisance rénale et hépatique, ainsi que le décès. Elle peut également provoquer des complications chez le nouveau-né, notamment un ralentissement de la croissance, un faible poids à la naissance et une naissance prématurée qui, à leur tour, sont à l'origine de complications chez le nourrisson. Le risque de mort causée par une PE/E est environ 300 fois plus élevé chez les femmes issues des pays en développement que chez les femmes issues de pays développés (ONU, 2012 ; OMS, 2011b), en raison d'un manque, d'accès à des produits de soin et d'urgence de qualité et abordables, qui pourraient leur sauver la vie.

Détectée de manière précoce (généralement, au cours d'une visite de SAN) et à un stade peu avancé, la pré-éclampsie peut être traitée et il est ainsi possible de réduire la morbidité et la mortalité qui lui sont associées. Seul un déclenchement de l'accouchement permet de traiter l'éclampsie ; il existe toutefois des moyens de limiter les conséquences sur la santé de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie.

Situation du produit

Dès 1925, le sulfate de magnésium ($MgSO_4$) est devenu le traitement standard de la PE/E aux États-Unis. Jusqu'à récemment, d'autres anticonvulsivants, moins efficaces, étaient largement utilisés dans le reste du monde. Des essais cliniques à grande échelle, menés de 1995 à 2002, ont cependant prouvé que l'efficacité du sulfate de magnésium était supérieure à celle d'autres traitements, dont le diazépam et la phénytoïne (Altman et al., 2002). D'après ces essais, le sulfate de magnésium réduit l'occurrence de l'éclampsie de plus de 50 % et les morts maternelles de 46 %. Chez les femmes traitées avec du sulfate de magnésium, la récurrence des convulsions (éclampsie) était respectivement inférieure de 52 % et de 67 % à celle des femmes traitées par diazépam et phénytoïne. Le sulfate de magnésium fait désormais partie de la LME de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il est considéré comme le traitement le plus efficace, le plus sûr et le plus abordable contre la PE/E sévère (OMS, 2011a).

Le sulfate de magnésium coûte environ 0,10 \$ par ml (prix fournisseur moyen) ou 1 \$ par dose, et il est produit par un grand nombre de fabricants internationaux, ainsi que par de nombreux fabricants locaux dans le monde entier. Le sulfate de magnésium est disponible dans diverses formulations, notamment en solution à 50 % de 500 mg/ml en ampoule de 2 ml et en solution à 20 % de 500 mg/ml en ampoule de 10 ml (Every Woman Every Child, 2013). Un traitement peut nécessiter jusqu'à neuf flacons. Le sulfate de magnésium est administré à la patiente par injection intraveineuse ou intramusculaire. Le gluconate de calcium, complément minéral, est un antidote permettant de traiter les rares cas d'effets secondaires ou de toxicité du sulfate de magnésium, comme un rougissement de la peau, des maux de tête, des troubles de l'élocution, des nausées, une perte des réflexes, une paralysie respiratoire et des troubles du rythme cardiaque ou un arrêt cardiaque.

Près de 35 fabricants de génériques du sulfate de magnésium ont été identifiés dans le monde entier, mais ils sont probablement plus nombreux, particulièrement en Asie et en Amérique latine. Ces produits sont disponibles en

ampoules ou flacons en verre scellés, dotés d'un bouchon ou d'une capsule en caoutchouc ou en latex. Le sulfate de magnésium est très stable à température ambiante et, s'il est fabriqué, conditionné, stérilisé et scellé correctement, il est peu probable qu'il se dégrade significativement en cas d'exposition à la chaleur. Des consultations récentes des experts ont donné lieu à la recommandation d'un dosage spécifique : 5 g dans 10 ml.

Analyse du public et de la communication

Les obstacles courants à l'adoption du sulfate de magnésium dans différents contextes nationaux sont notamment les suivants : le manque de volonté politique, l'absence de recommandations cliniques relatives à l'administration du traitement, la faible disponibilité du médicament et des produits associés, le peu de confiance que les prestataires de soins de santé accordent à l'utilisation du sulfate de magnésium, la connaissance lacunaire ou inexacte des symptômes de la PE/E au niveau communautaire, le manque de précision des calculs du dosage et de l'administration, ainsi que la méconnaissance du sulfate de magnésium par les prestataires de soins et la communauté, et les inquiétudes relatives aux effets secondaires du médicament sur la mère et le fœtus (HC3, 2013 ; équipe de ressources techniques pour la santé maternelle (Maternal Health Technical Resource Team), s.d.). Même lorsque les prestataires de soins connaissent la gravité de la PE/E, ils s'abstiennent souvent de procéder au traitement faute de recommandations et de normes cliniques, de connaissances sur le traitement approprié et de compétences permettant d'administrer correctement le sulfate de magnésium (EngenderHealth, 2007).

Manque de volonté de politique et de barrières structurelles : bien que l'efficacité du sulfate de magnésium soit établie de longue date et que ce médicament soit inscrit sur la liste des médicaments essentiels (LME) dans la plupart des pays, il reste nécessaire de développer la volonté politique afin d'assurer la disponibilité du sulfate de magnésium et la transposition des recommandations cliniques internationales dans la pratique clinique locale. Les expériences menées dans des pays tels que le Nigeria, l'Afrique du sud, le Zimbabwe et le Mozambique soulignent la nécessité d'associer les efforts de plaidoyer au développement de protocoles de collaboration et à la formation des prestataires de soins de santé, afin que l'utilisation du sulfate de magnésium donne des résultats positifs (Daniels, Lewin, & The Practice Policy Group, 2008 ; Okereke, Ahonsi, Tukur, Ishaku, & Oginni, 2012 ; Woelk et al., 2009). Des obstacles réglementaires peuvent également limiter le recours au sulfate de magnésium. Ainsi, dans de nombreux pays, les prestataires de niveau inférieur, comme les sages-femmes de la République démocratique du Congo, ne sont pas autorisés à administrer du sulfate de magnésium et ne peuvent donc pas stabiliser une patiente avant sa prise en charge par un médecin, en cas de nécessité.

Manque de recommandations cliniques appropriées : dans certains pays, les médicaments tels que le diazépam sont répertoriés comme traitement de première intention pour la PE/E sévère, alors même que l'efficacité du sulfate de magnésium a été démontrée. Dans d'autres pays, les recommandations nationales pour le traitement au sulfate de magnésium ne sont pas disponibles et les prestataires de soins de santé peuvent ne pas disposer des connaissances permettant de l'utiliser correctement (Wilson et al., 2012). Pour certains pays, comme le Kenya, même si de récentes recommandations ont été adoptées afin de refléter les préconisations de l'OMS, elles doivent encore être diffusées dans les établissements.

Problèmes d'homologation/d'approvisionnement : dans plusieurs pays, la déficience des systèmes d'approvisionnement et de distribution est responsable de la faible disponibilité de ce médicament. Au Pakistan, une étude a montré qu'un système fragmenté d'homologation, d'approvisionnement et de distribution était responsable du faible recours au sulfate de magnésium, même si les politiques en vigueur sont toutes conformes aux normes internationales (Bigdeli, Zafar, Assad, & Ghaffar, 2013). De même, au Mozambique et au Zimbabwe, où le système d'approvisionnement est complexe et pesant et où le marché du sulfate de magnésium est relativement réduit, le sulfate de magnésium est généralement prescrit par les structures médicales centrales uniquement suite à la demande des médecins ou spécialistes locaux (Sevene et al., 2005). Par conséquent, ce traitement risque fort de ne pas être immédiatement disponible en quantité suffisante en cas de besoin. Une récente étude menée dans 37 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine a montré que de nombreux pays faisaient état d'une meilleure disponibilité du sulfate de magnésium dans les magasins gérés par le ministère de la santé (86 %) que dans les

structures sanitaires (76 %), ce qui est révélateur d'un problème de chaîne d'approvisionnement et de distribution (Smith, Currie, Perrie, Bluestone, & Cannon, 2012).

Disponibilité des produits : un approvisionnement restreint en sulfate de magnésium au niveau de la structure sanitaire constitue un obstacle à l'utilisation, tout comme les coûts élevés de certains produits associés, comme le gluconate de calcium qui est le médicament antidote au sulfate de magnésium. L'absence de gluconate de calcium au sein des structures sanitaires dans lesquelles le traitement au sulfate de magnésium est possible risque fort de dissuader les prestataires d'avoir recours au sulfate de magnésium. De même, les produits nécessaires aux analyses d'urine visant à détecter la pré-éclampsie peuvent être difficiles d'accès, indisponibles sur le lieu d'utilisation ou trop onéreux, ce qui constitue un frein à leur utilisation (VSI & Jhpiego, 2013).

Sensibilisation, connaissance et fiabilité du prestataire : la sensibilisation du prestataire à la pré-éclampsie sévère et à la nécessité de la traiter au sulfate de magnésium varie d'un pays à l'autre. La pré-éclampsie est mieux détectée au cours des SAN grâce à des tests et aux analyses systématiques des échantillons d'urine. Les données de l'EDS recueillies dans divers pays montrent que moins de 40 % des femmes enceintes font régulièrement analyser leurs urines. Ceci est le résultat de plusieurs facteurs. Dans de nombreux pays, le risque de PE/E n'est pas assez souligné au cours des SAN en raison de l'importance accordée au VIH/SIDA au cours des dernières années. Dans beaucoup de pays, les prestataires de SAN sont formés pour détecter la PE/E à l'aide d'analyses d'urine ou de tout un éventail de signes de danger connus ; malgré tout, la TA reste l'indicateur de pré-éclampsie le plus fréquemment utilisé au cours des SAN, même si les tensiomètres manquent parfois de fiabilité et/ou sont difficiles à lire. Par ailleurs, les prestataires de SAN questionnent rarement la patiente sur les signes typiques de danger de PE/E comme les œdèmes (gonflement provoqué par les liquides, surtout dans les pieds, les chevilles, les jambes ou le visage), les douleurs épigastriques (douleur ressentie dans la partie supérieure de l'abdomen, sous les côtes) et une vision floue (Sanghvi, 2011).

Les protocoles de traitement exigent également des connaissances et des compétences qui sont déficientes dans de nombreux pays. Par exemple, au Pakistan, même si la plupart des prestataires savent que le sulfate de magnésium est le traitement de première intention de l'éclampsie, nombreux sont ceux qui ne sont pas au courant de son utilisation pour les cas de pré-éclampsie sévère (Bigdeli et al., 2013). Au Kenya, les prestataires décident souvent d'administrer le traitement en cas de « d'éclampsie imminente », ce qui n'est pas conforme aux protocoles les plus récents qui préconisent de traiter avec du sulfate de magnésium tous les cas de pré-éclampsie sévère (et d'hypertension), que l'éclampsie soit imminente ou non (VSI & Jhpiego, 2013). Même avec les produits adéquats et un diagnostic posé, les prestataires peuvent éprouver une certaine réticence à utiliser le sulfate de magnésium pour traiter la PE/E sévère en raison de ses effets secondaires et de la complexité de son administration. Une perception erronée des effets secondaires possibles pour la mère et pour l'enfant à naître peut également se traduire par une réticence à administrer le sulfate de magnésium au moment opportun.

Préparation et administration du sulfate de magnésium : la préparation et l'administration du sulfate de magnésium peuvent constituer un important obstacle au niveau des établissements. Au Pakistan, les prestataires ont expliqué que, pour eux, la préparation du dosage représentait l'un des principaux obstacles à l'utilisation du sulfate de magnésium car ils doivent se souvenir du dosage, le calculer et le préparer eux-mêmes (Bigdeli et al., 2013). Au Mexique, les prestataires signalent que le temps nécessaire pour trouver et préparer le sulfate de magnésium peut les pousser à utiliser, à la place, un médicament plus facilement accessible et moins fastidieux à préparer, comme le diazépam (van Dijk et al., 2013a, 2013b). Au Kenya, le produit est disponible sur le lieu d'utilisation en différentes concentrations et présentations : les prestataires ne savent alors plus quel produit utiliser et comment calculer le bon dosage (VSI & Jhpiego, 2013).

Manque de sensibilisation des femmes enceintes et de la communauté : les signes typiques de danger de PE/E sont mal connus des femmes enceintes (Sanghvi, 2011). Dans les pays disposant d'ASC formés, il arrive que la formation portant sur les signes de danger pendant la grossesse ne mentionne pas tous les signes connus de danger de pré-éclampsie. Dans de nombreux cas, les ASC peuvent être sensibilisés aux signes de danger et aux symptômes de ce risque pour la santé de la mère, sans toutefois comprendre la gravité de la situation dont ils sont témoins. Cette méconnaissance peut aboutir à des opportunités manquées d'orientation médicale et de soins d'urgence.

Exemple de tableau pour l'organisation des informations clés

	Comportements actuels	Principaux obstacles au comportement souhaité	Principaux avantages du comportement souhaité
Utilisateur final/ membres de la communauté (par ex., femmes, leurs familles)	Faible recherche de traitement en cas de manifestation des signes de danger courants de PE/E.	Sensibilisation très limitée des femmes enceintes et des ASC aux signes de danger de PE/E, à ses conséquences graves et à la disponibilité du traitement.	Méthode de traitement de la PE/E la plus efficace. Occurrence rare d'effets secondaires.
Prestataires (publics et privés, cliniques et à base communautaire)	Manque de détection régulière de la PE/E au cours des SAN. Faibles niveaux de promotion et d'utilisation du sulfate de magnésium.	Problèmes de disponibilité du sulfate de magnésium. Méconnaissance du produit (comme traitement de première intention) et manque de recommandations d'utilisation spécifiques au pays. Confusion concernant le dosage et crainte des effets secondaires ainsi que des erreurs d'administration. Coût élevé ou indisponibilité des produits associés, comme le médicament antidote, le gluconate de calcium, et l'équipement d'analyse des urines.	Traitement le plus efficace de la PE/E.

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 œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step2/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Exemple de vision

Assurer une détection systématique de la PE/E au cours des SAN et faire en sorte que toutes les femmes qui présentent des symptômes de PE/E sévère soient traitées avec le dosage approprié de sulfate de magnésium.

Étape 3 : Choisir le public visé

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

Segments de public principal et secondaire (avec justification du choix des segments)

PRINCIPAUX PUBLICS

Public principal 1 : Femmes enceintes et leurs familles : les femmes enceintes, leurs partenaires masculins et les autres membres influents de la famille jouent un rôle crucial dans la détection des signes d'avertissement de la PE/E au cours de la grossesse. Par ailleurs, ce groupe doit être bien informé sur les SAN et chercher à en bénéficier. Il doit ainsi apprendre quels sont les signes d'avertissement et les symptômes de la PE/E, quelle est la gravité de la PE/E pour la mère et l'enfant, quand et à qui s'adresser pour obtenir des soins et quelles sont les options de soin disponibles.

Public principal 2 : Prestataires cliniques en structures sanitaires (publiques et privées) assurant la prise en charge de la détection et du traitement de la PE/E : les obstétriciens/gynécologues, les agents hospitaliers, les infirmières sages-femmes, les accoucheuses expérimentées, les infirmières de SAN, etc. Les prestataires basés en établissement sont les principaux utilisateurs du sulfate de magnésium dans le traitement de la PE/E. Ils doivent parfaitement connaître et maîtriser la détection de la PE/E, ne pas être gênés par le recours au sulfate de magnésium et disposer d'un accès aux produits nécessaires.

PUBLICS SECONDAIRES

Public secondaire 1 : Responsables sanitaires au niveau régional et local (ministère et autorités locales, ainsi que responsables de la gestion des structures sanitaires) : les responsables sanitaires ont un rôle clé à jouer en matière d'actualisation des recommandations de traitement de la PE/E, d'adéquation de ces recommandations avec les données probantes les plus récentes et de formation des prestataires à l'application de ces recommandations.

Public secondaire 2 : Agents de santé communautaire (publics et privés) : les ASC jouent un rôle déterminant dans le soutien apporté aux femmes et à leurs familles, qu'ils doivent aider à identifier rapidement les complications chez la mère, comme la PE/E, mais surtout pousser à faire appel à des soins et aider à assurer le transport en toute sécurité jusqu'à la structure sanitaire la plus proche.

Profils des publics

Public principal 1 : femmes enceintes et leurs familles



Nelly, 20 ans, femme enceinte à Nairobi, au Kenya

Nelly est mariée et enceinte de quatre mois de son premier enfant. Elle a terminé l'école primaire et a ensuite travaillé comme aide à domicile et à la ferme de sa famille jusqu'à son mariage. Depuis, Nelly gère un petit bar et un coin repas dans sa nouvelle maison, avec son mari, dans une zone rurale à l'extérieur de Nairobi. Son centre de santé le plus proche se trouve à 15 kilomètres. Elle n'y est jamais allée car il est trop loin et elle devrait alors s'absenter de sa maison et de son café. Elle prévoit d'accoucher chez elle, comme sa mère avant elle, avec l'aide d'une sage-femme locale. Elle a entendu parler d'autres femmes de sa communauté qui sont mortes suite à leur grossesse, mais elle n'est pas

certaine de savoir quels signes doivent l'alerter.



Adivas, 32 ans, père de deux enfants, vivant à Nampula, au Mozambique

Adivas est charpentier et père de deux enfants. Sa femme attend un autre enfant. Sa femme était enceinte un an plus tôt, mais quelque chose s'est mal passé au cours de l'accouchement. Adivas ne sait pas trop quel était le problème mais sa femme a vécu une grossesse difficile et le bébé n'a pas survécu. Pour cette grossesse-ci, on a suggéré à sa femme de se rendre à la clinique avant la naissance du bébé afin de s'assurer qu'il va bien. Il veut ce qu'il y a de mieux pour sa femme et sa famille, mais il entend toujours parler de femmes qui perdent leur bébé et ne sait pas vraiment si cela est évitable. Adivas hésite à dépenser de l'argent pour se rendre jusqu'à la clinique et il a peur des dépenses supplémentaires à assumer une fois là-bas. En revanche, on lui a parlé

d'un guérisseur traditionnel local qui dispose de médicaments abordables ou qui peut être payé à l'aide de marchandises ou de services : il n'aurait donc pas à toucher au maigre revenu de la famille pour que sa femme bénéficie de soins. Adivas apprécie aussi le fait que le guérisseur vienne à la maison en cas de nécessité car il n'aura alors pas à s'inquiéter de voir sa femme voyager en cas d'urgence.



Gloire, 61 ans, belle-mère vivant au nord de Kivu, en République démocratique du Congo

Gloire est mère de cinq enfants. Elle est heureuse que sa belle-fille soit désormais enceinte de son premier enfant. Gloire se souvient que sa première grossesse avait été difficile. Elle a découvert que la clinique locale encourageait maintenant les femmes enceintes à venir consulter pour des services de SAN. Elle souhaite vraiment que sa belle-fille bénéficie de ces services et elle lui en parlé. Elle sait cependant que son fils ne sera pas d'accord. Il croit fermement que Dieu donne et prend la vie et que le fait d'intervenir dans le processus divin en se rendant à la clinique est preuve d'un manque de foi. Elle ne sait pas trop comment lui en parler ou que dire pour le convaincre des avantages des SAN.

Public principal 2 : prestataires cliniques basés en structures sanitaires



Dr Yasamin, 37 ans, gynécologue/obstétricienne à Meknès, au Maroc

Le Dr Yasamin travaille au centre hospitalier régional et supervise différents services associés à la maternité (SAN, accouchement, soins post-partum), ainsi qu'aux problèmes gynécologiques/obstétriques. Elle travaille souvent seule, alors que l'hôpital aurait besoin de trois ou quatre gynécologues/obstétriciens, et se trouve donc submergée par la charge de travail. Son niveau de connaissance de la PE/E repose généralement sur les toutes dernières recommandations nationales, qui sont obsolètes. Les patientes présentant un risque de PE/E et qui se rendent à

l'hôpital pour leurs consultations de SAN régulières sont généralement identifiées au cours de ces soins et prises immédiatement en charge. Les autres patientes peuvent arriver à l'hôpital alors qu'elles convulsent déjà. À ce stade tardif, les possibilités pour le Dr Yasamin de sauver leur vie sont très minces. Elle se consacre pleinement aux soins de toutes les patientes de son hôpital et souhaite que les patientes souffrant de pré-éclampsie soient identifiées plus systématiquement afin d'assurer une détection précoce et une prévention des convulsions.



Dr Tilahun, 31 ans, cadre de santé dans une structure sanitaire locale à Debre Berhan, en Éthiopie

Le Dr Tilahun travaille dans une structure sanitaire locale (pas un centre hospitalier) 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. Les femmes enceintes viennent dans cette structure pour bénéficier de SAN, parfois pour accoucher, et d'autres fois en raison de complications. Lorsqu'une femme enceinte qui arrive à la clinique présente des signes de PE/E, le Dr Tilahun ne se sent pas toujours à l'aise pour la traiter et choisit parfois de l'orienter vers un centre de référence. Dans certains cas, lorsque la femme enceinte convulse déjà, il utilise du diazépam pour la traiter. Il a entendu parler du sulfate de magnésium et sait qu'il peut être utilisé pour traiter la PE/E, mais il ne connaît pas bien le protocole, la posologie ou la façon de prendre en charge les effets secondaires potentiels. Il ne sait également pas très bien quels sont les effets possibles du médicament sur la mère et le fœtus.



Anna, 53 ans, accoucheuse qualifiée qui travaille dans une structure sanitaire à Gulu, en Ouganda

Anna aime son travail et a un bon statut social et une bonne reconnaissance de sa communauté. Elle possède un équipement et des produits de travail plutôt limités. À cause de ses moyens restreints, elle s'inquiète de ne pas être en mesure de traiter correctement toutes les femmes à sa charge. 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 les signes de la PE/E ou sur son mode de diagnostic (bien qu'elle connaisse parfaitement les convulsions). Elle ne saurait pas comment utiliser le sulfate de magnésium, même si elle en disposait. Elle pense que le sulfate de magnésium ne doit être utilisé que dans des centres hospitaliers de haut niveau et par un prestataire de niveau supérieur.



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

Sadia travaille dans un centre de santé local et assure la détection des 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 quotidiennes. Elle prend donc parfois des raccourcis pour aller plus vite dans son travail, et enregistre notamment des informations sur les patientes sans tenir suffisamment compte de ce que les chiffres peuvent révéler et des orientations et traitements qui seraient le plus adaptés. Même si elle recommande généralement une analyse d'urine au cours de la première consultation de SAN, elle ne la propose pas systématiquement pour les consultations suivantes. Dans sa structure sanitaire, les prestataires prescrivent généralement une analyse d'urine si les mesures de la TA sont élevées. Cependant, la précision des tensiomètres est douteuse et elle ne peut parfois pas se fier entièrement aux résultats indiqués. Lorsqu'une femme enceinte montre des signes d'hypertension, elle recommande un médicament antihypertenseur, sans toutefois être sûre que la femme en question reviendra pour une surveillance plus complète, et elle a rarement le temps de conseiller ses clientes sur tous les signes de danger. Elle sait également que, même si elle est censée voir les femmes enceintes quatre fois pendant leur grossesse, celles-ci peuvent : 1) retarder la première consultation, 2) recevoir des soins anténataux de multiples structures de soins ou 3) sauter des consultations. En conséquence, elle ne sait pas exactement quand elle reverra chaque femme, car il est très peu probable qu'elle assure toutes les consultations de SAN. Il est donc difficile pour elle de réaliser un suivi constant des problèmes identifiés au cours des consultations de SAN précédentes ou de vérifier que la femme en question a respecté les recommandations ou les orientations.

Public secondaire 1 : responsables sanitaires au niveau régional et local



Dr Abena, 43 ans, cadre du centre de santé régional situé près d'Accra, au Ghana

Le Dr Abena est cadre de santé responsable d'un district. Il est chargé de s'assurer que tous les établissements des secteurs publics et privés de son district respectent les recommandations du gouvernement applicables à l'ensemble des protocoles de santé. Il participe à l'élaboration du budget affecté aux besoins de santé du district, à l'identification des sources de financement des produits et des équipements, à l'organisation de l'actualisation des formations pour les différents établissements gouvernementaux et au contrôle de la qualité des services dans tous les centres du district. Il est enfin responsable des indicateurs de santé de son district et se sent souvent submergé par l'étendue des problèmes à gérer. En sous-effectif, il considère qu'il ne dispose pas du temps et des ressources nécessaires pour offrir la qualité de services et la disponibilité de produits requis. Il aimerait pouvoir mieux répondre aux besoins de sa population locale. L'idée d'être utile et d'obtenir des appréciations positives de la part de ses superviseurs et des politiciens locaux le motive grandement.



Dr Cume, 39 ans, responsable de l'hôpital du district à Nampula, au Mozambique

Le Dr Cume est le médecin responsable d'un hôpital du district. Salarié du secteur public, il assure la gestion humaine, financière et opérationnelle de l'hôpital. Il travaille avec un budget limité et un nombre restreint d'employés. Il sait que les morts maternelles au cours de l'accouchement sont un problème majeur auquel ses superviseurs et les responsables nationaux accordent une attention accrue. Il considère toutefois qu'il ne dispose pas du temps et des ressources nécessaires pour garantir la qualité de services et la disponibilité des produits requis dans l'hôpital. Il aimerait pouvoir mieux répondre aux besoins de ses patientes. L'idée d'être utile et d'obtenir des appréciations positives de la part de ses superviseurs le motive grandement.

Public secondaire 2 : agents de santé communautaires (ASC)



Kanta, 43 ans, agent de santé communautaire au Bangladesh

Kanta est une femme d'âge moyen, mère de trois enfants. Le gouvernement lui a offert une formation pour qu'elle devienne ASC. Sa formation était axée sur l'identification des maladies et des problèmes de santé clé touchant divers groupes d'âges, ainsi que sur l'identification des femmes enceintes de sa communauté afin de les encourager à avoir régulièrement recours aux SAN. Kanta a également été formée à l'identification des signes de danger associés à la grossesse. Même si elle n'est pas tout à fait à l'aise avec tous les signes de danger associés à la grossesse, elle connaît les problèmes médicaux tels que les saignements abondants et les convulsions au cours de la grossesse. Grâce à son rôle d'ASC, elle a acquis statut et 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 aimerait en apprendre davantage sur les différents problèmes susceptibles de survenir au cours de la grossesse et de l'enfance. Par ailleurs, elle voudrait avoir plus d'outils sur la PE/E afin qu'elle puisse mieux expliquer à sa communauté l'importance de rechercher un traitement de la PE/E.

Étape 4 : Définir la stratégie des messages

Reportez-vous à la page 21 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 4 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step4/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Public principal 1 : Femmes enceintes et leurs familles

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, accroître le pourcentage de femmes enceintes et de leurs familles qui :

1. Peuvent identifier et comprendre les signes de PE/E.
2. Savent quoi faire et où aller pour obtenir des soins en cas de symptômes de PE/E.
3. Comprennent la valeur et les avantages des consultations de SAN et savent où avoir accès à ces services.
4. Se rendent à au moins quatre consultations de SAN au cours de la grossesse.
5. Parlent à leur partenaire ou aux membres de leur famille des soins de la grossesse et des accouchements assistés ou dans des structures sanitaires.
6. Recommandent les SAN à leurs amies.

Positionnement

Le fait de connaître les signes de danger clés au cours de la grossesse signifie que vous êtes mieux préparé pour protéger votre santé, celle de votre femme et celle des membres de votre famille, ainsi que celle du bébé.

Promesse clé

Le fait de se rendre régulièrement aux consultations de SAN donne aux femmes et aux bébés toutes les chances de vivre une grossesse sereine.

Déclaration à l'appui

La détection précoce et le traitement rapide des complications de la grossesse permettent de garantir un accouchement plus sûr pour la mère, ainsi qu'un développement et un accouchement plus bénéfiques pour le bébé.

Messages clés

Les messages clés destinés aux femmes enceintes et à leurs familles doivent se concentrer sur les avantages des SAN, sur l'identification des signes de danger de la PE/E et sur la recherche de soins rapides. Voici quelques exemples illustratifs :

- Les consultations de SAN sont une composante importante de toute grossesse. Ces consultations permettent à vous-même/à votre femme/aux membres de votre famille d'apprendre à vous protéger/à protéger la santé de la mère et du bébé, et à vous préparer à l'accouchement.
- Il suffit de quatre consultations de SAN au cours de votre grossesse/celle de votre femme/celle d'un membre de votre famille pour protéger la santé de la mère et garantir le développement sain du bébé.
- Demandez une analyse des urines et une mesure de la TA à chaque consultation de SAN. Demandez à votre prestataire de soins de santé quel est le risque de PE/E pour vous/la mère.
- Planifiez l'accouchement. Discutez avec votre prestataire de SAN ou l'ASC de la procédure à suivre en cas d'inquiétude ou d'urgence au cours de la grossesse ou de l'accouchement, et demandez-lui de vous aider à déterminer à quel endroit et avec qui vous accoucherez/la mère accouchera.
- La PE/E est dangereuse pour la mère et le bébé. Il existe cependant des signes d'avertissement que vous pouvez apprendre et qui vous aideront à savoir quand chercher un traitement.
- Des vertiges, une vision floue, des maux de tête, un gonflement des jambes ou des pieds, et des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen peuvent être des signes de PE/E. Si vous expérimentez/la mère expérimente au moins un de ces symptômes au cours de la grossesse, consultez immédiatement un ASC ou un centre de santé.
- Beaucoup trop de femmes meurent de PE/E avant ou pendant l'accouchement. Vous pouvez faire en sorte que vous/votre partenaire/les membres de votre famille ne soient pas dans ce cas-là.
- Le sulfate de magnésium est le meilleur traitement pour la PE/E. Il est très sûr et déclenche rarement des effets secondaires. Et même en cas d'effets secondaires, ceux-ci peuvent facilement être traités.
- Parlez de l'importance des SAN à votre partenaire et à votre famille.
- Pour les partenaires masculins/les membres de la famille : soyez la référence dont votre famille a besoin pour prendre la bonne décision. Encouragez votre partenaire/les membres de votre famille à aller aux consultations de SAN, à identifier les signes avant-coureurs de PE/E et à savoir que faire et où aller si quelque chose va mal au cours de la grossesse ou de l'accouchement.

Public principal 2 : Prestataires cliniques basés en structures sanitaires

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, accroître le pourcentage de prestataires cliniques qui :

1. Savent comment diagnostiquer la PE/E, surtout au cours des SAN.
2. Savent que le sulfate de magnésium est le médicament recommandé pour traiter la PE/E.
3. Savent comment administrer le sulfate de magnésium (dosage correct, voie d'administration et posologie).
4. Se sentent suffisamment à l'aise pour administrer du sulfate de magnésium en traitement de la PE/E.
5. Sont suffisamment à l'aise pour détecter, chez les patientes, les signes de toxicité du magnésium et administrer du gluconate de calcium, si nécessaire.
6. Ont accès à tous les produits nécessaires associés au diagnostic et au traitement de la PE/E.

Positionnement

Voici les procédures d'urgence que vous pouvez appliquer : la PE/E sévère peut être traitée et les vies des mères et des bébés sauvées en prenant quelques mesures simples : mettez en œuvre un protocole de détection précoce de la pré-éclampsie et traitez les patientes avec le meilleur traitement disponible, le sulfate de magnésium.

Promesse clé

Les clientes et vos supérieurs apprécieront votre travail et vous serez récompensé pour votre diligence. Vous gagnerez en renommée/prestige dans votre communauté et davantage de personnes auront confiance en vous.

Déclaration à l'appui

En sachant comment diagnostiquer et traiter systématiquement la PE/E, vous aiderez les femmes enceintes et leurs bébés à éviter des problèmes graves. En retour, cette démarche contribuera à la réduction de la mortalité et de la morbidité dans votre communauté.

Messages clés

Les messages clés doivent chercher à développer des prestataires bien informés, qui connaissent et appliquent les recommandations les plus récentes pour traiter les problèmes de santé maternelle courants.

Voici quelques exemples illustratifs :

- Vous pouvez facilement diagnostiquer la pré-éclampsie en utilisant une combinaison de mesure de la TA, des niveaux de protéines dans les urines et d'autres signes de danger, comme la vision floue, les maux de tête, les œdèmes et les douleurs épigastriques.
- Vous pouvez traiter la pré-éclampsie et obtenir d'excellents résultats médicaux, avec un minimum de complications.
- Le sulfate de magnésium est facile à administrer dans n'importe quelle structure sanitaire.
- Quand il est correctement utilisé, le sulfate de magnésium ne présente aucun danger pour la mère ou le fœtus.
- Les essais médicaux montrent une diminution du taux de létalité lorsque le sulfate de magnésium est utilisé à la place du diazépam pour traiter la PE/E.
- Les risques de toxicité associés au sulfate de magnésium sont très faibles et la façon la plus simple de traiter les effets secondaires non sévères consiste à mettre de côté la dose suivante. En cas d'effets secondaires sévères, l'antidote, le gluconate de calcium, est peu onéreux et facile à obtenir et à administrer.
- Avec la formulation d'une concentration de 50 % de sulfate de magnésium recommandée par l'OMS, vous pouvez facilement diluer et administrer ce produit sur le lieu des soins pour traiter la PE/E.

Public secondaire 1 : Responsables sanitaires au niveau régional et local

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, les agents de santé auront pris des mesures afin de :

Au niveau du district :

1. S'assurer que les recommandations actualisées et les informations d'approvisionnement sur la PE/E sont diffusées aux structures sanitaires locales.
2. Diffuser les outils d'aide à la détection et au traitement de la PE/E, ainsi que les listes de vérification à utiliser dans les structures sanitaires.
3. Développer et mettre en œuvre un plan de formation sur la PE/E destiné aux structures sanitaires et aux cadres (infirmières) de niveau inférieur.
4. Accorder la priorité au sulfate de magnésium dans les budgets annuels.

Au niveau des structures sanitaires :

1. S'assurer que les recommandations actualisées et les informations d'approvisionnement sur la PE/E et le sulfate de magnésium sont diffusées à tout le personnel concerné.
2. Orienter le personnel vers les nouveaux outils d'aide et les listes de vérification destinés à la détection et au traitement de la PE/E.
3. S'assurer que les structures sanitaires et les cadres (infirmières) de niveau inférieur sont formés sur la PE/E.
4. Accorder la priorité au sulfate de magnésium dans les budgets annuels.

Positionnement

Voici les procédures d'urgence que vous pouvez appliquer : les agents de santé publique doivent s'assurer que toutes les structures sanitaires du pays/district sont équipées de manière à améliorer la détection, le traitement et la prise en charge précoces de la PE/E sévère. En développant des outils adaptés et en les intégrant à votre système de santé dans le cadre d'une intervention globale en faveur de la santé maternelle, vous vous assurez que le personnel médical sur site dispose des équipements nécessaires pour répondre aux cas potentiels de PE/E.

Promesse clé

Vous contribuerez à la diminution des morts maternelles provoquées par la PE/E dans votre pays et aiderez celui-ci à atteindre ses OMD. Vous gagnerez ainsi en prestige auprès de vos pairs et supérieurs et améliorerez votre satisfaction au travail.

Déclaration à l'appui

Il a été démontré qu'une attention accrue accordée à la détection de la pré-éclampsie, associée à un meilleur accès aux produits tels que le sulfate de magnésium pour le traitement et la prise en charge, entraînent une amélioration des conditions de santé des femmes enceintes. Le traitement de la PE/E par le sulfate de magnésium est une intervention simple, peu coûteuse, à fort impact sur la santé et facile à mettre en place (dans votre district/structure sanitaire).

Messages clés

Les messages clés doivent mettre l'accent sur la façon dont les agents de santé responsables et impliqués peuvent mettre en œuvre des procédures au niveau du district et de la structure sanitaire destinées à améliorer considérablement les conditions de santé sur le lieu des soins. Les messages essentiels sur le produit doivent également être abordés.

Voici quelques exemples illustratifs :

- L'OMS recommande le sulfate de magnésium comme traitement de la PE/E le plus efficace.
- Les recommandations de l'OMS en matière de traitement de la PE/E énoncent clairement le dosage, le traitement et la voie d'administration appropriés.
- Les recommandations de l'OMS sont adaptées aux environnements à faibles ressources et permettent aux cadres prestataires de niveau inférieur d'administrer le sulfate de magnésium au niveau de la structure sanitaire.
- Plusieurs pays ont déjà mis en place des formations des prestataires de soins de santé sur l'utilisation du sulfate de magnésium en prévention ou traitement de l'éclampsie et ont obtenu d'excellents résultats en termes de mortalité et de morbidité liées à la PE/E.

Messages clés (suite)

- Le sulfate de magnésium est simple d'utilisation et les risques de toxicité sont faibles lorsque ce produit est administré en respectant les recommandations de l'OMS.
- Le diazépam est déconseillé pour traiter les convulsions en cas d'éclampsie. Il doit être retiré des recommandations nationales et/ou locales.
- Les recommandations à tous les niveaux (initiales, sur le terrain et de soins cliniques) doivent être conformes et cohérentes pour éviter toute confusion parmi les prestataires.
- Les agents chargés de l'homologation, de l'approvisionnement et de la distribution doivent être tenus informés des spécifications du produit et s'assurer de sa disponibilité à tous les niveaux autorisés.
- Les prestataires des centres de soins primaires peuvent être formés à la détection de la PE/E et à la distribution et l'administration du sulfate de magnésium avant l'orientation vers des centres de niveau supérieur.
- Les prestataires de SAN doivent suivre des formations d'actualisation et bénéficier d'outils adaptés à la détection systématique de la pré-éclampsie. Les outils de mesure de la tension artérielle, d'analyse d'urine, la liste des signes de danger, l'algorithme de prise de décision et les outils d'aide sur le lieu des soins aident les prestataires de SAN à améliorer la détection.

Public secondaire 2 : Agents de santé communautaires (ASC)

Objectifs visés

D'ici à la fin 2015, accroître le pourcentage d'ASC qui :

1. Répertoire correctement tous les signes de danger liés à la pré-éclampsie (vision floue, vertiges, maux de tête, œdème, douleurs épigastriques).
2. Connaissent le lien entre les signes de danger pendant la grossesse et les complications sévères associées, comme les convulsions chez la mère et la perte potentielle du bébé.
3. Savent quand orienter une femme enceinte pour un traitement de la pré-éclampsie.
4. Se sentent suffisamment à l'aise pour expliquer aux femmes enceintes et à l'ensemble de la communauté les signes de danger de la pré-éclampsie et pourquoi il est important pour les femmes enceintes présentant ces signes de danger de bénéficier rapidement de soins dans une structure sanitaire.
5. Peuvent informer les femmes enceintes dans les communautés sur le type de test auquel elles doivent s'attendre et qu'elles doivent demander à chaque consultation de SAN (tension artérielle et analyse d'urine pour la détection de la PE/E).

Positionnement

Voici les procédures d'urgence que vous pouvez appliquer : en raison de votre proximité avec les femmes enceintes de votre communauté et de la relation que vous avez créée avec elles et leurs familles, vous êtes leur premier interlocuteur quand il s'agit de détecter la PE/E et vous pouvez sauver les vies des mères et des bébés de votre communauté.

Promesse clé

Parce que vous savez comment identifier systématiquement les signes de danger de la PE/E et orienter les femmes enceintes vers les soins appropriés, vous deviendrez la source la plus fiable d'information au niveau communautaire. Vous gagnerez en renommée dans votre communauté et davantage de personnes auront confiance en vous, féliciteront votre travail et vous soutiendront.

Déclaration à l'appui

Pour les membres de la communauté, il est extrêmement précieux de savoir qu'une personne parmi eux est capable d'aider à identifier les signes d'avertissement et d'encourager les comportements plus sains. Les membres de la communauté apprécient et respectent les personnes formées aux problèmes de santé car ils sont impressionnés par leurs connaissances.

Messages clés

Les messages clés pour les ASC doivent se concentrer sur la connaissance et l'identification/la surveillance des signes d'avertissement chez les femmes enceintes, ainsi que sur l'encouragement à adopter des comportements plus sains tels que ceux consistant à se rendre aux consultations de SAN et à accoucher dans des structures sanitaires. Les messages de base sur la PE/E doivent également être abordés.

Voici quelques exemples illustratifs :

- Des vertiges, une vision floue, des maux de tête, un gonflement des jambes ou des pieds, et des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen chez la femme enceinte peuvent être des signes de PE/E.
- En tant qu'ASC, vous pouvez identifier les signes de danger lors de leur survenue et expliquer la nécessité de bénéficier de soins immédiats dans une structure sanitaire.
- La communauté se fie à vous pour lui fournir des informations qu'elle peut utiliser afin d'améliorer la santé de ses membres en matière de grossesse et d'accouchement, mais surtout de traitement de la PE/E.
- Vous êtes le lien entre la communauté et la structure sanitaire. Il vous appartient de faciliter les orientations vers les structures sanitaires et, donc, d'améliorer les conditions de santé de votre communauté.
- Vous pouvez encourager les femmes enceintes à se rendre à l'ensemble des consultations de SAN. Vous pouvez aussi vous assurer qu'à chaque consultation, elles demandent aux prestataires de vérifier leur tension artérielle et la présence éventuelle de protéines dans leurs urines, mais aussi de déceler les autres signes de danger de la PE/E.

Étape 5 : Déterminer les activités et interventions

Reportez-vous à la page 22 pour une aide sur cette étape, ainsi qu'à l'« Étape 5 » du Kit de mise en œuvre pour la création de la demande (<http://sbccimplementationkits.org/demandrnmch/ch-step5/>) où vous trouverez d'autres ressources.

Des approches et activités suggérées et des exemples illustratifs sont présentés ici comme choix appropriés pour communiquer les informations sur le sulfate de magnésium aux publics principaux et secondaires. 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 soient innovantes et convaincantes.

Médias de masse

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Forme abrégée pour les médias	Développer des spots radio ou télédiffusés sur la PE/E (par ex., sur l'identification des signes de danger et sur la recherche de SAN).	Sensibiliser aux SAN et en faire mieux connaître les avantages.	Femmes enceintes et leurs familles Autres : prestataires de soins de santé (en structures sanitaires et au niveau communautaire)
Forme longue pour les médias	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer la PE/E dans des séries dramatiques radio ou télédiffusées en plusieurs épisodes. Produire des émissions de tribunes téléphoniques à la radio qui incluent comme sujet la PE/E. 	<p>Stimuler le dialogue social.</p> <p>Changer les normes sociales relatives aux SAN et aux accouchements assistés.</p>	Femmes enceintes et leurs familles
Supports imprimés	Développer/adapter des brochures/dépliants à ramener chez soi et des affiches sur la PE/E, ainsi que des autocollants pour rappeler aux femmes les signes de danger de la PE/E.	Mieux faire connaître la PE/E et les lieux où bénéficier de services de qualité ; indiquer quand chercher de l'aide (rappels).	Femmes enceintes et leurs familles
Médias numériques et santé mobile	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer la PE/E au service SMS de santé maternelle existant, avec notamment des rappels du moment où il convient d'aller chercher des soins. Mettre en place des lignes d'assistance téléphonique sur la santé maternelle (par téléphone et/ou par SMS). 	<p>Augmenter la sensibilisation et les connaissances.</p> <p>Stimuler le dialogue social.</p>	Femmes enceintes et leurs familles Prestataires à base communautaire

Services au niveau hospitalier

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Services cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Développer et distribuer des consignes de qualité via des réseaux de pair ou des associations professionnelles. • Former les prestataires de soins de santé à la prévention, à la détection et à la prise en charge de la PE/E (par sulfate de magnésium). • Développer un algorithme de détection et de traitement de la PE/E. • Développer un outil d'aide détaillant le protocole global de traitement (avec la prise en charge de l'hypertension). 	<p>Optimiser les connaissances.</p> <p>Garantir une utilisation correcte.</p> <p>Faciliter la prise de décision.</p> <p>Accroître la détection et le traitement précoces.</p>	Prestataires en structures sanitaires
Enseignement numérique/à distance	<ul style="list-style-type: none"> • Développer et former les prestataires sur les outils d'aide électroniques tels que les smartphones et les applications sur tablette. • Diffuser, par l'intermédiaire de smartphones ou de tablettes, des vidéos sur YouTube indiquant comment détecter le PE/E et administrer le sulfate de magnésium. 	<p>Améliorer les connaissances et les compétences.</p> <p>Faciliter l'utilisation par les divers cadres prestataires.</p>	Prestataires en structures sanitaires ASC
Encadrement coopératif	Réaliser une supervision sur site à l'aide de listes de vérifications et transmettre des commentaires au prestataire afin de l'encourager à améliorer la qualité des soins.	Améliorer les compétences et la motivation.	Cadres/ responsables de santé
Rappels/éléments incitatifs	Développer des rappels de test de la PE/E et d'administration du traitement approprié, et diffuser ces rappels aux points de contrôle réguliers et fréquents (par ex., au cours des vérifications de supervision, des formations d'actualisation).	<p>Augmenter les connaissances.</p> <p>Augmenter les compétences.</p>	Cadres/ responsables de santé Prestataires en structures sanitaires ASC

Services, sensibilisation et approches au niveau communautaire

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Sensibilisation des ASC	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des tableaux comportant les signes de danger de PE/E pour les populations à faible niveau d'alphabétisation. • Développer des badges ou d'autres supports comportant les messages clés sur la PE/E et les consultations de SAN. • Développer des compétences d'influence/ de négociation afin de s'assurer que les soins appropriés sont prodigués. • Développer des systèmes d'orientation systématiques et motivants. 	<p>Assurer la détection précoce de la PE/E.</p> <p>Garantir des soins prodigués au moment opportun pour les femmes souffrant de PE/E.</p>	ASC Femmes enceintes et leurs familles
Approches communautaires	Développer, avec la communauté, un dialogue axé sur les consultations de SAN régulières et les soins adaptés aux femmes enceintes, en y intégrant les signes de danger.	<p>Améliorer la connaissance de la PE/E.</p> <p>Encourager la recherche de soins rapides.</p>	ASC Femmes enceintes et leurs familles
Champions	Identifier les « héros du quotidien » — par exemple, les hommes de la communauté qui soutiennent les SAN, connaissent la PE/E pour leurs partenaires et aident à assurer la santé de leur famille — et les célébrer lors d'événements communautaires et par l'intermédiaire de messages communautaires et des médias.	<p>Stimuler le dialogue social.</p> <p>Augmenter le soutien social en faveur des SAN.</p>	Femmes enceintes et leurs familles

Structurelles

Zone d'intervention	Exemples d'activités	Objet	Public visé
Politique et directives	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les associations professionnelles dans des activités de partage des preuves associées à l'utilisation du sulfate de magnésium. • Développer des dossiers de plaidoyer à destination des décideurs régionaux afin de promouvoir l'importance des produits et de la formation associés à la PE/E. • Communiquer les recherches démontrant les économies de coûts réalisées grâce à une détection et un traitement au sulfate de magnésium précoces. <p><i>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 destinées à favoriser la prise de conscience et enjoindre les parties prenantes à combler les lacunes politiques concernant le produit. Consultez le site : http://www.path.org/publications/detail.php?i=2381</i></p>	Influencer les politiques et recommandations.	Cadres/ responsables de santé
Groupes de travail techniques	<ul style="list-style-type: none"> • Développer/mettre à jour les recommandations relatives à la détection et au traitement de la PE/E. • Mettre à jour le matériel de formation sur la détection et le traitement adéquats de la PE/E (formation initiale et sur le terrain). • Évaluer les opportunités de répartition des tâches et le besoin de recommandations sur son utilisation dans la détection et le traitement de la PE/E. 	<p>Garantir l'exactitude des connaissances.</p> <p>Fournir des produits adaptés.</p> <p>Parvenir à un consensus sur la répartition des tâches.</p>	Prestataires/ cadres/ responsables de soins de santé en structures sanitaires
Éléments incitatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un schéma incitatif visant à récompenser les femmes qui se rendent aux quatre consultations de SAN et qui accouchent dans une structure sanitaire. • Récompenser les structures sanitaires pour le nombre de consultations de SAN et d'accouchements réalisés. 	Augmenter la participation aux SAN et les accouchements en structure sanitaire.	Femmes enceintes et les familles ASC Prestataires en structures sanitaires
Formation initiale	Intégrer la PE/E et le sulfate de magnésium dans la formation initiale de tous les prestataires, notamment les médecins, infirmières, sages-femmes, ASC, etc.	Accroître la connaissance du sulfate de magnésium et de son utilisation.	Prestataires en structures sanitaires ASC

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 œuvre pour la 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.

Statistiques générales

- Nombre et gravité (modérée/sévère) des cas de pré-éclampsie identifiés.
- Nombre de cas de pré-éclampsie traités avec le sulfate de magnésium.
- Nombre de cas d'éclampsie observés/traités avec le sulfate de magnésium.
- Nombre de décès liés à l'éclampsie.

Femmes enceintes et leurs familles :

- Proportion de femmes et de leurs familles qui déclarent savoir où accéder aux SAN.
- Proportion de femmes ayant bénéficié d'au moins quatre consultations de SAN.
- Proportion de femmes bénéficiant d'une vérification de leur tension artérielle, de leurs urines et des signes de danger à chaque consultation de SAN.
- Proportion de femmes et de leurs familles capables d'identifier au moins trois signes de danger de PE/E.
- Proportion de femmes et de leurs familles qui savent qu'une PE/E est dangereuse mais évitable.

Prestataires :

- Nombre et niveau des prestataires formés, au cours des trois dernières années, à la détection de la PE/E et au traitement au sulfate de magnésium.
- Proportion de prestataires/ASC qui déclarent connaître au moins trois signes de danger de PE/E.
- Proportion de prestataires/ASC disposant d'un accès aux outils de détection et de traitement de la PE/E.
- Proportion de structures sanitaires disposant d'un accès à tous les produits nécessaires à la détection et au traitement de la PE/E.
- Proportion de prestataires/ASC déclarant être capables d'identifier la PE/E.
- Proportion de prestataires qui désignent le sulfate de magnésium comme traitement de première intention pour la PE/E.
- Proportion de prestataires qui déclarent se sentir à l'aise pour traiter la PE/E avec du sulfate de magnésium.
- Proportion de prestataires déclarant être capables d'identifier les signes de toxicité et de prendre les mesures appropriées.
- Nombre d'orientations pour la PE/E ou de consultations de SAN effectuées par des prestataires non cliniques.

Agences sanitaires régionales ou locales :

- Proportion des recommandations de santé régionales/locales actualisées afin de faciliter l'approvisionnement en sulfate de magnésium et la détection et le traitement de la PE/E.
- Proportion de personnels régionaux/locaux concernés ayant reçu des exemplaires des recommandations actualisées pour l'approvisionnement en sulfate de magnésium et en équipement de détection et de traitement de la PE/E.
- Proportion des budgets pour les produits de santé locaux qui incluent le sulfate de magnésium.
- Volume des approvisionnements en sulfate de magnésium par région/sous-région.

Références



- Altman, D., Carroli, G., Duley, L., Farrell, B., Moodley, J., Neilson, J., et al. (2002). Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: A randomised placebo-controlled trial. *The Lancet*, 359(9321), 1877-1890.
- Assad, H. A., & Shamsa, R. (n.d.). Barriers to the use of magnesium sulphate in Pakistan: A study to develop informed policy. Pakistan: Ministry of Health. Retrieved from http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr_magnesiumsulfate_pakistan.pdf
- Bigdeli, M., Zafar, S., Assad, H., & Ghaffar, A. (2013). Health system barriers to access and use of magnesium sulfate for women with severe pre-eclampsia and eclampsia in Pakistan: Evidence for policy and practice. *PLoS ONE*, 8(3), e59158. doi: 10.1371/journal.pone.0059158.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Daniels, K., Lewin, S., & The Practice Policy Group. (2008). Translating research into maternal health care policy: A qualitative case study of the use of evidence in policies for the treatment of eclampsia and pre-eclampsia in South Africa. *Health Research Policy and Systems*, 6, 12. doi: 10.1186/1476-4505-6-12.
- EngenderHealth. (2007). *Balancing the scales: Expanding treatment for pregnant women with life-threatening hypertensive conditions in developing countries. A report on barriers and solutions to treat pre-eclampsia and eclampsia*. New York: EngenderHealth.
- Every Woman Every Child. (2013). Magnesium sulfate (MgSO₄): Product profile. Retrieved from <http://www.everywomaneverychild.org/component/content/article/1-about/304-magnesium-sulfate-mgso4--product-profile->
- 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.
- Jhpiego. (2009). *Evidence base for PE/E strategy (unpublished)*. Baltimore, MD: Jhpiego.
- 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.
- Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP). (2009). *Report of second technical working group meeting on pre-eclampsia/eclampsia*. Washington, DC: USAID/MCHIP.
- Maternal Health Technical Resource Team, Magnesium Sulfate Subgroup. (n.d.). *Barriers to use of magnesium sulfate for pre-eclampsia and eclampsia management in low- and middle-income countries, A brief review of the literature*.
- McIntosh, J. J., & Washington, S. (2010, November-December). *A pre-eclamptic patient in Kenya*. *OB/GYN Special Delivery*, 1.
- Nigeria Federal Ministry of Health (FMoH), Population Council, & MacArthur Foundation. (2009). *Training manual [Trainee version] on the use of magnesium sulphate in the management of severe pre-eclampsia and eclampsia*. Abuja, Nigeria: Nigeria FMoH.
- Noar, S. M. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 11(1), 21-42.
- Okereke, E., Ahonsi, B., Tukur, J., Ishaku, S. M., & Oginni, A. B. (2012). Benefits of using magnesium sulphate (MgSO₄) for eclampsia management and maternal mortality reduction: Lessons from Kano State in Northern Nigeria. *BMC Research Notes*, 5(1), 421-426. doi: 10.1186/1756-0500-5-421.
- Osungbade, K. O., & Ige, O. K. (2011). Public health perspectives of preeclampsia in developing countries: Implication for health system strengthening. *Journal of Pregnancy*, 2011, 481095. doi: 10.1155/2011/481095.
- Population Council Nigeria. (2013). *Pre-service training on use of magnesium sulphate for management of pre-eclampsia and eclampsia for departments, schools, and colleges of nursing and midwifery in Nigeria. Evidence for Action: News from the Population Council in Nigeria*, 3, 1-2. Retrieved from http://www.popcouncil.org/pdfs/2013_NigeriaEvidenceForAction3.pdf
- Sanghvi, H. (2011). *Screening and early detection of preeclampsia (presentation). Interventions for impact in EONC meeting, Addis Ababa*. Baltimore, MD: Jhpiego.
- Sevene, E., Lewin, S., Mariano, A., Woelk, G., Oxman, A. D., Matinhure, S., et al. (2005). System and market failures: The unavailability of magnesium sulphate for the treatment of eclampsia and pre-eclampsia in Mozambique and Zimbabwe. *BMJ*, 331(7519), 765-769.
- Smith, J. M., Currie, S. M., Perrie, J., Bluestone, J., & Cannon, T. (2013). *National programs for the prevention and management of postpartum hemorrhage and pre-eclampsia/eclampsia: A global survey, 2012*. Washington, DC: USAID/MCHIP.
- Smith, J. M., Lowe, R. F., Fullerton, J., Curry, S. M., Harris, L., & Felker-Kantor, E. (2013). An integrative review of the side effects related to the use of magnesium sulfate for pre-eclampsia and eclampsia management. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 34. doi: 10.1186/1471-2393-13-34.

Thein, T. T., Myint, T., Lwin, S., Mint Oo, W., Kyaw Kyaw, A., Kyaw Myint, M., et al. (2012). Promoting antenatal care services for early detection of pre-eclampsia. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 1(3), 290-298. Retrieved from <http://www.searo.who.int/publications/journals/seajph/whoseajphv1i3p290.pdf>

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

van Dijk, M. G., Díaz, C., Zuniga Uribe, P., Luna Gordillo, R., Reyes Gutierrez, M. E., & Garcia, S. G. (2013a). Use of magnesium sulfate for treatment of pre-eclampsia and eclampsia in Mexico. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 121(2), 110-114.

van Dijk, M., Garcia Rojas, M., Contreras, X., Krumholz, A., Garcia, S., & Diaz Olavarrieta, C. (2013b). Treating patients with severe preeclampsia and eclampsia in Oaxaca, Mexico: Three complementary studies (unpublished manuscript). New York: Population Council.

Venture Strategies Innovations (VSI), & Jhpiego. (2013). Assessment of the availability and use of preeclampsia and eclampsia-related commodities in Kenya and Nepal (publication under review).

Warren, C., & Liambila, W. (2004). Safe motherhood demonstration project Western Province. Approaches to providing quality maternal care in Kenya (final report). Nairobi, Kenya: Republic of Kenya Ministry of Health, University of Nairobi, and Population Council.

Wilson, R., Kade, K., Weaver, A., De Lorenzi, A., Yeager, B., Patel, S., et al. (2012). Medicines for maternal health: Key data and findings. Prepared for the United Nations Commission on Commodities for Women's and Children's Health. New York and Washington, DC: PATH, UNFPA, and USAID.

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

World Health Organization (WHO). (2011a). WHO Model list of essential medicines (17th list). Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70640/1/a95053_eng.pdfWorld Health Organization (WHO). (2011b). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva, Switzerland: WHO.

Coordonnées

Hope Hempstone | United States Agency for International Development (USAID) | hhempstone@usaid.gov

Stephanie Levy | United States Agency for International Development (USAID) | slevy@usaid.gov

Zarnaz Fouladi | United States Agency for International Development (USAID) | zfouladi@usaid.gov

Heather Chotvacs | Population Services International (PSI) | hchotvacs@psi.org

Sanjanthi Velu | Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP) | svelu1@jhu.edu



Life
Saving
Commodities
Improving access,
saving lives

