

ESTIMATION DES BESOINS NON SATISFAITS EN MÉDICAMENTS ESSENTIELS DE SANTÉ MATERNELLE

MARS 2014



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

SIAPS 
Systems for Improved Access
to Pharmaceuticals and Services

Estimation des besoins non satisfaits en médicaments essentiels de santé maternelle

Maheen Malik
Beth Yeager

Mars 2014



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

SIAPS



Ce rapport a été réalisé grâce au généreux soutien du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID), selon les termes de l'accord de coopération numéro AID-OAA-A-11-00021. Les opinions exprimées dans ce document sont propres à Management Sciences for Health et ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID ni du gouvernement des États-Unis.

À propos de SIAPS

L'objectif du programme des systèmes pour l'amélioration de l'accès aux produits et services pharmaceutiques (SIAPS) est de garantir la disponibilité de produits pharmaceutiques de qualité et de services pharmaceutiques efficaces afin de parvenir aux résultats désirés en matière de santé. À cette fin, les objectifs d'intervention de SIAPS comprennent l'amélioration de la gouvernance, le renforcement des capacités de la gestion et des services pharmaceutiques, la priorité accordée à l'information nécessaire pour la prise de décisions dans le secteur pharmaceutique, le renforcement des stratégies et mécanismes financiers pour améliorer l'accès aux médicaments ainsi que l'amélioration de la qualité des services pharmaceutiques.

Citation recommandée

Ce rapport peut être reproduit pourvu que le programme SIAPS y soit mentionné. Veuillez utiliser la citation suivante :

Malik, Maheen, et Beth Yeager. 2013. Traduit en français 2014. *Estimation des besoins non satisfaits en médicaments essentiels de santé maternelle*. Présenté à l'Agence des États-Unis pour le Développement international par le Programme des systèmes pour l'amélioration de l'accès aux produits et services pharmaceutiques (SIAPS). Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services
Center for Pharmaceutical Management
Management Sciences for Health
4301 North Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203 USA
Téléphone : 703.524.6575
Télécopie : 703.524.7898
Courriel : siaps@msh.org
Site Internet : www.siapsprogram.org

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes et abréviations.....	v
Remerciements.....	vii
Objet.....	1
Estimation des besoins non satisfaits.....	2
Contexte.....	5
Hémorragie du post-partum.....	6
Pré-éclampsie et éclampsie.....	6
Données existantes sur la disponibilité des médicaments essentiels de santé maternelle.....	7
Méthodologie.....	9
Étape 1 : Recueillir les données démographiques.....	10
Étape 2 : Recueillir les données épidémiologiques.....	10
Étape 3 : Faire une estimation des besoins en chaque médicament.....	12
Étape 4 : Recueillir les données d’approvisionnement.....	22
Étape 5 : Comparer l’estimation des besoins avec les données d’approvisionnement afin de calculer les besoins non satisfaits.....	22
Étape 6 : Organiser une réunion avec les parties concernées pour discuter des besoins non satisfaits et élaborer un plan d’action pour combler les écarts.....	24
Validation de la méthodologie dans deux pays.....	29
Estimation des besoins pharmaceutiques de santé maternelle non satisfaits au Bangladesh.....	29
Estimation des besoins pharmaceutiques de santé maternelle non satisfaits en République démocratique du Congo.....	34
Explication des termes.....	39
Références.....	41

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

BMMS	<i>Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey</i> (Enquête sur la mortalité maternelle et la santé au Bangladesh)
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament (RDC)
DST	directives standardisées de traitement
EDS	Enquête démographique et sanitaire
HPP	hémorragie du post-partum
LME	liste des médicaments essentiels
MCHIP	Programme Intégré de Santé maternelle et infantile (<i>Maternal and Child Health Integrated Program</i>)
MoHFW	<i>Ministry of Health and Family Welfare</i> (Ministère de la santé, de la famille et du bien-être de Bangladesh)
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
PE/E	pré-éclampsie/éclampsie
PEC	prise en charge
RDC	République démocratique du Congo
SIAPS	Systèmes pour l'amélioration de l'accès aux produits et services pharmaceutiques
SPA	soins post-avortement
SPSR	sécurité des produits de santé de la reproduction
UI	unité internationale
UNCoLSC	Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitales pour les femmes et les enfants
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier les personnes suivantes, pour leur remarquable contribution de révision et de finalisation de ce document :

Debbie Armbruster, USAID

Jennifer Bergeson-Lockwood, USAID

Henk den Besten, Supply Chain Management Systems (Systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement)

Gillian Burkhardt, Population Services International

Sheena Currie, Maternal and Child Health Integrated Program (Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile)

Suzanne Diarra, MSH

Bonnie Keith, Reproductive Health Supplies Coalition

Maria Miralles, USAID

Bijou Muhura, USAID

Khadija Naithani, Maternal and Child Health Integrated Program (Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile)

Patricia Paredes, MSH

Helen Petach, USAID

Olivia Reyes, Rabin Martin

Suzy Sacher, John Snow, Inc.

Catharine Taylor, PATH

John Townsend, Population Council

Hans Vemer, Accelovate

OBJET

En dépit d'efforts et d'investissements considérables effectués à la fois au niveau mondial et national par les parties concernées internationales et locales pour réduire la mortalité maternelle, un nombre significatif de pays ne sont pas sur la bonne voie pour atteindre l'objectif 5 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'augmentation de l'accès aux intrants de santé maternelle et de leur utilisation a récemment reçu une attention accrue et est devenue une préoccupation clé de plusieurs initiatives internationales. La Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (UNCoLSC) est consciente que les défis d'offre et de demande sont parmi les obstacles les plus importants à l'accès et l'utilisation de ces intrants qui sauvent des vies.¹ Une étape essentielle de l'amélioration de l'accès à ces intrants consiste à garantir leur disponibilité là où les femmes en ont besoin. Pour ce faire, la planification adéquate de l'approvisionnement est une exigence, qui pour diverses raisons demeure un défi pour la gestion des médicaments essentiels de santé maternelle, comme par exemple leur utilisation dans des indications multiples et l'absence de données sur la morbidité et la consommation réelle, données qui servent de base de calcul à la quantification. À l'heure actuelle, peu de données factuelles permettent de déterminer si les pays disposent ou non d'un approvisionnement suffisant pour couvrir la totalité des femmes qui ont besoin de ces intrants essentiels. À moins de trois ans de l'échéance de l'OMD, l'identification des écarts éventuels, en d'autres termes, des besoins non satisfaits, est un élément essentiel en raison de l'intensification des efforts pour élargir l'accès et la disponibilité de ces intrants et atteindre l'objectif. Grâce à ces données, les pouvoirs publics seront en mesure de mieux planifier et de financer de manière efficiente leurs efforts au sein du système de santé.

L'objet de ce document est de présenter une méthode permettant aux responsables de programmes nationaux et autres parties concernées clés d'évaluer les besoins théoriques d'un pays concernant trois intrants principaux de santé maternelle qui sauvent des vies (à savoir, l'ocytocine, le sulfate de magnésium et le misoprostol) et de les comparer avec les données réelles d'approvisionnement. Cet exercice aidera les responsables nationaux à rationaliser leurs efforts pour mettre en place la recommandation 6 de l'UNCoLSC et améliorer l'approvisionnement d'intrants – pour 3 des 13 principaux médicaments qui sauvent les vies. Cette méthode fournit des indications sur l'étendue des besoins non satisfaits et met en lumière les écarts qui doivent être comblés. Les pays seront en mesure d'adapter l'outil à leurs besoins particuliers pour ces intrants de santé maternelle, pour toutes les indications obstétriques pour lesquelles ces médicaments sont enregistrés dans le pays. Ces données permettront ensuite aux parties concernées de rechercher les causes profondes des écarts constatés, de réexaminer les hypothèses sur lesquelles se fondent les décisions actuelles d'approvisionnement et d'alimenter

une discussion et une analyse approfondies. Ainsi, les parties concernées pourront œuvrer ensemble au niveau national pour promouvoir un accès élargi à ces intrants qui sauvent des vies. Il peut s'avérer intéressant d'inclure les parties concernées du secteur privé dans ces discussions afin de tenir compte de leur rôle de prestataires de soins de santé maternelle. En retour, ces efforts compléteront le travail global sur la sécurité des intrants de la santé de la reproduction, un aspect critique pour élargir l'accès de ces médicaments.

Estimation des besoins non satisfaits

L'expression « besoins non satisfaits » est utilisée depuis des années dans le domaine de la santé de la reproduction. Elle est apparue une des premières fois dans des documents de démographie des années 70, lorsque Scheyer suggéra l'augmentation de l'intervention de l'État dans le financement des services de planification familiale. Utilisée à propos de pays en développement, l'expression « besoins non satisfaits » en planification familiale fait référence aux utilisateurs potentiels, ou simplement aux non-utilisateurs, qui ne souhaitent pas avoir plus d'enfants mais n'utilisent aucune méthode de planification familiale.²

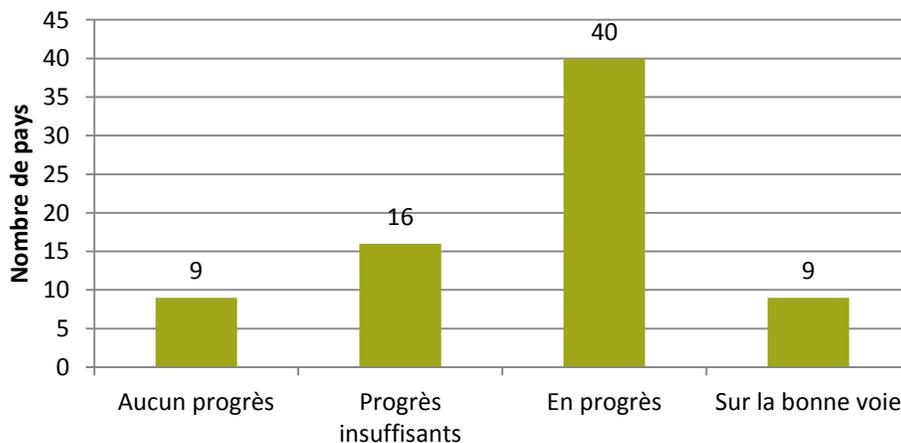
Le cadre général de la sécurité des intrants – l'aptitude des clients ou utilisateurs finaux à se procurer les médicaments au moment où ils en ont besoin – s'applique également aux intrants de santé maternelle. Ici, la notion consiste à garantir aux prestataires la disponibilité de ces médicaments lorsqu'une indication médicale spécifique survient. Les besoins non satisfaits pour ces intrants de santé maternelle répondent au besoin universel des femmes et à leur droit à un accouchement sans danger pour elles et pour leurs nouveau-nés, avec la disponibilité et l'accès à ces médicaments et services essentiels. Ensemble, ces deux concepts forment un puissant motif humanitaire pour investir dans les programmes de santé maternelle actuels et à venir de tous les pays. L'approche visant un groupe donné comme celui décrit dans cet exercice, pour promouvoir la sécurité des intrants s'avère une méthode efficace pour diagnostiquer largement les écarts de disponibilité en intrants de santé maternelle. Elle permet également d'élaborer une feuille de route pour combler ces écarts en élaborant des interventions ciblées accompagnées d'une surveillance constante de la planification de l'approvisionnement pour éviter les ruptures de stock. De plus, d'autres aspects importants de sensibilisation sont au cœur des efforts sur la sécurité des intrants – notamment la coordination entre les partenaires, les exigences financières, les contextes de politiques favorables, la mise à jour de la liste des médicaments essentiels (LME), la révision des directives standardisées de traitement (DST) du pays et l'allocation des ressources nécessaires (humaines comme financières) pour les fonctions de la chaîne d'approvisionnement – seront évoqués au cours de l'exercice, renforçant au bout du compte la sécurité des intrants pour cette catégorie spécifique de médicaments.

Il est de plus en plus important d'établir une méthode d'estimation des besoins pour ces médicaments essentiels de santé maternelle : non seulement pour permettre une prévision précise de l'approvisionnement, mais aussi comme outil de sensibilisation. À l'heure actuelle, la plupart des pays ne quantifient pas ces besoins. Les données nationales sur les indicateurs de santé maternelle, comme par exemple l'incidence des hémorragies du post-partum (HPP) ou de l'éclampsie, ne sont pas disponibles ; par conséquent, les prévisions et la quantification sont le plus souvent basées sur les données d'approvisionnement de l'année passée. Dans de nombreux pays, l'historique de consommation n'est même pas disponible et les données utilisées sont celles de la distribution. L'estimation des besoins en médicaments de santé maternelle et leur comparaison ensuite aux données d'approvisionnement réelles permettront d'éclairer les incohérences potentielles entre les deux et de lancer le dialogue afin d'identifier des stratégies pour combler ces écarts.

CONTEXTE

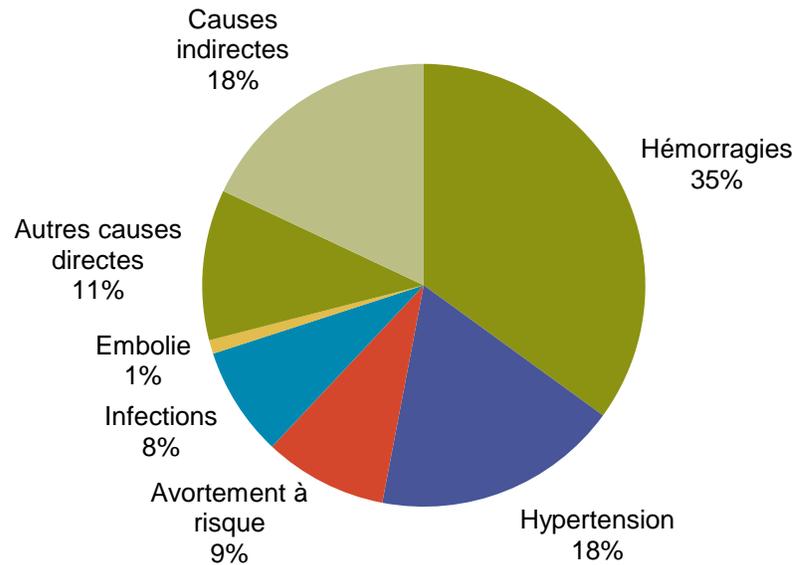
La déclaration des Nations Unies sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, signée par 189 chefs d'État en 2000, engageait les décideurs internationaux à atteindre l'OMD 5 : améliorer la santé maternelle en réduisant le taux de mortalité de trois-quarts d'ici 2015 et d'aboutir à l'accès universel à la santé de la reproduction. Bien entendu, des progrès ont été réalisés (figure 1). Le taux de mortalité maternelle – ou nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes – a baissé de 440 en 1990 à 210 en 2010.³ Pourtant, les données indiquent que seulement 9 pays sur les 74 concernés par l'échéance sont sur la voie pour atteindre l'OMD 5. L'Afrique subsaharienne (avec 56 % des décès) et l'Asie du Sud (29 %) représentaient à elles seules 85 % du fardeau mondial en 2010.

Figure 1. Les progrès des pays vers l'OMD 5 (adapté de la réf. 26, p. 16)



Les complications graves qui regroupent 80 % des décès maternels (figure 2) sont les hémorragies sévères, les infections, l'hypertension pendant la grossesse (pré-éclampsie/éclampsie ou PE/E), la dystocie et l'avortement à risque. Les hémorragies et les problèmes d'hypertension regroupent la majorité des causes de mortalité maternelle dans les pays en développement.³

Figure 2. Causes de mortalité maternelle (adapté de la réf. 26, p. 20)



Hémorragie du post-partum

L'HPP primaire, définie par une perte de sang égale ou supérieure à 500 mL dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, a été identifiée comme une cause majeure du décès des femmes pendant l'accouchement. C'est pourquoi la période des 24 heures qui suivent l'accouchement est la plus dangereuse pour la mère et la prise en charge (PEC) active de ce laps de temps est indispensable pour chaque accouchement, quel que soit le lieu où il se déroule. Le taux de prévalence des HPP est d'environ 10,5 %.⁴ Il est difficile de prédire qui peut avoir une HPP sur la seule base de facteurs de risques ; les deux-tiers des femmes qui souffrent de HPP ne présentent aucun facteur de risque.⁵ C'est pourquoi toutes les femmes sont considérées à risque et la prévention de l'hémorragie doit être incluse dans les soins de tout accouchement.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) affirme qu'un nombre plus important de décès dus aux HPP pourrait être évité avec un diagnostic adéquat et les médicaments essentiels comme l'ocytocine pour chaque accouchement et le misoprostol dans les cas où l'ocytocine ne peut être administrée.⁶

Pré-éclampsie et éclampsie

Une des causes les plus courantes, et pourtant traitable, des décès maternels et des handicaps à travers le monde est la pré-éclampsie : l'élévation rapide de la tension artérielle pendant la grossesse. Il est estimé qu'entre 2 % à 8 % de toutes les grossesses présentent des complications de pré-éclampsie ;⁷ pourtant, selon l'OMS, en Afrique et en Asie, pratiquement un dixième des décès maternels sont associés à des problèmes d'hypertension pendant la grossesse,

alors qu'un quart des décès maternels en Amérique latine ont été associés à ces complications.⁸ L'éclampsie peut se manifester pendant la seconde moitié de la grossesse, pendant le travail ou après l'accouchement. Elle est plus fréquente dans les pays à revenus faibles et moyens que dans les pays à revenus élevés. La pathogenèse de l'éclampsie n'est que partiellement connue : elle est liée à l'inflammation, à des lésions endothéliales et à une placentation anormale. Entre 5 % à 8 % des femmes souffrant de pré-éclampsie présentent cette affection (éclampsie) dans les pays en développement.⁸ En ce qui concerne les problèmes d'hypertension, la deuxième cause de décès maternels, l'utilisation de sulfate de magnésium est clairement recommandée.⁸

Données existantes sur la disponibilité des médicaments essentiels de santé maternelle

Comme abordé plus haut, les causes majeures de décès maternels sont connues, tout comme le sont les interventions de prévention et de traitement : l'utilisation de médicaments comme l'ocytocine, le misoprostol et le sulfate de magnésium. La question est donc de savoir si les femmes ont accès à ces médicaments qui sont indispensables à la prévention et au traitement de ces conditions. Même si certaines données sur la disponibilité des intrants de santé maternelle ont été recueillies, la question de savoir si les quantités disponibles sont suffisantes pour répondre aux besoins de la population concernée est rarement abordée.

Par exemple, une enquête mondiale effectuée par le programme MCHIP (*Maternal and Child Health Integrated Program* ou Programme Intégré de Santé maternelle et infantile), financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID), tout d'abord en 2011, puis à nouveau en 2012, fournit certaines informations sur la disponibilité de l'ocytocine, du misoprostol et du sulfate de magnésium dans plus de 30 pays. Ces enquêtes avaient pour but de suivre les progrès de la mise en œuvre des stratégies nationales de prévention et de PEC des HPP et des PE/E. Les résultats sont essentiellement des données recueillies lors d'entretiens et le fruit d'examen de documentation au niveau national. Les résultats de l'enquête de 2012, récemment publiés, et la comparaison de ces résultats avec ceux de l'enquête de 2011 indiquent que l'approvisionnement en ocytocine au niveau des établissements de santé du secteur public demeure un problème dans les pays concernés. De même, l'enquête montre que peu de progrès ont été réalisés pour augmenter la disponibilité du misoprostol dans les établissements publics de santé. En revanche, une augmentation de la disponibilité du sulfate de magnésium a été enregistrée en 2012.⁹

Alors que le rapport du programme MCHIP offre une vue d'ensemble du problème au niveau mondial, des études menées récemment au Rwanda et au Kenya, sous l'égide du programme SIAPS, fournissent des données spécifiques

à ces pays sur la disponibilité de ces médicaments à partir d'un échantillon d'établissements de santé. Au Kenya, l'ocytocine était disponible dans la plupart des établissements visités pendant l'évaluation, tandis que de nombreux établissements ne disposaient pas de sulfate de magnésium. Le misoprostol, qui aurait dû n'être disponible qu'au niveau hospitalier, selon les DST en vigueur au moment de l'évaluation, l'était dans de nombreux établissements de santé de niveau inférieur. La situation était comparable au Rwanda. L'ocytocine était disponible dans la plupart des établissements de santé, mais pas le sulfate de magnésium. Le misoprostol, utilisé pour les soins maternels à domicile, venait d'être introduit dans des régions pilotes au moment de l'évaluation. Il était disponible dans les hôpitaux visités, mais dans très peu d'établissements de niveau inférieur.

En résumé, si ces enquêtes, comme beaucoup d'autres études semblables, fournissent des informations à la fois sur la disponibilité observée et transmise dans des rapports, elles ne permettent absolument pas de savoir si les quantités disponibles sont suffisantes pour répondre aux besoins réels – par exemple, si l'ocytocine est présente en quantité suffisante pour que chaque femme accouchant dans un établissement de santé puisse en recevoir. En d'autres termes, il existe très peu de données pour connaître le niveau des « besoins non satisfaits » de ces médicaments essentiels.

METHODOLOGIE

La méthodologie décrite propose un processus participatif dans lequel les parties concernées nationales réalisent un exercice préalable de prévision simplifiée qui calcule les besoins théoriques et compare ensuite ces besoins aux données réelles d’approvisionnement pour leur pays. La prévision permet d’obtenir une estimation des besoins prévus de fournitures. Si la prévision a été effectuée dans une optique d’approvisionnement (comme première étape de la quantification), elle doit alors être confrontée au budget disponible et comparée à la quantité de médicaments en stock et en cours d’acheminement. (Se référer à la section explication des termes.) De plus, une planification correcte de l’approvisionnement doit prendre en compte la livraison de fournitures en coordonnant l’approvisionnement et la demande, le processus et le cahier des charges actuels d’approvisionnement, l’évaluation des entrepôts et des centres de santé afin d’examiner leur capacité de stockage de ces médicaments ainsi que la stratégie de distribution.

Pour cette méthodologie, pour un pays donné, une quantité théorique sera calculée pour une couverture universelle en fonction des données démographiques du pays, des hypothèses épidémiologiques mondiales et des DST acceptées internationalement (en supposant qu’aucun stock n’est actuellement disponible dans les entrepôts et points de dispensation). Ces quantités calculées seront ensuite comparées avec les données d’approvisionnement sur un an, les plus récentes pour le pays afin d’estimer les besoins non satisfaits théoriques des trois médicaments essentiels de la santé maternelle. Cette comparaison sera ensuite utilisée pour enrichir la discussion entre les parties prenantes afin d’analyser les pratiques actuelles et éclairer les prises de décisions visant à améliorer la situation.

Le processus comprend six étapes : **Étape 4**



Étape 1
Recueillir les données démographiques



Recueillir les données d’approvisionnement



Étape 2
Recueillir les données épidémiologiques



Étape 5
Comparer l’estimation des besoins avec les données d’approvisionnement afin de calculer les besoins non satisfaits



Étape 3
Faire une estimation des besoins en chaque médicament pour les secteurs public et privé



Étape 6
Organiser une réunion avec les parties concernées pour discuter des résultats des calculs de besoins non satisfaits et des facteurs sous-jacents affectant les résultats et pour élaborer un plan d’action afin de combler les écarts



Étape 1 : Recueillir les données démographiques

Les données spécifiques nécessaires au calcul sont les suivantes :

- Nombre de femmes enceintes qui accouchent par an (si cette information n'est pas disponible, le nombre de naissances par an peut être utilisé pour calculer le nombre approximatif de grossesses)
- Pourcentage d'accouchements réalisés dans un établissement de santé ou en présence d'un prestataire de services qualifié
- Pourcentage d'accouchements survenant à domicile ou en l'absence d'un prestataire de services qualifié
- Pourcentage d'accouchements survenant dans des établissements du secteur public et du secteur privé

Les données des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) ou les statistiques des services du ministère de la santé peuvent fournir les informations nécessaires pour l'exercice. Il ne faut pas oublier que les EDS ne sont généralement pas réalisées chaque année et que les données de ces enquêtes peuvent donc dater de deux ou trois ans ; en conséquence, il est probable que certains ajustements seront nécessaires. De même, les statistiques des services du ministère de la santé ne correspondront peut-être pas à l'ensemble des femmes qui accouchent en présence d'une accoucheuse qualifiée. Il est essentiel de tout mettre en œuvre pour utiliser les données les plus récentes pour ces indicateurs.



Étape 2 : Recueillir les données épidémiologiques

Dans l'idéal, il est nécessaire de disposer de données spécifiques sur la morbidité maternelle (par exemple, le nombre de femmes enceintes qui présentent ou sont susceptibles de présenter une HPP ou une PE/E) sur une période spécifique pour préparer une prévision des médicaments nécessaires pour les complications obstétriques. Malheureusement, très peu de pays recueillent régulièrement les informations qui seraient utiles pour le calcul de l'incidence et de la prévalence réelles de ces affections maternelles. En l'absence de données de morbidité spécifiques au pays, des observations factuelles tirées de la littérature scientifique publiée ont été utilisées comme données de substitution dans cet exercice. Le tableau 1 présente les hypothèses qui peuvent être utilisées en l'absence de données spécifiques au pays.

Tableau 1. Hypothèses liées aux problèmes obstétriques

	Hypothèse*	Raisons
Pourcentage d'accouchements qui nécessitent un déclenchement	9,6 % de tous les accouchements	Des données non publiées de l'enquête mondiale sur la santé maternelle et périnatale de l'OMS montrent que 9,6 % de l'ensemble des accouchements nécessitent un déclenchement. ¹⁰
Pourcentage d'accouchements qui nécessitent une césarienne	20 % de tous les accouchements	Selon le <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , les taux de césarienne sont supérieurs à 20 % dans de nombreux pays développés et ce taux élevé est associé chez les nullipares à une dystocie ou à une accélération du travail. L'analyse non stratifiée a montré qu'une intervention précoce par amniotomie et ocytocine était associée à une réduction modeste du risque de césarienne. ¹¹ Dans une autre méta-analyse de 9 études portant sur 1983 femmes, l'utilisation précoce d'ocytocine était associée à une augmentation de la probabilité d'accouchement spontané par voie basse (RR 1,09, IC à 95 % 1,03-1,17). ¹²
Pourcentage d'accouchements qui sont suivis d'une HPP après l'administration d'ocytocine en prévention de l'HPP	2,85 % des femmes qui reçoivent de l'ocytocine en prévention de l'HPP présente une HPP	Selon le rapport de l'OMS <i>Global Burden of Maternal Hemorrhage in the Year 2000</i> , l'incidence de l'HPP dans l'heure qui suit l'accouchement chez les patientes qui ont été prises en charge activement a été estimée à parti de l'essai MISO (où l'incidence de l'HPP, définie comme une perte de sang > 1000 mL, était de 2,85 % dans la branche de l'étude sous ocytocine). Une revue Cochran a démontré que la prise en charge active par ocytocine entraînait un risque relatif de 0,33 pour les pertes de sang ≥ 1000 mL au cours des 24 premières heures comparativement à la prise en charge non interventionniste. À l'appui de ces éléments probants, on peut supposer que l'incidence de l'HPP chez les patientes qui sont prises en charge de manière non interventionniste par une accoucheuse qualifiée serait deux fois plus élevée, soit 5,7 % des naissances. ¹³
Pourcentage d'accouchements qui sont suivis d'une HPP après l'administration de misoprostol en prévention de l'HPP	6 % des femmes enceintes qui reçoivent du misoprostol en prévention de l'HPP	Selon un essai clinique randomisé contre témoin sur l'utilisation orale du misoprostol dans les communautés à faibles ressources, pour chaque groupe de 18 femmes recevant du misoprostol en prévention de l'HPP, 1 cas d'HPP a été évité. Ceci représente environ 6 % des femmes enceintes qui reçoivent du misoprostol en prévention de l'HPP. ¹⁴
Pourcentage des grossesses compliquées par une PE/E	2 % des grossesses nécessite un traitement par sulfate de magnésium contre la PE/E sévère	Les auteurs de l'étude Magpie estiment que la PE/E complique 2 à 8 % des grossesses. ⁷ Comme seul un petit pourcentage de patientes présenteront finalement une PE/E sévère et auront besoin de sulfate de magnésium, le chiffre de 2 % est retenu dans l'estimation.

	Hypothèse*	Raisons
Pourcentage de grossesses qui se terminent en fausse couche et nécessitent un traitement	28 % des cas de fausses couches sont traités de manière attentive	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> indiquent que les fausses couches surviennent dans 10% à 15 % des grossesses et qu'environ 28 % de celles prises en charge de manière attentive nécessite un traitement. ¹⁵
Cas de soins post-avortement qui nécessitent un traitement	1,4 % des grossesses se termine par un avortement à risque	On estime qu'au niveau mondial 14 femmes pour 1000 âgées de 15 à 44 ans ont subi un avortement à risque en 2008. ¹⁶

*Les pays peuvent utiliser la fourchette la plus appropriée à leur contexte national.



Étape 3 : Faire une estimation des besoins en chaque médicament

Les hypothèses utilisées à cette étape reposent sur les recommandations les plus récentes de l'OMS pour la PEC de l'HPP et de la PE/E et sur les DST acceptés internationalement (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique [FIGO], American Congress of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]) pour les soins post-avortement (SPA), le déclenchement et l'accélération du travail. La quantité de médicaments est estimée à l'aide des recommandations internationales pour la PEC d'un problème de santé donné, en suivant les spécifications du schéma thérapeutique moyen. Il est important d'établir cette distinction concernant l'utilisation préconisée par les recommandations, car il est possible que certains médicaments soient surutilisés en pratique pour des affections spécifiques dans certains contextes. Un exemple documenté d'une telle surutilisation concerne la prescription d'ocytocine pour le déclenchement du travail.¹⁷ Les recommandations actuelles pour chaque médicament par indication sont énumérées dans les tableaux 2 à 4.

Grâce à ce calcul, les pays pourront obtenir les besoins théoriques pour une année donnée seulement ; cependant, les pays ne doivent pas oublier qu'entre la passation de la commande et l'arrivée des médicaments requis à l'entrepôt central, il y a un délai de livraison qui doit être pris en compte au moment de la prévision effective. En conséquence, il est suggéré, au moment du calcul des besoins pour une année spécifique, d'ajouter l'équivalent d'au moins trois mois de stock tampon à la quantité finale calculée pour éviter les ruptures de stocks.

Il est possible d'utiliser une simple feuille de tableur pour les calculs et pour faciliter la comparaison ultérieure entre les besoins théoriques et les quantités obtenues.

Ocytocine

L'ocytocine a plusieurs usages obstétricaux : le déclenchement et l'accélération du travail ainsi que la prévention et le traitement des HPP. Pour le calcul, on suppose que l'ocytocine est utilisée uniquement par des accoucheuses qualifiées au cours des accouchements effectués dans un établissement de soins.

Tableau 2. Utilisations recommandées de l'ocytocine

Indication	Recommandation	Posologie
Déclenchement	<p>Selon les recommandations actuelles de l'OMS : « Lorsque les prostaglandines ne sont pas disponibles, l'administration intraveineuse d'ocytocine en monothérapie doit être utilisée pour le déclenchement du travail. »¹⁰</p>	<p>Déclenchement du travail, par perfusion IV, chez l'adulte et l'adolescente, posologie initiale 0,001 à 0,002 unités/minute augmentée par incréments de 0,001 à 0,002 unités/minute à des intervalles de 30 minutes jusqu'à la survenue de 3 à 4 contractions toutes les 10 minutes ; le débit maximum recommandé est de 0,02 unités/minute ; il ne faut pas administrer plus de 5 unités par 24 heures.¹⁸</p>
Accélération	<p>Selon une revue systématique Cochrane de quatre études portant sur 660 femmes enceintes. Trois études étaient des essais randomisés contre témoin et une étude était un essai presque randomisé. Une dose élevée d'ocytocine a été associée à une réduction significative de la durée du travail signalée dans une étude DM, 3,5 heures ; (IC à 95 %, -6,38 à -0,62 ; une étude, 40 femmes). Il y a eu une diminution du taux de césarienne (risque relatif [RR] 0,53 : IC à 95 % 0,38 à 0,75, quatre essais, 650 femmes) et une augmentation du taux d'accouchement spontané par voie basse (RR 1,37 ; IC à 95 % 1,15 à 1,64 ; deux essais, 350 femmes).¹⁹</p>	<p>Une dose élevée d'ocytocine au début et par palier d'augmentation (4 mU/minute ou plus) a été associée à une réduction de la durée du travail et du taux de césarienne et à une augmentation des accouchements spontanés par voie basse.¹⁹</p>
Prévention de l'HPP	<p>Selon les recommandations actuelles de l'OMS : « L'ocytocine (10 UI, IV/IM) est le médicament utérotonique recommandé pour la prévention de l'HPP. »⁶</p>	<p>Idéalement, 100 % des femmes enceintes accouchant dans un établissement de santé devraient recevoir une injection d'ocytocine de 10 UI.</p>

Indication	Recommandation	Posologie
Traitement de l'HPP	Selon les recommandations actuelles de l'OMS : « L'ocytocine intraveineuse en monothérapie est le médicament utérotonique recommandé pour le traitement de l'HPP. » ⁶	L'OMS recommande de poser un abord IV, de donner 20 à 40 UI d'ocytocine dans 1 L de solution IV à la vitesse de 60 gouttes/minute et de continuer la perfusion d'ocytocine de 20 UI/L de solution IV à 40 gouttes/minute jusqu'à l'arrêt de l'hémorragie. ²⁰

DM, différence moyenne ; IC, intervalle de confiance ; IM, voie intramusculaire ; IV, voie intraveineuse ; UI, unité internationale.

Pour calculer les besoins estimés en ocytocine pour toutes les indications énumérées ci-dessus, en prenant en compte les données démographiques recueillies dans le cadre de l'étape 1, les formules de l'encadré 1 ci-dessous doivent être utilisées.

Encadré 1. Estimation des besoins en ocytocine

A = Ocytocine nécessaire pour le déclenchement =

$$(\text{Nbre d'accouchements par an}) \times (\% \text{ d'accouchements dans un établissement de santé}) \times (10 \% \text{ d'accouchements déclenchés}) \times (1 \text{ à } 10 \text{ UI})$$

B = Ocytocine nécessaire pour la prévention de l'HPP =

$$(\text{Nbre d'accouchements par an}) \times (\% \text{ d'accouchements dans un établissement de santé}) \times (100 \% \text{ d'accouchements}) \times (1 \text{ à } 10 \text{ UI})$$

C = Ocytocine nécessaire pour le traitement de l'HPP chez les patientes ayant reçu de l'ocytocine en prévention de l'HPP =

$$(\text{Nbre d'accouchements par an}) \times (\% \text{ d'accouchements dans un établissement de santé}) \times (2,85 \% \text{ d'accouchements compliqués d'une HPP}) \times (7 \text{ à } 10 \text{ UI})$$

D = Ocytocine nécessaire en cas d'accélération du travail =

$$(\text{Nbre d'accouchements par an}) \times (\% \text{ d'accouchements dans un établissement de santé}) \times (20 \% \text{ des accouchements dans un établissement de santé}) \times (1 \text{ à } 10 \text{ UI})$$

E = Ocytocine nécessaire pour le traitement de l'HPP chez les patientes ayant reçu du misoprostol en prévention de l'HPP =

$$(\text{Nbre d'accouchements par an}) \times (\% \text{ d'accouchements à domicile}) \times (6 \% \text{ d'accouchements compliqués d'une HPP}) \times (7 \text{ à } 10 \text{ UI})$$

Quantité totale d'ocytocine requise pour toutes les affections = A + B + C + D + E

Misoprostol

Le misoprostol est actuellement recommandé par l’OMS comme traitement alternatif lorsque l’ocytocine n’est pas disponible. De nombreuses études et expériences pilotes sur la distribution et l’utilisation dans la communauté du misoprostol pour les accouchements à domicile est actuellement en cours ; certains pays ont déjà révisé leurs DST pour inclure l’utilisation du misoprostol dans les établissements de niveau inférieur où le stockage approprié de l’ocytocine n’est pas possible. Néanmoins, dans cet exercice, nous calculons les besoins pour les accouchements en dehors des établissements de santé pour la prévention de l’HPP, le traitement de l’HPP, la PEC des cas de SPA et le traitement des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses dans des établissements de santé (voir l’encadré 2).

Tableau 3. Utilisations recommandées du misoprostol

Indication	Recommandation	Posologie
Prévention de l’HPP	Les recommandations actuelles de l’OMS indiquent : « En l’absence d’accoucheuse qualifiée et lorsque l’ocytocine n’est pas disponible, l’administration du misoprostol (600 µg per os) par les agents de santé communautaires et les agents de santé inexpérimentés est recommandée pour la prévention de l’HPP. » ⁶	600 µg par voie orale
Traitement de l’HPP	Les recommandations actuelles de l’OMS indiquent : « S’il n’est pas possible d’avoir accès à de l’ocytocine intraveineuse ou si l’hémorragie ne répond pas à l’ocytocine, il est recommandé de recourir à une prostaglandine (notamment le misoprostol sublingual 800 µg). » ⁶	800 µg par voie sublinguale
Déclenchement du travail	Vingt-cinq essais cliniques portant sur 3074 participantes ont été réalisés pour tester l’efficacité du déclenchement par le misoprostol. Dans beaucoup de ces études, le misoprostol par voie vaginale a semblé beaucoup plus efficace que l’ocytocine pour le déclenchement du travail (100 essais, RR moyen de ne pas obtenir un accouchement par voie basse dans les 24 heures 0,65, IC à 95 % 0,47 à 0,90). Cependant, il n’existe pas de preuve suffisante concernant l’utilisation du misoprostol par voie orale. De plus, pour le moment seul l’ocytocine est recommandée pour le déclenchement du travail dans les DST de la plupart des pays ; en conséquence cette indication n’est pas ajoutée au calcul de l’estimation des besoins en misoprostol comme le montre l’encadré 2 ci-dessous. ²¹	25 µg par voie vaginale

Indication	Recommandation	Posologie
Prise en charge des SPA	Le misoprostol est la forme de prise en charge médicale la plus fréquente ; il offre une alternative thérapeutique très efficace pour les femmes qui souhaitent éviter une intervention chirurgicale invasive et une anesthésie. ²² Venture Strategies Innovations et IPAS recommande l'utilisation du misoprostol pour les SPA. ²³	<ul style="list-style-type: none"> • Selon les recommandations de l'OMS : Pour les voies vaginales, buccales ou sublinguales, la dose recommandée de misoprostol est de 800 µg. • Pour l'administration orale, la dose recommandée de misoprostol est de 400 µg.²⁴

Encadré 2. Estimation des besoins de misoprostol

A = Misoprostol nécessaire pour la prévention de l'HPP =
 (Nombre d'accouchements par an) × (% d'accouchements à domicile) ×
 (100 % des accouchements) × (3 comprimés de 200 µg)

B = Misoprostol nécessaire pour les SPA/avortements à risque* =
 (92 % des 23 % de cas de SPA/an) × (2 à 4 comprimés de 200 µg)

C = Misoprostol nécessaire pour les fausses couches =
 (28 % des cas de fausse couche) × (3 comprimés de 200 µg)

Quantité totale de misoprostol requise pour toutes les affections = A + B + C

*Le taux d'avortement à risque est de 14 pour 1000 femmes en âge de procréer.

**10 % à 15 % des grossesses sont susceptibles de se terminer en fausse couche.²⁵

Sulfate de magnésium

Plusieurs études cliniques ont identifié le sulfate de magnésium comme le traitement le plus efficace pour la prévention de l'apparition de convulsions mortelles. En fait, dans l'essai Magpie réalisé en 1995 dans 33 pays,⁷ le taux de mortalité maternelle a été réduit de 55 %. De même, une autre étude publiée dans le *Lancet* indique que le sulfate de magnésium réduit de moitié le risque d'éclampsie et qu'il s'est avéré deux fois plus efficace dans la prévention des convulsions récurrentes que les deux autres médicaments (diazépam et phénitoïne) qui étaient les traitements de choix de ce problème dans la plupart des pays. Le traitement des mères par le sulfate de magnésium améliore les résultats non seulement pour celles-ci mais également pour leurs bébés.⁷

Tableau 4. Utilisations recommandées du sulfate de magnésium

Indication	Recommandation	Posologie
Prise en charge de la PE/E sévère	Les recommandations de l'OMS indiquent : « Le sulfate de magnésium est recommandé pour la prévention de l'éclampsie chez les femmes qui présentent une pré-éclampsie sévère de préférence aux autres anticonvulsivants. » ⁸	<p>Il existe actuellement deux schémas thérapeutiques :</p> <p>Schéma Pritchard (IV/IM)</p> <p>Dose de charge : 4 g dans 20 mL (solution à 20 %) administré en IV pendant 15 à 20 minutes, suivi de 5 g dans 10 mL de solution (50 %) en injection IM dans chaque fesse.</p> <p>Dose d'entretien : 5 g dans 10 mL de solution (50 %) en injection IM toutes les 4 heures alternativement dans chaque fesse.</p> <p>Schéma Zuspan (IV/IV)</p> <p>Dose de charge : 4 g dans 20 mL (solution à 20 %) administré en IV pendant 15 à 20 minutes</p> <p>Dose d'entretien : 1 g par heure en perfusion IV</p> <p>Pour les deux schémas, la durée du traitement est de 24 heures après la dernière convulsion ou l'accouchement, selon l'événement qui intervient en dernier.</p> <p>REMARQUE : En cas de convulsions après l'administration de la dose de charge, administrer 2 g dans 4 mL (50 %) par voie IV pendant 5 minutes.</p>

Encadré 3. Estimation des besoins en sulfate de magnésium

$$\text{Sulfate de magnésium nécessaire} = (\% \text{ d'accouchements dans un établissement de santé}) \times (2 \% \text{ des grossesses}) \times (\text{nbre d'ampoules nécessaires pour le traitement d'un seul cas})^*$$

*Le sulfate de magnésium étant disponible dans différentes formes galéniques et en raison de l'existence de deux schémas thérapeutiques différents, il est conseillé aux pays de choisir la forme galénique ainsi que le schéma thérapeutique préconisé dans leurs propres DST.

Le tableau 5 offre un résumé des hypothèses de produits décrites ci-dessus pour l'ocytocine, le misoprostol et le sulfate de magnésium.

Tableau 5. Hypothèses de produits utilisant les recommandations internationales

Médicament	Indication	Posologie recommandée	Formule	Unités requises par patient
Ocytocine	Déclenchement/accélération	10 UI	10 UI	1 ampoule
	Prévention de l'HPP	10 UI	10 UI	1 ampoule
	Traitement de l'HPP	Jusqu'à 70 UI	10 UI	7 ampoules
Misoprostol	Prévention de l'HPP	600 µg	200 µg	3 comprimés
	Traitement de l'HPP	800 µg	200 µg	4 comprimés
	SPA	400–800 µg	200 µg	2–4 comprimés
Sulfate de magnésium	PE/E	Cela dépendra du schéma le plus fréquemment utilisé dans le pays.	La présentation recommandée par l'OMS est une solution à 50 % qui équivaut à 0,5 g/ml. ³ Les présentations les plus fréquentes comprennent 1 g/2 mL (50 %) et 5 g dans 10 mL (50 %). Cependant plusieurs pays ont d'autres formes galéniques comme des solutions à 15 % ou des solutions à 4 g/100 mL (4 %). La présentation disponible dans un pays détermine le schéma qui peut être administré.	Nombre de doses : 1 g/2 mL : Pritchard = 39 Zuspan = 28 5 g/10 mL : Pritchard = 8 Zuspan = 6
		<p>Schéma Pritchard :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La dose de charge est 4 + 10 g • La dose d'entretien est de 25 g <p>Total = 39 g</p> <p>Schéma Zuspan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La dose de charge est 4 g • La dose d'entretien est de 24 g <p>Total = 28 g</p>		

Hypothèses

Pour calculer les besoins non satisfaits théoriques à l'aide des méthodes mentionnées ci-dessus, certaines hypothèses ont été posées comme les suivantes :

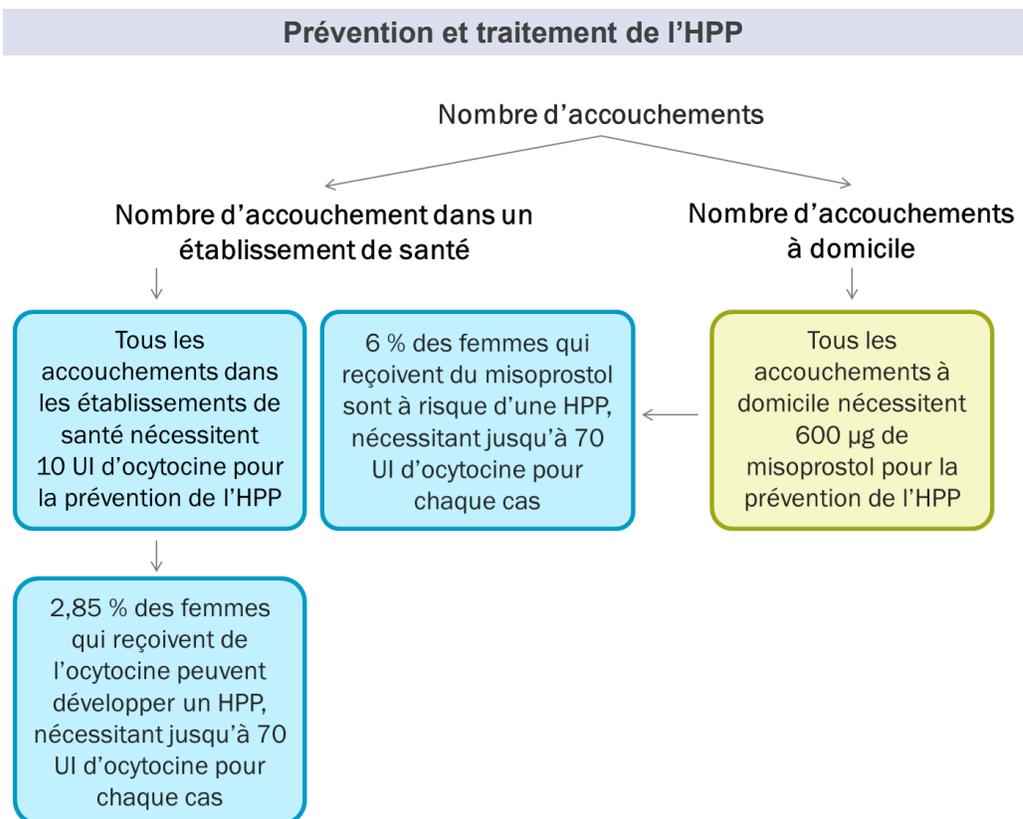
- Tous les cas de SPA, de déclenchements et d'accélération de travail sont pris en charge au niveau d'un établissement de santé.

- Tous les cas de déclenchement et d'accélération du travail sont pris en charge à l'aide d'ocytocine.
- Tous les cas de PE/E sont pris en charge au niveau d'un établissement de santé et chaque établissement doit avoir des stocks disponibles de sulfate de magnésium pour s'occuper des cas d'urgence.
- Tous les cas de traitement d'HPP sont pris en charge au niveau d'un établissement de santé à l'aide d'ocytocine.
- Le misoprostol est enregistré dans le pays pour des indications comme les SPA et la prévention de l'HPP.

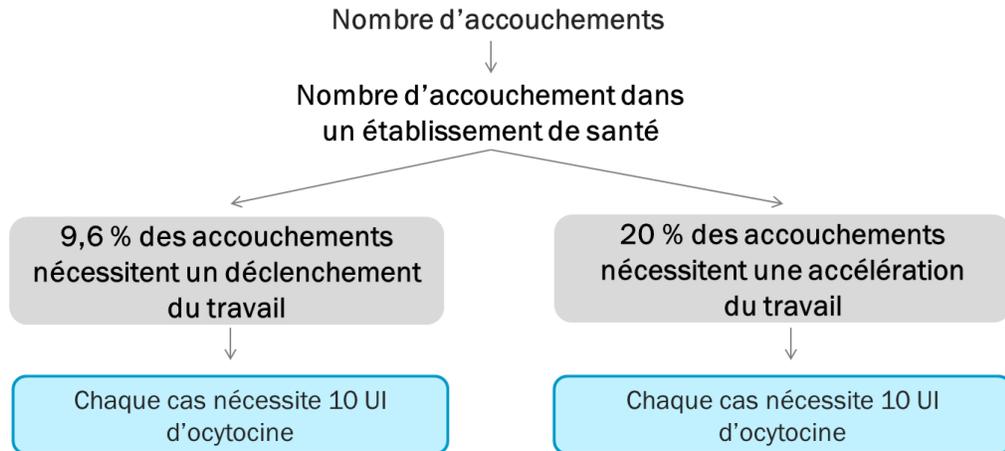
Si l'équipe qui travaille sur le calcul des besoins non satisfaits a accès à des preuves fiables qui suggèrent que ces hypothèses ne sont pas valides dans le contexte local, les hypothèses peuvent évidemment être adaptées.

Diagrammes de prise en charge

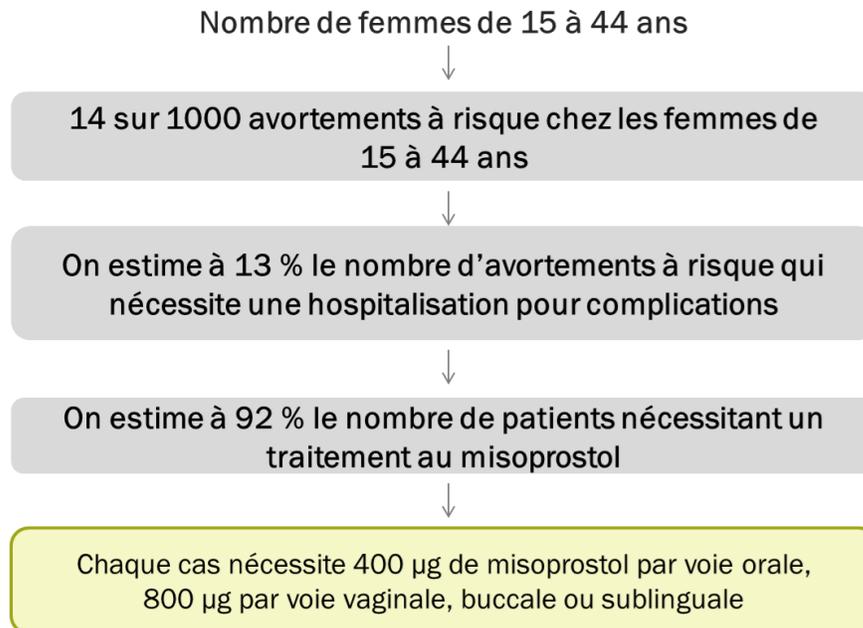
Les diagrammes ci-dessous représentent la logique suivie dans les étapes 1, 2 et 3.



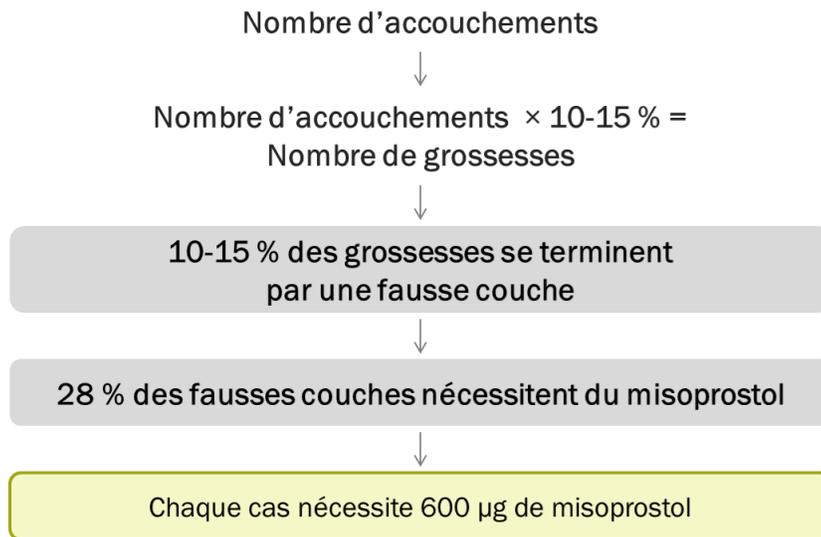
Déclenchement et accélération du travail



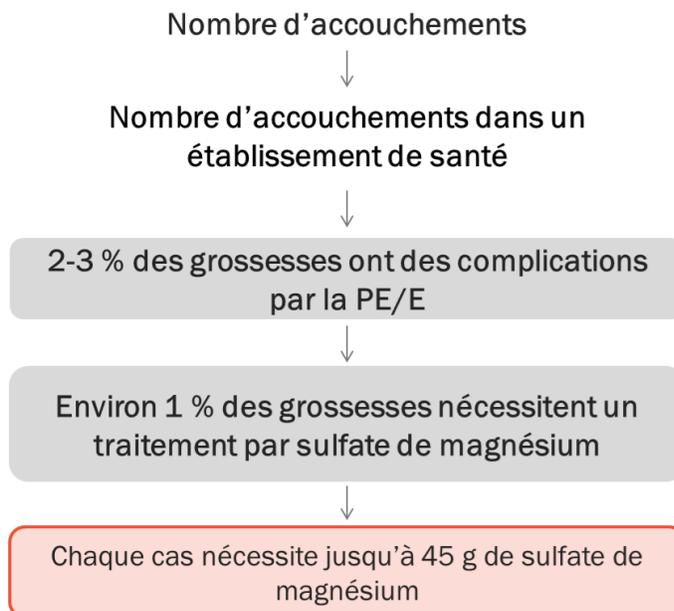
Prise en charge de la fausse couche



SPA par le misoprostol



Traitement de la PE/E





Étape 4 : Recueillir les données d'approvisionnement

Pour estimer les besoins *non satisfaits*, les besoins théoriques doivent être comparés aux quantités de médicaments qui ont été achetés récemment ou dont l'approvisionnement est planifié. Pour les besoins de cet exercice, l'une ou l'autre méthode peut être utilisée. Néanmoins, il est important de s'assurer que les quantités comparées correspondent à la même période. Les calculs ci-dessus de l'estimation des besoins correspondent tous à des estimations annuelles. Si le cycle d'approvisionnement d'un pays donné est plus court ou plus long, il peut être nécessaire d'ajuster les chiffres pour obtenir un chiffre annuel.

Dans certains pays, les données sur les approvisionnements récents peuvent déjà être disponibles en ligne. Dans d'autres pays, il sera nécessaire de consulter l'agence responsable des approvisionnements publics nationaux. Dans les pays où il existe également un approvisionnement infranational de ces médicaments, il est essentiel de tout faire pour prendre également ces informations en compte.

Pour les besoins de cet exercice, il est important de connaître les éléments suivants pour chaque médicament :

- La forme et la présentation de chaque médicament (par exemple, 10 UI/ampoule ou 5 UI/ampoule d'ocytocine) ; le recueil de ces informations est extrêmement important, en particulier pour calculer les quantités de sulfate de magnésium, qui est actuellement disponible dans de nombreuses formes.
- Quantité obtenue (par exemple, 500 000 ampoules)
- La période que cet approvisionnement est censé couvrir (par exemple, 12 mois)

Il est également important de recueillir autant d'informations que possible au sujet de la manière dont les décisions sont prises sur la quantité de médicaments à commander. Ces informations seront discutées en détail lorsque les parties concernées se réuniront pour étudier les calculs des besoins non satisfaits.



Étape 5 : Comparer l'estimation des besoins avec les données d'approvisionnement afin de calculer les besoins non satisfaits

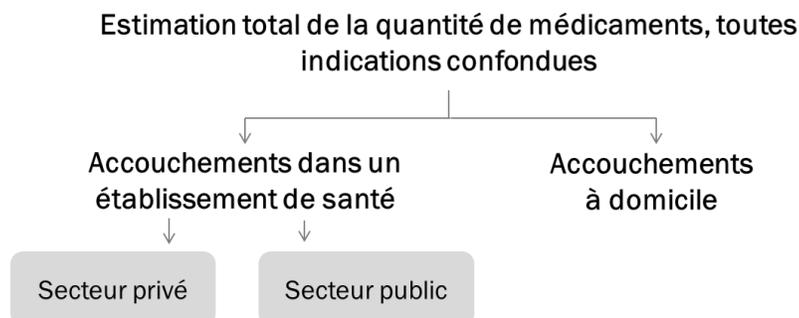
Les calculs préliminaires des médicaments nécessaires pour traiter ces affections peuvent être utilisés pour calculer les besoins non satisfaits en les comparant aux données d'approvisionnement réelles. Une fois les besoins non

satisfaits calculés, l'étape suivante pour les pays consiste à élaborer un plan d'action au cours d'une réunion des parties concernées pour combler les écarts. Cet exercice servira d'outil de pilotage pour la réalisation de la quantification réelle. Celle-ci nécessitera des informations supplémentaires comme le stock en commande, le stock disponible et dans la chaîne d'approvisionnement ainsi que le stock tampon.

Estimation des besoins annuels	Plan national d'approvisionnement	Pourcentage de besoins non satisfaits
A	B	$[(A-B)/A] \times 100$

Malgré son infrastructure importante, le système de santé du secteur public de la plupart des pays en développement est souvent sous-utilisé. L'absence de personnel qualifié dans les établissements du secteur public, les longues distances et les ruptures de stock fréquentes sont les principales raisons de la sous-utilisation de ce secteur. En conséquence, une grande partie de la population, même les pauvres, se font soigner auprès d'une grande variété de prestataires privés, allant des médecins privés, les agents de santé de catégorie inférieure, les accoucheuses qualifiées et les accoucheuses traditionnelles. Il est donc nécessaire d'impliquer le secteur privé dans le processus de quantification au niveau national. Si les besoins estimés de ce secteur sont calculés, la couverture sera garantie pour les femmes qui sont susceptibles d'accoucher dans des établissements du secteur privé. La plupart des EDS recueillent des informations sur le pourcentage d'accouchements survenant dans des établissements de santé, indépendamment de leur appartenance au secteur public ou privé. La quantité nécessaire calculée pour les accouchements survenant dans un établissement de santé peut donc encore être partagée pour estimer séparément les besoins pour les secteurs public et privé à partir du pourcentage d'accouchements dans des établissements de santé de chaque secteur.

Estimation des besoins pour le secteur public et privé





Étape 6 : Organiser une réunion avec les parties concernées pour discuter des besoins non satisfaits et élaborer un plan d'action pour combler les écarts

Après le calcul des besoins théoriques, le recueil des données d'approvisionnement et l'estimation des besoins insatisfaits, il est souhaitable d'organiser une réunion consultative avec les parties concernées pour discuter de la démarche à suivre.

Participants proposés

Les participants proposés comprennent les responsables du programme ou du département de santé maternelle au sein du ministère de la santé, des représentants des unités responsables de l'approvisionnement en médicaments pour la santé maternelle, des responsables des organisations non gouvernementales (ONG) travaillant dans le domaine de la santé maternelle, des représentants d'organisations internationales et des bailleurs. Lorsque c'est possible, des acteurs du secteur privé, qui peuvent comprendre des prestataires de services de santé, des fabricants, des importateurs, des distributeurs et des revendeurs, doivent être invités parce que ce secteur joue un rôle essentiel dans la plupart des pays en développement ; ils complètent en effet les efforts du secteur public pour fournir des services de santé et en améliorer l'accès et ils fournissent les médicaments de santé maternelle au secteur commercial à but lucratif.

Organiser une réunion de groupe consultative

Une rencontre de deux jours est proposée au groupe ; cela laissera le temps d'analyser les calculs et de discuter de la marche à suivre entre les membres, en ayant en tête les objectifs suivants :

- Partager la méthodologie élaborée pour l'estimation des besoins non satisfaits en intrants essentiels de santé maternelle et la relier aux efforts du travail global de l'UNCoLSC.
- Aider les décideurs politiques à identifier les prochaines étapes à entreprendre ainsi qu'un plan d'action pour la quantification des trois principaux intrants de santé maternelle : l'ocytocine, le misoprostol et le sulfate de magnésium.
- Identifier et mettre en place un groupe chargé de soutenir la planification en cours, la mise en œuvre du processus de quantification et la réalisation des changements de politique nécessaire dans le pays, y compris, le cas échéant, la révision des DST ; ce groupe sera également responsable des efforts globaux de sensibilisation afin d'assurer un accouchement sans risque pour chaque femme susceptible de procréer.

Deux jours au moins seront nécessaires pour analyser les calculs et permettre une large discussion sur la marche à suivre.

Jour 1 : Le premier jour de la rencontre, l'approche en six étapes de l'estimation des besoins insatisfaits est présentée au groupe. Les hypothèses utilisées dans l'étape 3 sont expliquées en détail à fin que tous les participants comprennent la base de ces calculs. Pendant cette discussion, il est important de se rappeler que les estimations ont été calculées pour couvrir l'ensemble des femmes enceintes d'un pays, au cours d'une année calendaire spécifique, indépendamment du lieu où elles accouchent.

Les données d'approvisionnement actuelles doivent également être analysées, permettant ainsi aux participants d'ajouter des données supplémentaires qui n'étaient peut-être pas disponibles au moment où les calculs ont été préparés. Par exemple, il est possible que les données d'approvisionnement utilisées dans l'exercice ne prennent pas en compte les contributions au niveau local obtenues grâce aux efforts des ONG ou des bailleurs. De même, le rôle du secteur privé dans l'approvisionnement des médicaments de santé maternelle doit également être pris en compte car il est possible que l'approvisionnement du secteur public uniquement ait été considéré pour l'exercice.

Jour 2 : Après la présentation de ces données accompagnées des besoins non satisfaits estimés pour chaque médicament, le reste de la réunion peut être consacré à la discussion. Au cours de ces discussions, toutes les discussions concernant les hypothèses utilisées et le plan d'action proposé doivent être enregistrées et faire l'objet d'un consensus. Par exemple, les parties concernées peuvent décider qu'il est réaliste de viser uniquement une réduction de 20 % des besoins non satisfaits pour l'année à venir. La deuxième journée est ainsi consacrée au travail de groupe. Il est possible d'attribuer des tâches à des sous-groupes selon le modèle suivant :

Sous-groupe 1 : Élaborer un consensus sur les hypothèses d'estimation des médicaments sur la base des besoins aux différents niveaux de lieux de prestation de services.

- Analyser les données disponibles pour identifier les écarts
- Déterminer si les hypothèses présentées dans la méthodologie pourraient être utilisées en l'absence de données de morbidité spécifiques au pays pour ces affections maternelles
- Réfléchir aux éléments qui pourraient être utilisés à la place des informations ou données manquantes
- Évaluer les formats des rapports
- Évaluer les DST actuelles à tous les niveaux de prestation de services (du centre de santé à l'hôpital, ainsi que pour les accouchements à domicile)
- Envisager des changements pertinents dans l'environnement politique ou juridique comme l'acceptation d'une distribution au niveau communautaire du misoprostol pour les pays où ce médicament est enregistré pour une

indication obstétrique ; pour les pays où le misoprostol n'est pas enregistré, la réunion pourrait être une bonne occasion de commencer à plaider pour l'introduction de ce médicament dans le pays

Sous-groupe 2 : Envisager des améliorations dans les pratiques d'approvisionnement futures. Certains médicaments, comme l'ocytocine et le misoprostol, sont utilisés pour la même indication obstétrique et des programmes nationaux pourraient opter de préférence pour la disponibilité des deux médicaments pour des indications comme le déclenchement ou l'accélération du travail et la prévention de l'HPP pour les accouchements survenant dans un établissement de santé. Certaines des justifications essentielles de cette approche sont les problèmes associés au stockage et transport de ces intrants, en particulier l'ocytocine, et à la présence de personnel qualifié au moment de l'accouchement, même dans les établissements de santé. En conséquence, pendant le calcul des besoins estimés, il est nécessaire d'effectuer une répartition entre les intrants pour leur utilisation dans la même indication obstétrique ; par exemple, certains pays pourraient envisager de mettre à disposition du misoprostol en plus de l'ocytocine pour les accouchements dans les établissements de santé. Il est possible d'attribuer des tâches à des sous-groupes selon le modèle suivant :

- Déterminer le pourcentage de répartition entre les médicaments utilisés pour les mêmes indications obstétrique
- Déterminer s'il est nécessaire de revoir les formulaires de rapport
- Déterminer la quantité souhaitée de stock tampon (en mois)
- Normaliser les formes galéniques des trois médicaments pour faciliter la quantification et l'approvisionnement futurs ; par exemple, obtenir un consensus sur la forme galénique de sulfate de magnésium qui sera utilisée dans le pays ou déterminer si l'approvisionnement en ocytocine se fera en ampoules de 5 UI ou 10 UI

Résultats de la réunion

Cette réunion doit donc déboucher sur un consensus mutuel entre les parties concernées pour accepter certaines hypothèses et conditions et admettre que des écarts pourront persister encore dans un avenir proche. Ceci doit être synthétisé dans un plan d'action avec des stratégies à court et long terme pour combler les écarts identifiés et une identification claire des rôles, responsabilités et calendrier. Dans les pays où il existe déjà un comité de sécurisation des produits de santé de la reproduction (SPSR), il pourrait être pertinent de formaliser l'existence d'un sous-groupe au sein du grand comité SPSR avec des membres supplémentaires si nécessaire. Cela permettra d'éviter de dupliquer les efforts, d'être inefficace et de maintenir le centre d'attention sur les intrants de santé maternelle.

Cependant, lorsqu'il n'existe pas de comité SPSR, il est possible de mettre en place un groupe de travail individuel de sécurisation des produits de santé

maternelle afin d'assurer une collaboration dans la priorisation et la coordination des activités pour réduire les écarts identifiés ; en fin de compte le groupe peut renforcer mutuellement les activités connexes. L'objectif est d'avoir une représentation multisectorielle grâce à la participation (a) d'individus qui ont des connaissances techniques sur la prévision et la quantification, (b) de responsables de programmes et de prestataires de services qui connaissent l'incidence de ces affections maternelles et les normes nationales pour les prendre en charge et (c) de personnes qui ont l'autorité et l'influence pour appliquer les changements de politique nécessaires. Comme indiqué précédemment, il est important de faire des efforts pour accroître les synergies à fin d'assurer la sécurisation des produits en général pour la santé maternelle. Dans ce but, le secteur privé doit être représenté dans le groupe. Cette approche va augmenter la crédibilité et la productivité de ces réunions, ce qui permettra d'obtenir des suggestions et des propositions d'activités qui sont plus adaptées et applicables au contexte local.

VALIDATION DE LA METHODOLOGIE DANS DEUX PAYS

Afin de valider la nouvelle méthode, le programme SIAPS a testé la méthodologie sur le terrain en République démocratique du Congo et au Bangladesh. Dans les deux cas, SIAPS a aidé le ministère de la santé à lancer le processus avec la participation de représentants d'ONG partenaires, de prestataires de service et de représentants du collège de pharmaciens. Pendant les ateliers de deux jours, les participants ont travaillé en groupes pour évaluer les besoins non satisfaits dans le pays et identifier les causes profondes de cet écart entre l'approvisionnement et les besoins réels. Ces groupes sont ensuite convenus de formaliser le processus et de créer des groupes de travail. Le but de ces groupes de travail est de pérenniser les discussions afin d'élaborer des stratégies pour surmonter les manques identifiés au cours des ateliers. Les résultats de ces deux ateliers se formulent tel que suit :

Estimation des besoins pharmaceutiques de santé maternelle non satisfaits au Bangladesh

Contexte du pays

Au cours des dernières décennies, le Bangladesh a fait de remarquables progrès pour réduire la mortalité maternelle. D'après le rapport 2012 du Compte à rebours vers 2015,²⁶ le Bangladesh se trouve en bonne voie d'achever l'objectif 5 des OMD. Le rapport sur la mortalité maternelle (*Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey* ou BMMS ; <http://www.cpc.unc.edu/measurement/publications/tr-12-87>) de 2010 au Bangladesh montre que le taux de mortalité maternelle a sensiblement diminué, d'environ 40 %, en passant de 322 à 194 entre 2001 et 2010, selon les études BMMS. Les politiques gouvernementales actuelles prouvent le solide engagement des pouvoirs publics du Bangladesh pour réduire le taux de mortalité maternelle et faciliter l'accès aux médicaments essentiels de santé maternelle à toutes les femmes.

Stratégie

La mission du programme SIAPS au Bangladesh est de renforcer l'ensemble du système de la chaîne d'approvisionnement du ministère de la santé, de la famille et du bien-être du Bangladesh (*Ministry of Health and Family Welfare* ou MoHFW), notamment le développement de ses capacités de prévision et de planification des approvisionnements. Un des domaines spécifiques sur lesquels l'expertise du programme SIAPS a été sollicitée est la quantification

des médicaments et autres commodités essentiels de santé de la reproduction et de la santé maternelle, néonatale et infantile.

C'est pourquoi le programme SIAPS a organisé un atelier de formation technique afin d'une part, examiner les besoins non satisfaits théoriques pour trois médicaments essentiels de la santé maternelle (ocytocine, misoprostol et sulfate de magnésium) et d'autre part, envisager des stratégies pour réduire ces besoins chez les parties concernées qui travaillent à l'amélioration de la santé maternelle. L'atelier de travail de deux jours organisé pour les parties concernées sur l'estimation des besoins non satisfaits en médicaments essentiels de santé maternelle (*Assessing Medical Unmet Need for Essential Maternal Health Medicines*) s'est tenu les 28 et 29 avril 2013 dans le bureau du SIAPS au Bangladesh, à Dhaka. L'atelier a rassemblé un total de 16 participants issus de six organisations distinctes, le DGHS (Direction générale des services de santé au Bangladesh) et le DGFP (Direction générale de la planification familiale au Bangladesh).

Les hypothèses de la quantification des besoins

La méthodologie élaborée par le SIAPS pour évaluer les besoins non satisfaits pour les trois médicaments essentiels de santé maternelle a été présentée aux participants qui ont ensuite travaillé en groupes pour examiner ces hypothèses et définir des objectifs de couverture réalistes.

Sources de données démographiques

Les participants sont convenus qu'il était pertinent d'utiliser les résultats de la dernière EDS effectuée en 2011 pour ce qui concerne la population totale et le nombre d'accouchements, incluant les accouchements réalisés dans des établissements de santé et à domicile. Certains participants ont suggéré que les données du dernier recensement national pouvaient également être utilisées pour les données concernant la population totale.

Source de données épidémiologiques

Les hypothèses épidémiologiques qui ont servi de base de calcul ont fait l'objet de discussions animées.

Prévention de l'HPP

Si la majorité des participants étaient d'accord sur l'utilisation de l'ocytocine pour la prévention des HPP, l'hypothèse du misoprostol n'a pas obtenu de consensus. La recommandation actuelle au Bangladesh est de dispenser aux femmes deux comprimés de 200 µg à titre préventif, soit un total de 400 µg, plutôt que les 600 µg recommandés au niveau international. Les participants ont mentionné que 40 % des accouchements à domicile ne sont assistés par aucun personnel associé au système de santé et qu'en conséquence les femmes ne reçoivent aucun misoprostol fourni par le MoHFW.

Traitement de l'HPP

Les participants n'étaient pas convaincus que l'hypothèse de calcul (précisant que seulement 2,85 % de femmes ayant reçu un médicament préventif utérotonique sont à risque de l'HPP) pouvait être utilisée comme hypothèse par défaut au Bangladesh. Leur sentiment était que ce pourcentage était trop faible, compte tenu des lacunes constatées au niveau de la qualité ou de l'efficacité des produits utilisés pour la prévention au Bangladesh. En revanche, ils sont convenus que cette hypothèse ne reposait sur aucune donnée factuelle. Le taux de patientes se présentant dans les établissements de santé à la suite d'HPP survenues lors d'accouchements à domicile était aussi un sujet de préoccupation. Ici encore, aucune preuve factuelle n'a été mentionnée.

Utilisation d'agents utérotoniques pour le déclenchement et l'accélération du travail

Aucune conclusion définitive n'a pu être établie sur l'hypothèse concernant l'utilisation d'utérotoniques pour cette indication.

Prise en charge des fausses couches et soins post-avortement

Le niveau d'accord était faible en ce qui concerne les hypothèses utilisées pour ces deux indications.

Prévention et traitement des pré-éclampsies et éclampsies

Les participants ont reconnu l'absence de données au niveau national, mais sont convenus que les hypothèses étaient raisonnables.

Calcul des besoins non satisfaits

L'approvisionnement en médicaments essentiels de santé maternelle au Bangladesh s'effectue à la fois au niveau national et infranational.

Sources de données sur l'approvisionnement

L'équipe de SIAPS Bangladesh a contacté les bureaux du DGHS et du DGFP afin de réunir les données disponibles sur l'approvisionnement en médicaments essentiels de santé maternelle au niveau national.

Les données recueillies ont été présentées au groupe de participants à l'atelier. Ceux-ci ont suggéré que les plans d'approvisionnement plus récents soient consultés afin de garantir des données d'approvisionnement mises à jour. Les évaluations recueillies étaient issues de plans opérationnels. Cependant, les plans opérationnels ne reflètent pas nécessairement les quantités totales de l'approvisionnement réel. Les participants ont reconnu que tandis que l'information concernant les approvisionnements effectués à un niveau infranational sur les intrants de santé maternelle n'est pas disponible au niveau central (en particulier pour l'ocytocine), ces données doivent être prises en compte au moment de la planification de

l'approvisionnement, tout comme les données concernant les stocks disponibles.

En se basant sur les données épidémiologiques et démographiques convenues par consensus, le groupe de travail a calculé les besoins non satisfaits comme suit :

Tableau 6. Besoins non satisfaits, secteur public

Produit	Besoins théoriques	Quantité d'approvisionnement	Besoins non satisfaits (%)
Ocytocine	1 015 905	136 875	86
Misoprostol	7 392 677*	4 700 000	36
Sulfate de magnésium	249 848	265 000	(-6,1)

*La quantité de misoprostol nécessaire pour les accouchements à domicile est également achetée et distribuée par le ministère de la santé ; les besoins totaux figurent donc parmi les données du secteur public.

Les besoins non satisfaits en ocytocine, misoprostol et sulfate de magnésium ont été évalués respectivement à 86 %, 36 % et moins 6,1 %.

Discussion

Les participants ont discuté des raisons sous-jacentes pouvant expliquer l'écart et ont dressé la liste suivante de préoccupations ; cette liste a fait l'objet d'un débat animé et de discussions au sein des groupes.

- Les engagements de financements correspondent rarement à ce qui est effectivement reçu pour l'approvisionnement et le montant alloué est souvent très inférieur au montant initialement planifié pour l'approvisionnement.
- Des données insuffisantes ou de mauvaise qualité sont disponibles pour évaluer les besoins de manière précise ; les données sur les intrants de santé maternelle, néonatale et infantile ne sont pas transmises rétroactivement dans le système pour éclairer la prise de décisions.
- Manque de coordination dans la planification.
- Le comportement des prestataires de services a des répercussions sur les trois médicaments, en particulier le sulfate de magnésium ; les participants ont fait état d'une certaine confusion chez les prestataires, en raison du large éventail de formes galéniques disponibles.
- Manque de ressources humaines qualifiées pour l'évaluation des besoins.

- Certains participants ont remis en question la qualité de l'ocytocine utilisée aux niveaux inférieurs du système de santé et l'aptitude des établissements de santé à entreposer le médicament de manière adéquate.

Conclusions

Les principales conclusions établies à l'issue de la discussion étaient les suivantes :

- Il existe très peu de données disponibles pour les hypothèses épidémiologiques et, en conséquence, des données issues de pays comparables (par ex. l'Inde) doivent être rassemblées et prises en compte.
- La création d'un petit comité ou groupe de travail doit être envisagée. Celui-ci serait composé d'ONG œuvrant dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile et de représentants des deux directions, le DGHS et le DGFP, afin d'examiner la question de la quantification des médicaments de santé maternelle.
- Un plan d'action global, basé sur le travail du groupe doit être élaboré et présenté aux différents groupes de travail technique existants (par ex. le groupe d'intervention sur la santé maternelle, le comité technique national, le groupe d'intervention sur la prévention des HPP) afin d'atteindre un consensus et de planifier les actions à venir.
- Les services pertinents au sein du MoHFW et au sein d'autres agences gouvernementales doivent être informés du caractère prioritaire de ces médicaments et fournitures afin d'en garantir l'accès adéquat. En d'autres termes, le ministère de la santé doit s'assurer que les quantités qui figurent dans les plans opérationnels sont effectivement fournies.

Estimation des besoins pharmaceutiques de santé maternelle non satisfaits en République démocratique du Congo

Contexte du pays

Si la République démocratique du Congo (RDC) a enregistré des progrès pendant la dernière décennie en santé maternelle, avec une réduction de la mortalité maternelle de 930 en 1990 à 540 en 2010,²⁶ des efforts plus soutenus seront nécessaires pour atteindre le taux de mortalité maternelle de 233 pour 100 000 naissances vivantes, l'objectif préconisé par l'OMD 5. En Afrique subsaharienne, les hémorragies, les syndromes hypertensifs et les avortements à risque représentent respectivement 34 %, 19 % et 9 % de la mortalité maternelle.²⁶ L'identification des écarts ou des besoins non satisfaits est primordiale au moment où la RDC intensifie ses efforts de mise à échelle pour atteindre l'objectif de l'OMD 5. Les représentants du Ministère de la Santé Publique (MSP) de la RDC ont mis l'accent sur l'importance de tenir l'atelier sur les besoins non satisfaits, tout en reconnaissant que la quantité actuelle d'intrants de santé maternelle et infantile approvisionnés en RDC est insuffisante, démontrée par le fait que 2 femmes, 13 nourrissons, 29 enfants de moins d'1 an et 232 enfants de moins de 5 ans meurent chaque heure de causes évitables (EDS 2007).

Pour ce faire, les décideurs et les gestionnaires de programmes ont engagé un dialogue devant déboucher sur des stratégies pour élargir l'accès aux médicaments et ainsi réduire la mortalité maternelle.

Stratégie

Le MSP de la RDC, avec le soutien technique et financier du SIAPS, a organisé un atelier pour valider la méthodologie et instaurer un dialogue afin d'améliorer la quantification et l'approvisionnement à venir des trois médicaments essentiels de santé maternelle. La question essentielle est l'analyse de l'écart significatif entre l'approvisionnement et les besoins réels. Au total 41 représentants du MSP, prestataires de services, partenaires de mise en œuvre, bailleurs de fonds et ONG internationales, ont participé à l'atelier de deux jours qui s'est tenu en septembre 2013.

Les hypothèses d'estimation des besoins

La méthodologie élaborée par le SIAPS pour estimer les besoins non satisfaits pour les trois médicaments essentiels de santé maternelle a été présentée aux participants et le débat a été ouvert aux suggestions.

Sources de données démographiques

Les participants sont convenus d'utiliser les éléments statistiques de la dernière enquête démographique et sanitaire menée en 2007 et l'enquête en grappes à indicateurs multiples ou *Multiple Indicator Cluster Survey Report 2010* pour les calculs théoriques des besoins au cours de l'atelier. Ils ont cependant proposé que certains ajustements y soient apportés pour mettre à jour et obtenir des données les plus précises possibles sur la population, en utilisant le taux de croissance annuel de la population, afin de partir d'une juste estimation du nombre d'accouchements au moment de la quantification.

Source de données épidémiologiques

Puisque le taux d'incidence de ces affections de santé maternelle n'est pas disponible dans la plupart des pays, le programme SIAPS a recueilli des données publiées par la communauté scientifique internationale et issues de publications de recherche afin d'établir une série d'hypothèses générales pouvant être utilisées par les pays en absence de données spécifiques sur la morbidité. Les hypothèses ont été présentées au groupe de travail, qui dans l'ensemble est tombé d'accord sur l'utilisation sans danger de ces hypothèses générales sur l'incidence de la morbidité, en l'absence de données spécifiques pour la RDC. Le groupe a cependant recommandé que le MSP effectue des études pour collecter les données spécifiques sur la morbidité et les taux d'incidence en RDC.

Les observations suivantes ont été faites par les participants, en plus des hypothèses épidémiologiques :

- L'ocytocine doit être le médicament prioritaire pour le traitement des HPP pour les accouchements en établissements de santé, avec un faible pourcentage réservé pour le misoprostol.
- Des résultats d'études doivent être recherchés, indiquant l'utilisation du misoprostol pour le traitement des HPP avant le transfert des femmes à l'hôpital.
- Le misoprostol doit être utilisé pour déclencher le travail.
- Si des données existent au niveau régional, elles doivent remplacer les hypothèses générales sur l'avortement à risque, les fausses couches et les SPA.

Calcul des besoins non satisfaits

Le système d'approvisionnement en RDC n'est pas centralisé ; les partenaires se voient attribués des districts et ils ont la responsabilité de l'approvisionnement pour ces districts. Le personnel du SIAPS en

RDC, en collaboration avec celui de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM, D3)/MSP, ont recueilli les données sur l’approvisionnement au niveau national pour 2012 pour les comparer avec les calculs des besoins théoriques afin de déterminer les besoins non satisfaits pour ces intrants. Cependant, dans la mesure où de multiples partenaires sont impliqués dans l’approvisionnement, chacun avec un cycle d’approvisionnement différent pour la même année calendaire, les données de tous ces partenaires n’ont pu être recueillies et réunies pour la même période (janvier à décembre 2012).

Sources de données sur l’approvisionnement

L’équipe a contacté le Fonds des Nations Unies pour la Population, le Bureau diocésain des Œuvres médicales, *International Rescue Committee* (IRC), l’Association régionale d’approvisionnement en médicaments essentiels et le Projet de Santé Intégrée, mis en œuvre par Management Sciences for Health, et a été en mesure de recueillir des données sur l’approvisionnement pour faciliter le calcul des besoins non satisfaits. En se basant sur les données épidémiologiques et démographiques convenues par consensus, le groupe de travail a calculé les besoins non satisfaits comme suit :

Tableau 7. Besoins non satisfaits, secteur public

Produit	Besoins théoriques	Quantité d’approvisionnement	Besoins non satisfaits (%)
Ocytocine	2 319 094	537 912	71
Misoprostol	2 736 093	Aucun	100
Sulfate de magnésium	340 704	14 740	96

Puisque le misoprostol n’est actuellement pas inclus dans l’approvisionnement du secteur public, les besoins non satisfaits pour ce médicament sont de 100 %. Cependant, les besoins non satisfaits pour l’ocytocine et le sulfate de magnésium ont été estimés respectivement à 71 % et 96 %.

Discussion

L’exercice de calcul a suscité des discussions et un débat animé au sein des groupes, cherchant à comprendre les raisons de l’énorme écart d’approvisionnement, avec un accent particulier sur :

- Les pratiques actuelles de quantification et d’approvisionnement de ces intrants, suggérant les changements suivants :
 - La révision des formulaires de génération de rapports ;

- La compilation des données sur l’approvisionnement et la distribution au niveau national ;
- L’utilisation de la méthode mise au point par le SIAPS pour la quantification de l’approvisionnement de l’année prochaine en misoprostol, ocytocine et sulfate de magnésium.
- DST :
 - Inclure le misoprostol dans la prévention des HPP pour les accouchements à domicile ;
 - Recommander le sulfate de magnésium comme médicament de première intention pour la PEC des cas graves de pré-éclampsie et d’éclampsie.
- La révision de la LME de la RDC :
 - Inclure les trois médicaments dans des catégories et indications respectives de la LME ;
 - Aligner les DST et la LME pour garantir que tous les partenaires s’approvisionnent avec des formes galéniques identiques.

Conclusions

Les participants sont tombés d’accord sur la création d’un groupe technique de travail réunissant la Direction de la santé de la famille et des groupes spécifiques (D10), D3, ainsi que des ONG partenaires impliquées dans l’approvisionnement des intrants de santé maternelle. Le groupe de travail se réunira deux fois par an pour élaborer une stratégie de réduction des besoins non satisfaits. Le groupe de travail technique sera impliqué dans le processus de quantification nationale pour 2014-2015.

Lors de la clôture de l’atelier, les participants ont proposé des recommandations sur les modifications de politiques, les activités de suivi qui doivent être entreprises par le MSP et la manière dont les bailleurs de fonds peuvent aider à trouver des solutions pour combler l’écart des besoins non satisfaits.

Recommandations pour le MSP

- Accélérer la mise en place d’un système d’information logistique permettant d’examiner les données tous les six mois et éviter les excédents et les ruptures de stock.
- Revoir les normes concernant la santé maternelle, néonatale et infantile et inclure les trois médicaments comme traitement de première intention pour les HPP et les PE/E, pour les accouchements en établissements de santé ou à domicile.
- Rassembler les données et résultats d’études déjà menées en RDC afin de posséder des données factuelles pour la rédaction des

normes et directives sur la PEC des femmes enceintes présentant des hémorragies, en utilisant l'ocytocine et le misoprostol.

- Pour le Secrétariat général de la Santé publique : Garantir que les protocoles de traitement standard incluant les indications pour chaque produit sont affichés dans toutes les salles d'accouchement et les services de maternité dans tout le pays.
- Mettre à jour les protocoles de la D10 concernant l'usage de l'ocytocine et du misoprostol dans la PEC des HPP et les rendre disponibles à tous les niveaux des services de soins.
- Le groupe de travail technique recommandera la mise à jour de la liste nationale de médicaments essentiels pour y inclure le misoprostol dans la PEC des HPP, en particulier pour les accouchements à domicile.
- Inciter la DPM, le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments essentiels, la Cellule d'Appui à la Gestion, le Programme National de Santé de la Reproduction, et les autres programmes spécifiques de soins de santé à harmoniser leurs plans d'approvisionnement à l'issue de l'exercice de quantification dans le but d'aligner tous les fournisseurs de produits permettant de sauver la vie des femmes et des enfants.
- Organiser un atelier de formation sur l'utilisation du misoprostol pour les indications obstétriques.

Recommandations à l'intention des bailleurs de fonds

- S'engager à renforcer les capacités de leadership du gouvernement afin de mettre en place un plan d'approvisionnement, favorisant l'approvisionnement des trois médicaments qui sauvent la vie des mères.

EXPLICATION DES TERMES

Prévision : La prévision répond à la question : « Qu'est-ce qui est nécessaire, en quantité et en coût, pour répondre aux besoins de santé de la population ? » Il s'agit du processus d'estimation de la consommation attendue d'intrants, basée sur l'historique de la consommation, les statistiques de services, les données démographiques et de morbidité ou leurs hypothèses de substitution lorsque ces données ne sont pas disponibles, afin de calculer les quantités d'intrants nécessaires pour répondre à une demande de santé pour une période donnée.

Quantification : La quantification répond à la question : « Quelles quantités seront livrées et à quel moment s'effectueront les livraisons ? » Elle comprend à la fois la prévision et la planification de l'approvisionnement. Il s'agit du processus d'estimation des quantités et des coûts des produits nécessaires pour un programme sanitaire spécifique (ou un service) ; ce processus détermine la date à laquelle les produits doivent être livrés pour garantir un approvisionnement ininterrompu. Il tient compte de la demande attendue en intrants, des coûts unitaires, des stocks existants, des stocks déjà commandés, des dates de péremption, du fret, des besoins logistiques et autres coûts, des délais de livraison et des stocks tampons. À l'aide de ces informations, les coûts totaux des besoins en intrants sont calculés et comparés avec les ressources financières disponibles pour déterminer les quantités finales à commander.

Estimation des besoins : Proche de la prévision, ce terme est utilisé dans le présent document en référence à l'évaluation des besoins basée sur des hypothèses théoriques.

Données d'approvisionnement : Informations sur les quantités de produits achetés récemment par les pouvoirs publics, les ONG ou les quantités planifiées pour un approvisionnement à venir.

Données de consommation : Informations sur les quantités de produits utilisés au sein du système de santé ; ces données sont rarement disponibles et il n'est pas rare d'utiliser par défaut les données sur la distribution.

Pipeline d'approvisionnement : Le nombre de points d'approvisionnement à chaque niveau et le niveau de stock requis à chaque point de distribution pour éviter les ruptures de stock.

Délai de livraison : Le temps entre le moment où la commande est placée et la date de livraison des produits au point de distribution (pharmacie ou dispensaire, selon le niveau).

Période d'approvisionnement : Le nombre de mois entre chaque commande.

Stock en commande : Tout stock qui est déjà commandé mais non livré.

Stock de sécurité : Toute quantité de stock conservée en réserve, calculée sur la quantité moyenne nécessaire pour couvrir une période donnée et garantir l'absence de rupture de stock en cas de soudaine modification de la demande ou de problème de livraison de la part des fournisseurs (aussi appelé stock tampon).

Stock disponible : La quantité de stock disponible pour la distribution.

La planification de l'approvisionnement : La planification de l'approvisionnement est la dernière étape de la quantification ; elle précise en détails les quantités requises pour le pipeline d'approvisionnement, les coûts, les délais de livraison et les dates d'arrivées des expéditions, afin de garantir un approvisionnement optimal et les calendriers de livraison.

RÉFÉRENCES

1. United Nations (ONU). *UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children: Commissioner's Report*. New York: UN; 2012. [http://www.unicef.org/media/files/UN Commission Report September 2012 Final.pdf](http://www.unicef.org/media/files/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf). Accédé le 14 novembre 2013.
2. El Zeini LO. *Categorizing the Need for Family Planning: A Story of Evolution*. Cairo: American University in Cairo Social Research Center; 1999.
3. World Health Organization (OMS). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. Geneva: WHO; 2012.
4. Stanton C, Armbruster D, Knight R, et al. Use of active management of the third stage of labour in seven developing countries. *Bull WHO*. 2009; 87:207–215.
5. PATH. *Postpartum Hemorrhage Prevention and Treatment*. Seattle: PATH; 2011.
6. World Health Organization (OMS). *WHO Recommendations for Prevention and Treatment of PPH*. Genève: WHO; 2012.
7. Altman D, Carroli G, Duley L et al. Magpie Trial Collaborative Group. Do women with preeclampsia, and their babies benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomized placebo controlled trial. *Lancet*. 2002;359(9321):1877–1890. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12057549>
8. World Health Organization (OMS). *WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-eclampsia and Eclampsia*. Genève: WHO; 2011.
9. Smith J, Currie S, Perri J, Bluestone J, Cannon T. *National Programs for the Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage and Pre-Eclampsia/Eclampsia: A Global Survey*. Washington, DC : Maternal and Child Health Integrated Program; 2012.
10. World Health Organization (OMS). *WHO Recommendations for Induction of Labor*. Genève: WHO; 2011.
11. Wei S, Wo BL, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;15(2):CD006794.
12. Wei S, Luo ZC, Xu H, Fraser WD. The effect of early oxytocin augmentation in labor: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2009;114(3):641–649.

13. Carmen D, AbouZahr C, Stein C. Global Burden of Maternal Haemorrhage in the Year 2000. Geneva: World Health Organization; 2003;
http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalhaemorrhage.pdf
Accédé le 14 novembre 2013.
14. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, et al. 2006. Oral misoprostol in preventing postpartum hemorrhage in resource-poor communities: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2006;368(9543):1248–1253.
15. Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;14(3):CD003518.
16. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Int J Gynecol Obstet*. 2011;115(2):121–126.
17. Buekens P. Over-medicalisation of Maternal Care in Developing Countries in De Brouwere V, Lergerghe WV, eds. *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*. Belgium: ITG Press; 2001:195–206.
<http://www.jsieurope.org/safem/collect/safem/pdf/s2938e/s2938e.pdf>. Accédé le 14 novembre 2013.
18. PATH, World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA). Essential Medicines for Reproductive Health: Guiding Principles for Their Inclusion on National Medicines List. Seattle: PATH; 2006.
19. Kenyon S, Tokumasu, H, Dowswell T, et al. 2013. High dose versus low dose oxytocin for augmentation of delayed labor. *Cochrane Database System Rev*. 2011;10:CD00720;
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007201.pub3/abstract>.
20. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund, UNICEF, The World Bank. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*. Genève: WHO; 2006.
21. Abdel-Aleem H. Misoprostol for cervical ripening and induction of labor: RHL commentary. Genève: World Health Organization/WHO Reproductive Health Library; 2011.
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/induction/CD000941_abdel-aleemh.com/en/index.html. Accédé le 14 novembre 2013.
22. Raghavan S, Bynum J, eds. *Misoprostol for Treatment of Incomplete Abortion: An Introductory Guidebook*. New York: Gynuity Health Projects; 2009.

23. IPAS, Venture Strategies Innovations. *Misoprostol Use in Postabortion Care: A Service Delivery Tool Kit*. Chapel Hill, NC; 2011.
24. World Health Organization (OMS). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. 2e éd. Genève: WHO; 2012;
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf?ua=1
25. Guttmacher Institute. *Facts on Induced Abortion Worldwide*. 2012.
http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html
26. WHO et UNICEF. *Countdown to 2015 Maternal, Newborn, and Child Survival: Building a Future for Women and Children: The 2012 Report*. ISBN 978-92-806-4644-3.