



Élargir l'accès aux soins après avortement au Zimbabwe par l'intégration du misoprostol

Résumé du rapport final

Introduction

Des signes récents d'amélioration économique et de ralentissement de l'épidémie du VIH au Zimbabwe offrent des possibilités d'inverser le déclin de la santé maternelle.¹ Le taux estimé de mortalité maternelle (TMM) de 960 décès maternels pour 100 000 naissances² classe le Zimbabwe parmi les 40 pays mondiaux ayant le TMM le plus élevé.³ Les complications liées à l'avortement est l'une des principales raisons obstétricales des décès maternels au Zimbabwe.⁴ Le ministère de la santé et des soins d'enfants du Zimbabwe (ZMoHCC) s'engage à prévenir la mortalité et la morbidité maternelles résultant des avortements à risque et des fausses couches en assurant l'accès aux soins après avortement de qualité (SAA). Pour appuyer cet engagement, le ZMoHCC et Venture Strategies Innovations (VSI), un organisme à but non lucratif basé aux États-Unis, ont mené des recherches opérationnelles (RO) pour fournir des preuves sur la faisabilité et l'efficacité de l'introduction du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche au premier trimestre, dans le programme de service SAA et le protocole du système de santé du Zimbabwe. Ce résumé présente les preuves à partir des recherches opérationnelles démontrant l'efficacité et la faisabilité de l'intégration du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche à tous les niveaux du système de santé, dans les hôpitaux provinciaux et les centres de santé ruraux.

On estime que 3 000 femmes zimbabwéennes sont mortes lors d'un accouchement en 2010. Pour chaque décès de femme, 20 autres souffrent de graves séquelles ou invalidités. On estime un AVAL de 174 739 (années de vie ajustées sur l'incapacité) seront perdus chaque année si rien n'est fait pour améliorer la santé maternelle au Zimbabwe.³

Historique

Les principales causes obstétricales de décès maternel au Zimbabwe signalées dans l'étude de la mortalité maternelle et périnatale de 2007 étaient les suivantes : l'hémorragie du post-partum, l'hypertension gravidique / éclampsie, la septicémie et les causes liées à l'avortement.⁴ Il existe un

consensus international indiquant que la prestation de soins après avortement appropriés en temps opportun peut réduire le fardeau humain et financier de l'avortement à risque et des fausses couches. Pour s'attaquer aux causes de la mortalité et de la morbidité maternelle liées à l'avortement, la ZMoHCC a entrepris plusieurs

initiatives visant à améliorer l'accès aux soins après avortement de qualité. En 2008, le ministère de la Santé de la reproduction a lancé un programme de formation pour les médecins, les sages-femmes et les agents cliniques sur l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour le traitement de

l'avortement incomplet et la fausse couche. Le misoprostol, un utérotonique sûr, efficace et à faible coût pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche, a été ajouté à la liste des médicaments essentiels du Zimbabwe (EDLIZ) en 2011. L'intégration du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche dans les services de SAA livrés à tous les établissements de santé au Zimbabwe appuiera l'engagement du ZMoHCC à élargir l'accès aux services de SAA pour toutes les femmes.

Services de soins après avortement: Une solution efficace basée sur des preuves

Les soins après avortement (SAA) sont définis comme un ensemble de services pour gérer les complications liées à un avortement incomplet et à des fausses couches. Les composantes du SAA comprennent des partenariats communautaires et fournisseurs de services, des conseils, un traitement de l'avortement incomplet et des fausses couches, des services de contraception, et des services de santé et de reproduction et autres.⁵ Le SAA relie les services curatifs (traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche) aux services de prévention (planification familiale).⁶ L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'avortement incomplet comme la

conservation de produits de la conception après un avortement provoqué ou spontané, et considère le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche comme un élément essentiel des soins obstétricaux. Le misoprostol et l'aspiration sont les méthodes recommandées par l'OMS pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche.⁷ La dilatation et curetage (D & C) n'est pas une méthode de traitement recommandée par les OMS au premier trimestre pour l'évacuation utérine.⁷

Le cas pour l'intégration du misoprostol aux soins après avortement

Un nombre croissant de preuves a montré que le traitement médical d'un avortement incomplets avec du misoprostol est une alternative efficace à l'AMIU.^{8,9} En 2009, l'OMS a inclus le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche à sa liste modèle des médicaments essentiels,¹⁰ et en 2011, il a été ajouté à la liste de l'OMS des *Médicaments vitaux prioritaires* destinés aux *femmes* et aux *enfants*.¹¹

Le misoprostol, une méthode non-chirurgicale, nécessite un personnel et une infrastructure minimales ; il nécessite ni médecins ni salles d'opération. Le médicament permet le transfert de tâches à des prestataires de niveau intermédiaire, ce qui peut

réduire la charge pesant sur les peu de médecins disponibles dans les formations sanitaires et potentiellement réduire les coûts des services de santé pour le système et pour les patients.

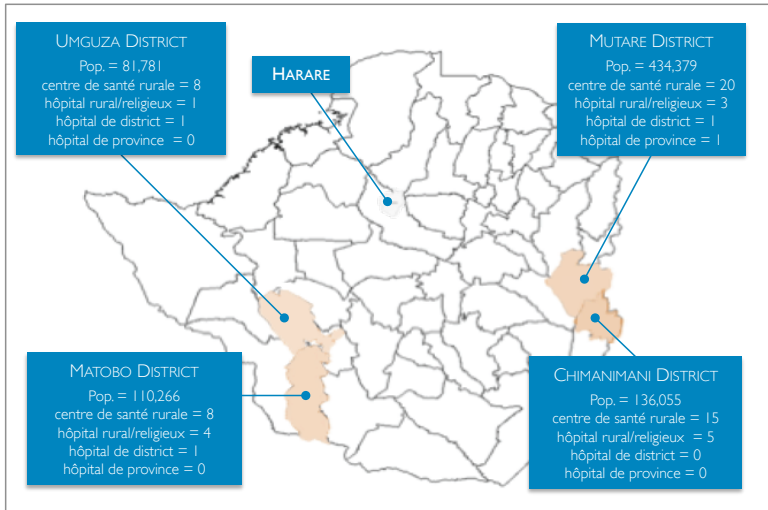
Apporter les soins après avortement plus près des femmes dans le besoin

L'impact potentiel des services de soins après avortement de qualité en temps opportun sur la santé des femmes au Zimbabwe ne sera atteint que si ces services atteignent les femmes dans le besoin. En vue de faire progresser cet objectif, le ZMoHCC et VSI ont mené des recherches opérationnelles pour fournir des preuves sur la faisabilité et l'efficacité de l'introduction du misoprostol dans le système de services de SAA à tous les niveaux du système de santé, des hôpitaux, des centres de santé ruraux (CSR). L'extension de la prestation des services de SAA aux CSR soutient l'engagement du gouvernement du Zimbabwe à accroître l'équité en santé comme présenté dans la Feuille de route 2007-2015 pour la santé, telle que la formation d'un nouveau corps d'infirmières de soins primaires pour fournir des services curatifs de prévention et de base au CSR.¹²

Recherches opérationnelles : Historique

Une collaboration des RO du ZMoHCC et VSI a été menée dans 68 formations sanitaires dans

Figure 1 : Districts et formations sanitaires qui ont participé aux recherches opérationnelles



quatre districts du Zimbabwe (Figure 1). Les sites des RO comprenaient les catégories de formations sanitaires suivantes : a) les hôpitaux provinciaux, b) les hôpitaux de district, c) les hôpitaux ruraux et religieux, et d) des centres de santé rurales. Une évaluation de base des formations sanitaires a été menée dans les 68 formations sanitaires avant l'introduction du misoprostol pour fournir des informations sur les services de SAA existants. Les évaluations des formations sanitaires comprenaient un examen des services fournis de septembre 2011 à février 2012. Les données des RO se réfèrent à la période allant de janvier 2013 à juin 2013. Les prestataires et les travailleurs de santé des villages ont diffusé des messages clés sur les dangers de l'avortement à risque, la disponibilité du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche et les services de planification familiale aux sites des RO, et

l'importance de la prévention des grossesses non désirées. Le misoprostol a été donné par VSI pour les RO et l'équipe d'encadrement a assuré sa disponibilité dans les formations sanitaires tout au long de la période des RO. Une formation des formateurs a été réalisée pour 40 médecins et infirmières en chef, suivi par des formations en cascade pour 135 prestataires (infirmières de soins primaires, les infirmières et sages-femmes) de tous les sites.

Recherches opérationnelles : Principales constatations Disponibilités des services de soins après avortement à la base

Selon l'évaluation des formations sanitaires, avant les RO, la disponibilité des services de soins après avortement sur les sites des RO était limitée. En plus de l'hôpital provincial, un seul des trois hôpitaux de la région et six des treize hôpitaux ruraux et religieux ont signalé offrir le traitement de l'avortement

incomplet et la fausse couche. La dilatation et le curetage étaient la méthode de traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche disponible dans le plus grand nombre de formations sanitaires (n = 5), avec seulement deux formations sanitaires offrant l'AMIU. Seul un centre de santé rural a rapporté offrir le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche au moment de l'évaluation, par l'administration de l'ocytocine.

Selon l'évaluation des formations sanitaires, les femmes ont demandé des soins après avortement à tous les niveaux des formations sanitaires. De septembre 2011 à février 2012, 736 femmes se sont présentées à une formation sanitaire avec des complications d'un avortement à risque ou d'une fausse couche. Plus d'un quart de ces femmes (n = 200) ont cherché des soins dans les centres de santé ruraux qui n'ont pas fourni le traitement de l'avortement incomplet à l'époque, en tant que tel, ces femmes ont été référées à d'autres formations sanitaires.

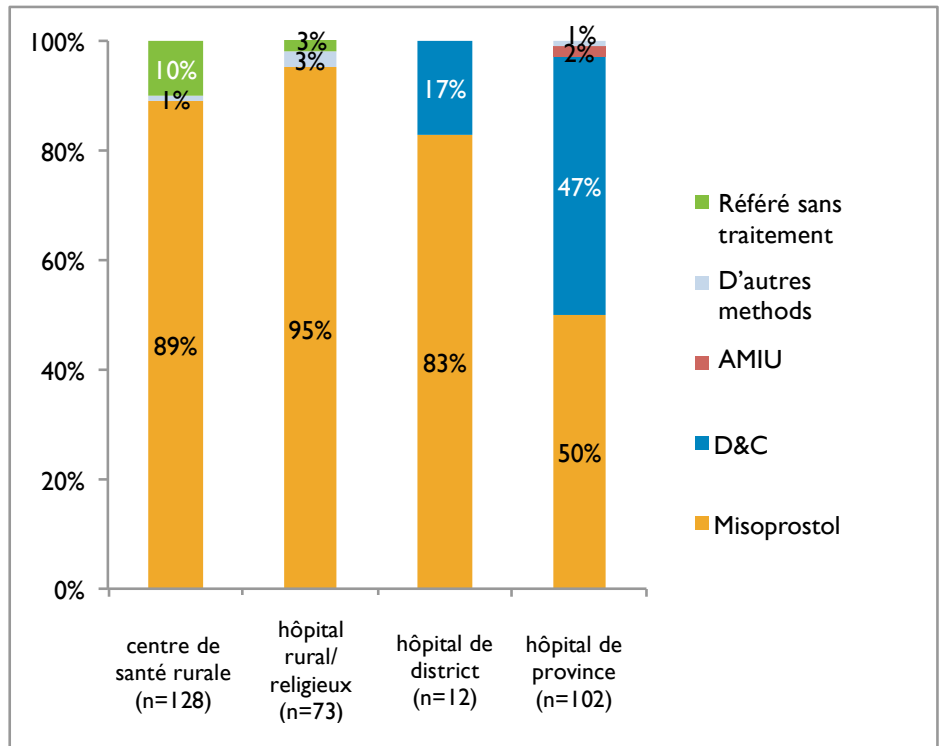
Rendre les soins après avortement accessibles aux femmes rurales où elles demandent des soins

Une fois les RO démarré, lorsqu'une femme se présente à l'un des 68 formations sanitaires participantes avec des signes d'avortement incomplet, le prestataire a effectué une

évaluation clinique pour établir si un traitement d'urgence était nécessaire. Après l'obtention d'un consentement clair à participer aux RO, le protocole clinique a été suivi. Le traitement dépendait de l'état de la femme, de l'âge gestationnel, des méthodes disponibles sur le site de traitement et de la préférence de la femme (si plus d'une option était disponible et jugée appropriée par le prestataire). Le traitement de misoprostol par voie orale de 600mcg recommandé par l'OMS pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche a été utilisé dans les recherches opérationnelles.⁷

Les centres de santé ruraux et les hôpitaux ruraux et religieux ont introduits facilement les services de SAA qui comprenaient le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche avec le misoprostol. Quarante-neuf pourcent des femmes inscrites aux RO au CSR et 95% de celles-ci inscrites dans les hôpitaux ruraux et religieux ont été traités avec du misoprostol (Figure 2). Les infirmières de soins primaires, le personnel qualifié au plus haut niveau dans la plupart des centres de santé ruraux, ont été très utilisés et ont traité plus de 40% des femmes qui ont été administrés du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche. Un peu plus de la moitié des femmes inscrites dans

Figure 2 : Répartition des méthodes du traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche selon les formations sanitaires pour les femmes inscrites aux RO (1 janvier - 15 juillet 2013)



les hôpitaux de district et provinciaux ont reçu du misoprostol. À l'hôpital provincial, deux femmes seulement ont été traitées avec l'AMIU, et le reste des cas d'avortement incomplet (n = 48) ont été traités avec le D & C.

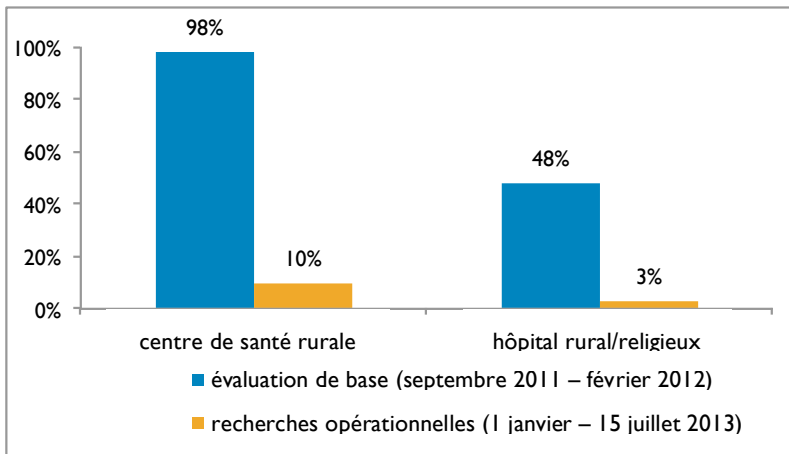
Les prestataires dans les formations sanitaires des RO et les travailleurs de santé des villages dans les zones de captage ont promu la sensibilisation de la communauté de la disponibilité du misoprostol pour les SAA, les dangers de l'avortement à risque et l'importance de la planification familiale, au cours des séances de sensibilisation dans les formations sanitaires et pendant des réunions communautaires. Dans l'ensemble, 13 845

membres de la communauté ont reçu des messages sur le misoprostol pour les SAA au cours des RO. Les prestataires ont conduit la majorité des séances (54%) et les travailleurs de santé des villages ont conduit 14% des séances.

Réduire les références pour les soins après avortement

L'introduction du misoprostol pour les SAA a considérablement réduit la proportion de femmes dans les centres de santé ruraux et les hôpitaux ruraux et religieux qui devaient être référées pour le traitement (Figure 3). Seulement 10% des femmes inscrites qui cherchaient des services de SAA au CSR ont été référées vers une formation sanitaire de niveau supérieur, contre 98% au départ.

Figure 3 : Proportion de femmes se présentant pour des SAA dans les centres de santé ruraux et les hôpitaux ruraux et religieux qui ont été référées sans recevoir de traitement, avant l'étude et pendant les recherches opérationnelles



Dans les hôpitaux ruraux et religieux, le pourcentage référé pour le traitement SAA a diminué de près de 95%, de 48% à 3%.

Rendre les soins après avortement disponibles dans les centres de santé ruraux grâce à l'introduction du misoprostol, réduit la nécessité de référer les femmes, réduit les coûts financiers et le temps pour les femmes ayant besoin de services de SAA, et allège le fardeau des formations sanitaires de niveau supérieur.

Résultat du traitement au misoprostol

Parmi les 315 femmes inscrites aux RO, 244 (78 %) ont été traitées avec du misoprostol. Cinquante un pourcent (n= 124) de celles qui ont été traitées avec du misoprostol sont revenues pour le suivi. Parmi les femmes qui sont revenues et dont les données ont été enregistrées (n= 120), 96 % ont été traitées

avec succès. Seules cinq femmes ont eu besoin d'un traitement supplémentaire. Ces résultats sont conformes aux taux d'efficacité du misoprostol dans les SAA de 91 à 98 % observés dans les études aléatoires contrôlées.⁶

L'analyse détaillée de ces informations indique que dans les centres de santé ruraux, 98 % (n= 84) des femmes ont été traitées avec succès après une dose unique de 600 mcg de misoprostol. Sur les deux femmes qui n'ont pas été traitées avec succès, l'une a dû être référée vers des soins supplémentaires et l'autre a été renvoyée chez elle pour attendre une semaine de plus.

Dans les hôpitaux ruraux et religieux, le taux de succès du traitement de celles qui revenaient pour le suivi était de 93 % (n= 25). Seules deux

femmes de ces formations sanitaires ont reçu un traitement supplémentaire. L'une a été traitée avec du misoprostol et l'autre par l'AMIU. Finalement, une troisième femme pour laquelle le traitement avec le misoprostol à l'hôpital provincial n'a pas réussi a reçu une deuxième dose de misoprostol lors du suivi.

L'adoption de contraception

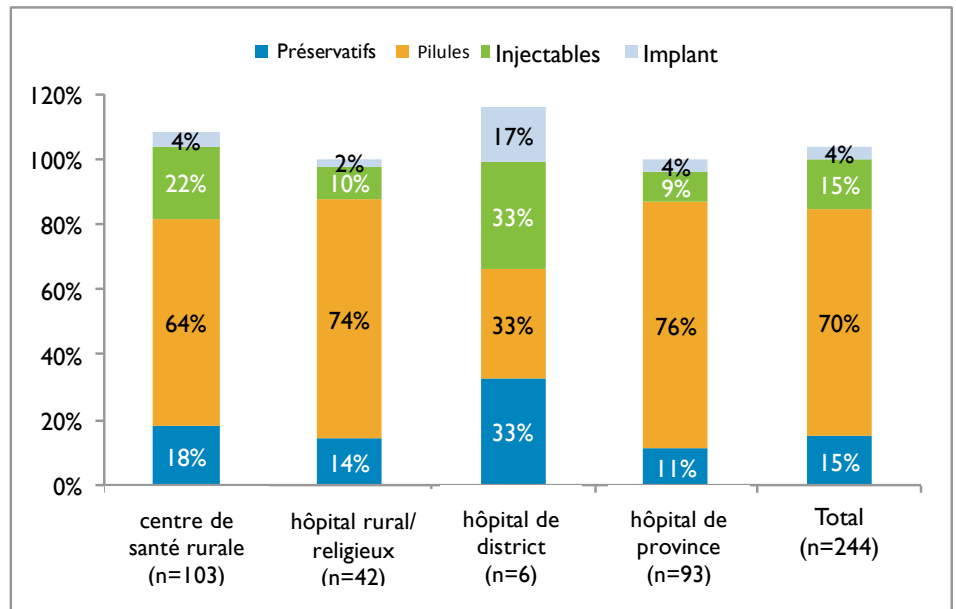
La prévention des grossesses non désirées ou inopportunes par des méthodes efficaces de planification familiale réduit les risques de la mortalité maternelle en réduisant le nombre d'avortements à répétition.¹³ Les prestations de conseils et de services de planification familiale au moment et l'endroit où les femmes reçoivent les services pour les avortements spontanés ou provoqués sont reconnues comme une pratique ayant un impact important. Une fois étendues à plus grande échelle et institutionnalisées, ces prestations optimisent les investissements dans une stratégie complète de planification familiale.¹⁴ Puisque la fertilité peut survenir dès 10 jours après un avortement ou une fausse couche, les prestations de services de la planification familiale constituent un élément essentiel des SAA. Plus de 80 % de femmes des RO ont accepté une méthode contraceptive moderne comme

partie intégrante des services des SAA. Les taux de prise de contraceptifs étaient les plus élevés à l'hôpital provincial (92 %) et dans les centres de santé ruraux (87 %). L'observation que la prise de contraceptifs était élevée (82 %) parmi les femmes qui ont rapporté de ne pas avoir utilisé une méthode de planification familiale avant leur dernière grossesse indique que les services de conseils sont efficaces. Plus d'un quart des femmes ayant accepté une contraception ont reçu des injectables et des implants dans les centres de santé ruraux, comparé à 13 % des femmes ayant accepté une contraception à l'hôpital provincial (Figure 4).

Suivi de traitement

Il a été conseillé aux femmes ayant reçu du misoprostol de revenir 7 à 14 jours après pour un suivi. Les femmes traitées dans les centres de santé ruraux étaient plus susceptibles de revenir pour un suivi (75 %) que celles traitées dans les hôpitaux ruraux et religieux (39 %) et dans les hôpitaux provinciaux (12 %). La visite de suivi est particulièrement importante car elle permet non seulement de confirmer le succès du traitement, mais offre également une opportunité supplémentaire de fournir des services de conseils et de planification familiale. Dix pourcent des femmes qui sont revenues pour

Figure 4 : Méthodes contraceptives fournies par niveau de formation sanitaire à la visite initiale (1 janvier – 15 juillet 2013)



*Les colonnes n'aboutissent pas toujours à 100 % parce que certaines femmes ont suivi plus d'une méthode de planification familiale.

le suivi ont reçu un contraceptif au moment du suivi et non à la visite initiale.

Effets secondaires

Les femmes traitées avec du misoprostol ont ressenti des effets secondaires minimaux. Parmi les 124 femmes traitées avec du misoprostol et qui sont revenues pour le suivi, 29 femmes ont rapportées ressentir certains effets secondaires après la prise des comprimés. Les effets secondaires les plus fréquemment rapportés sont des douleurs abdominales (n= 16), puis des frissons et/ou de la fièvre (n= 8), des nausées et des vomissements (n= 5), et des diarrhées (n= 5).

Garantir la qualité des services de soins après avortement est essentiel pour évaluer l'efficacité

d'introduction du misoprostol. Les résultats des RO, comprenant les résultats du traitement, les taux de visites de suivi, les retours sur les effets secondaires du misoprostol et la prise de contraceptif, apportent la preuve que des services de qualité ont été fournis lorsque le misoprostol a été intégré dans les services de SAA.

Leçons à retenir pour élargir l'intégration du misoprostol dans les services de SAA.

Les RO offrent des leçons pour la mise en place de l'extension de l'intégration du misoprostol dans les soins après avortement. Comme de nombreux prestataires offrent des soins après avortement dans les hôpitaux de références gouvernementaux, il est

important de s'assurer que tous les prestataires fournissant des services SAA sont formés de façon officielle avec des outils standard d'évaluation des connaissances et des compétences sur l'utilisation adéquate du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche, ainsi que sur l'évaluation globale, la gestion et le suivi des cas de SAA. Pendant les RO, des fiches de référence en format poche, détaillant les posologies du misoprostol et les options de contraception ont contribué à améliorer les connaissances de base des prestataires.

Augmentant le nombre de prestataires qui sont à l'aise avec l'utilisation du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche et fournissant tous les autres éléments des SAA aideront à maintenir la qualité des services pendant l'expansion. De plus, comme ce sont souvent les médecins qui font les choix de traitement dans les hôpitaux, leur intégration dans la formation et dans l'orientation du programme est essentielle – même si ce sont les sages-femmes et les infirmières qui délivrent le misoprostol. L'implication des docteurs dans les formations sur le misoprostol les familiarisera avec les différentes options de traitement, ce qui pourrait diminuer la dépendance à la pratique de D&C comme méthode de traitement principal

dans les hôpitaux de niveau supérieur. Finalement, il est important de reconnaître le défi en estimant l'âge de gestation avec précision. Il est important de renforcer les capacités des prestataires, notamment celles des infirmières de soins primaires, à travers des actions de formation clinique sur le terrain pour s'assurer que les protocoles médicaux sont suivis pour déterminer l'éligibilité des femmes pour le traitement au misoprostol.

« Honnêtement je l'ai découvert [le misoprostol] avec scepticisme mais depuis je l'ai intégré et c'est une bonne alternative aux autres procédures plus envahissantes. »

Médecin, district de Chimanimani

Recommandations programmatiques

Les recommandations suivantes sont fondées à la fois sur les résultats des RO ainsi que sur les apprentissages du ZMoHCC et des prestataires pendant les RO concernant ce qui est nécessaire pour renforcer les services de soins après avortement au Zimbabwe. En tant que telles, un certain nombre des recommandations suivantes englobent des questions plus vastes concernant l'expansion des services de soins après avortement au Zimbabwe qui ne sont pas spécifiquement liés aux données des RO.

1. Introduire le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche dans un système de référence, dans les centres de santé ruraux au sein desquels les services de SAA ne sont pas actuellement disponibles.
2. Intégrer le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche dans les formations sanitaires fournissant actuellement des services de SAA.
3. Apporter une formation sur le terrain sur l'utilisation du misoprostol dans les SAA selon les protocoles du traitement et de référence pour les services de SAA, pour tous les prestataires de SAA, les médecins, les sages-femmes et les infirmières, notamment les infirmières de soins primaires.
4. Continuer à renforcer la fourniture de planification familiale après avortement.
5. Développer et distribuer des outils de travail pratiques et durables pour aider les prestataires à adopter une meilleure conformité avec le protocole de SAA pour l'identification des femmes éligibles au traitement et de celles qui doivent être référées.

Perspectives des prestataires :

Une infirmière du centre de santé rural de Gutaurare dans le district de Mutare indiquait, à propos des femmes qui recevaient du misoprostol pour les SAA, « Elles se sentent vraiment bien parce qu'avant nous nous adressions aux hôpitaux pour les SAA, mais avec l'usage du misoprostol, nous traitons sans complications, sans frais et c'est très efficace. »

Une sage-femme de la clinique Charter dans le district de Chimanimani a rapporté : « Elles viennent en pensant être référées et devoir subir des procédures invasives telles que les pratiques de D&C, mais en discutant avec elles, elles finissent à accepter le misoprostol. Dans notre communauté, grâce à quelques histoires aux résultats positifs, elles croient maintenant aux SAA. »

6. Renforcer la sensibilisation communautaire sur la disponibilité des services de SAA, sur les dangers d'un avortement à risque, et sur l'importance de la prévention des grossesses non désirées, ainsi que sur la disponibilité des services de planification familiale dans les formations sanitaires ; former les prestataires aux formations sanitaires et le personnel de santé des villages à inclure ces messages dans leurs activités pédagogiques.
7. Terminer la révision des directives sur les soins d'avortement complets s'assurant l'inclusion des dernières informations aux services de SAA. Diffuser et mettre en place les directives révisées.
8. Inclure la formation sur le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche dans le programme préparatoire des écoles médicales, d'infirmières et de sages-femmes.

9. Enregistrer le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche, ce qui constitue une première étape importante pour s'assurer de l'approvisionnement en produit de haute qualité.
10. Renforcer les capacités des prestataires à l'usage de l'AMIU pour les soins après avortement, dans les cas où les femmes ne satisfont pas les conditions de traitement au misoprostol, et éliminer les pratiques de D&C.

Conclusions

Les recherches opérationnelles apportent des preuves sur la faisabilité et l'efficacité de l'inclusion du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche dans les services de soins après avortement à tous les niveaux des formations sanitaires au Zimbabwe. L'intégration a permis de fournir aux femmes des services de SAA acceptables, de bonne qualité et sans danger dans les centres de santé ruraux au Zimbabwe. La fourniture des services de SAA dans les centres de santé ruraux a permis aux femmes de recevoir un

traitement rapidement, empêchant des risques supplémentaires, et réduisant leur besoin de passer du temps et de l'argent à se déplacer vers les hôpitaux de référence. Le transfert de tâche pour le traitement de l'avortement incomplet et la fausse couche aux infirmières de soins primaires optimise l'investissement que le gouvernement du Zimbabwe a fait en développant ce cadre de personnel. À plus long terme, le fardeau du traitement des cas compliqués dans les hôpitaux de référence sera peut être diminué puisqu'un plus grand nombre de cas seront traités aux niveaux primaire ou secondaire. Dans les hôpitaux de référence, l'usage du misoprostol à la place des pratiques de D&C pour les cas médicalement éligibles, ainsi que le renforcement de l'AMIU réduira les risques et les coûts supplémentaires associés aux pratiques de D&C à la fois pour les patients et pour le système de santé. Finalement, l'incorporation du misoprostol dans les services de soins après avortement à tous les niveaux des formations sanitaire soutient l'engagement du gouvernement pour une équité en matière de santé pour les populations rurales et urbaines du Zimbabwe.

Références

- ¹ UNICEF. A situational analysis on the status of women's and children's rights in Zimbabwe, 2005 – 2010: a call for reducing disparities and improving equity. Harare: UNICEF, 2011.
- ² Central Statistical Office (CSO) [Zimbabwe] and Macro International Inc. *Zimbabwe Demographic and Health Survey 2010-11*. Calverton, Maryland: CSO and Macro International Inc., 2011.
- ³ United Nations in Zimbabwe. Maternal mortality in Zimbabwe evidence, costs, and implications. Harare, United Nations in Zimbabwe, 2013.
- ⁴ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare (ZMoHCW). Maternal and perinatal mortality study. Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe, 2007.
- ⁵ Corbett MR, and KL, Turner. Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspective* 2003; **29** (3): 106-111.
- ⁶ Ipas and Venture Strategies Innovations. Misoprostol use in postabortion care: A service delivery toolkit. Chapel Hill, NC: Ipas, 2011.
- ⁷ World Health Organization (WHO). Technical and policy guidance on safe abortion. Second Edition. Geneva: WHO, 2012.
- ⁸ Chung T, Leung P, Cheung L *et al*. A medical approach to management of spontaneous abortion using misoprostol. Extending misoprostol treatment to a maximum of 48 hours can further improve evacuation of retained products of conception in spontaneous abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1997;**76** (3):248-51.
- ⁹ Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K *et al*. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007;**99**:S186-89.
- ¹⁰ WHO. WHO Model List of Essential Medicines. 16th list (updated) March 2009. Accessed online 23 April 2011 at: http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/sixteenth_adult_list_en.pdf
- ¹¹ WHO. Priority Medicines for Mothers and Children. Geneva: WHO, 2011a.
- ¹² Government of Zimbabwe. The Zimbabwe national maternal and neonatal health road map 2007-2015. Harare: Ministry of Health and Child Welfare, 2007.
- ¹³ Johnson B, Singatsho N, Farr S *et al*. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception, *Studies in Family Planning*, 2002;**33** (2):195–202.
- ¹⁴ High Impact Practices in Family Planning. Postabortion family planning: strengthening the family planning components of postabortion care. Washington, DC: USAID; 2012. Available from <http://www.fphighimpactpractices.org/resources/postabortion-family-planning-strengthening-family-planning-component-postabortion-care>