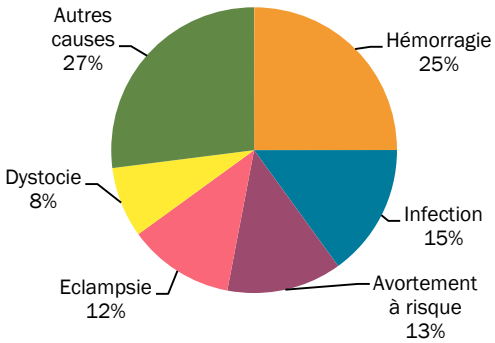
La prévention de l'hémorragie du postpartum lors des accouchements à domicile

Une approche à base communautaire ciblée faisant appel à la préparation à la naissance et au misoprostol



Source: Organisation Mondiale de la Santé 2011. "Pourquoi tant de femmes meurent encore pendant la grossesse ou l'accouchement?" www.who.int/features/qa/12/en/index.html.

L'hémorragie du post-partum (HPP) est la principale cause de décès maternels dans le monde. Toutes les 10 minutes, une femme meurt d'HPP. Environ 31% à 34% de tous les décès maternels sont dus à l'HPP, avec le plus grand fardeau de la maladie dans le monde en développement.[1,2] Les femmes qui survivent à l'HPP souffrent d'anémie et d'autres complications et sont exposées à des transfusions sanguines et aux risques qui y sont associés (tels que les réactions aux transfusions ou l'infection par le VIH ou l'hépatite). Une action mondiale pour répondre à l'HPP est un impératif de santé publique.

Interventions clés de la prévention de l'HPP

Accouchements dans les établissements de santé: Gestion active du troisième stade de travail (GATPA):

- Ocytocine, 10 IU IM immédiatement après la naissance
- Traction contrôlée du cordon
- Massage utérin pour assurer le tonus utérin

Accouchements au niveau communautaire:

- Promotion des accouchements dans les établissements de santé
- Education sur l'HPP
- Provision en avance du misoprostol pour l'auto-administration par les femmes dès l'accouchement

Meilleures pratiques

La recherche a montré que l'utilisation d'un médicament utérotonique est un élément clé de toute stratégie de prévention de l'HPP. Toutes les femmes – qu'elles accouchent dans un établissement de santé ou à domicile– devraient avoir accès à un utérotonique. Parce qu'il est possible pour les femmes de mourir dans les deux heures suivant l'apparition de saignements avec l'HPP, une approche logique pour prévenir l'HPP doit aborder à la fois les accouchements dans les établissements de santé et les accouchements à domicile. L'encadré ci-dessous montre les principales interventions des meilleures pratiques pour la réduction de l'HPP dans ces deux paramètres. Les stratégies nationales de réduction de l'HPP devraient inclure un examen des données nationales afin de déterminer où les accouchements se font et la meilleure façon d'introduire et d'étendre les interventions appropriées pour les accouchements dans les établissements de santé ou pour les accouchements à domicile. Les stratégies de réduction de l'HPP, qui incluent idéalement la promotion des accouchements dans les établissements de santé et la provision de soins obstétriques d'urgence et de soins néonatals

de haute qualité, doivent faire partie d'un effort plus grand dans les pays pour réduire la mortalité maternelle.

La Gestion Active du Troisième Stade du Travail (GATPA)* est l'intervention qi s'est avérée avoir le plus de succès dans la prévention de l'HPP. Les composantes de GAPTA incluent l'administration d'agents utérotoniques immédiatement après l'accouchement, ce qui provoque la contraction forte de l'utérus, diminuant ainsi le risque d'hémorragie qui menace la vie. Des études concernant la sécurité et l'efficacité des utérotoniques ont démontré que l'ocytocine est l'agent utérotonique de choix pour la GATPA. L'utilisation de l'ocytocine, cependant, n'est pas toujours faisable dans les milieux à ressources limitées, car elle nécessite un entreposage dans un environnement frais ou réfrigéré, du matériel stérile pour l'injection et souvent un prestataire qualifié. Par ailleurs, on ne peut pas présumer de la teneur de l'ocytocine existante pour la prévention et la gestion de l'HPP dans les milieux à ressources limitées.

Expériences des pays pour la prévention de l'HPP pour les accouchements à domicile en utilisant le misoprostol

- Tanzanie—Les femmes ayant accouché à la maison n'ayant pas utilisé de misoprostol étaient presque neuf fois plus susceptibles d'avoir besoin d'interventions supplémentaires pour le traitement de l'HPP que celles l'ayant utilisé.
- Népal— La couverture utérotonique a augmenté de 12% à 74% en 30 mois, sans diminution des accouchements institutionnels.
- Afghanistan—Les femmes du groupe d'intervention ont été presque quatre fois plus susceptibles d'utiliser un utérotonique (96%) que le groupe contrôle.

Lorsque les conditions d'utilisation d'ocytocine ne peuvent être respectées, le misoprostol est recommandé comme sûr et efficace pour la prévention de l'HPP. En mars 2011, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a approuvé l'utilisation du misoprostol dans la Liste des médicaments essentiels de l'OMS pour la prévention de l'HPP.

Le misoprostol est un utérotonique oral en forme de comprimé qui ne nécessite pas de réfrigération ou d'entreposage dans un endroit frais et sombre, ou son administration par un personnel qualifié. Ainsi le **misoprostol peut être fourni aux femmes à l'avance de la naissance en auto-administration immédiatement après l'accouchement**. Dans de nombreux essais contrôlées randomisés, le misoprostol a été associé à une diminution significative du taux d'HPP, y compris une hémorragie sévère de >1000mL, ce qui est le plus souvent fatal.[3,4,5,6,7] Des projets effectués dans plusieurs pays, y compris l'Afghanistan, le Bangladesh, l'Ethiopie, le Ghana, le Népal, le Nigeria, la Tanzanie, la Zambie et d'autres, ont démontré que les prestataires ou les agents de santé communautaires en soins prénatals peuvent distribuer efficacement le misoprostol pour la prévention de l'HPP lors de l'accouchement à domicile, et les femmes peuvent l'utiliser en toute sécurité.[8,9,10,11] En outre, une analyse coût-efficacité pour les accouchements à domicile dans l'Inde rurale a conclu que le misoprostol est une intervention rentable pour les accouchements à domicile.[12]

Avantages et impact potentiel

La distribution directe du misoprostol aux femmes par le biais de soins prénatals et/ou des systèmes de santé communautaires a montré **l'augmentation de la proportion des femmes qui sont couvertes par l'utilisation d'un médicament utérotonique immédiatement après l'accouchement**. Le misoprostol peut être administré en toute sécurité à la maison par

*La GATPA consiste en trois étapes : 1) l'administration d'un utérotonique immédiatement après l'accouchement ; 2) traction contrôlée du cordon, et 3) massage abdominal de l'utérus après la délivrance du placenta pour assurer le tonus utérin.

des accoucheuses au niveau communautaire ou, de préférence, auto-administré par la femme elle-même ou sa famille. L'utilisation du misoprostol pendant l'accouchement à domicile permet aux ministères de la santé et aux programmes de santé publique d'atteindre une couverture élevée de fort impact des interventions de prévention de l'HPP – dans les établissements de santé et pour les accouchements à domicile – avec le potentiel de réduire significativement les décès dus à l'HPP. A l'appui de l'utilisation du misoprostol dans les milieux à faibles ressources, la Confédération internationale des sages-femmes (CISF) et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) ont fait un énoncé conjoint en 2006, qui indiquait, "*Pour les accouchements à domicile sans un prestataire qualifié, le misoprostol pourrait être la seule technologie disponible pour le contrôle de l'HPP."*[13] *En outre, comme noté ci-dessus, les conseils les plus récents de l'OMS énoncent, "Suite à une revue d'interventions efficaces et fondées sur des preuves, le Comité a décidé d'ajouter le misoprostol à la Liste, pour la prévention de l'HPP dans les milieux ou les utérotoniques parentéraux ne sont pas disponibles ou faisables."*[14] Ces recommandations de l'OMS, FIGO et CISF fournissent un soutien et une justification pour l'utilisation du misoprostol pour prévenir les décès dus à l'HPP là où les femmes accouchent.

Avantages du misoprostol

- Economique: USD $0,1 par comprimé[1]
- Efficace pour la prévention de l'HPP
- Peut être auto-administré
- Ne nécessite pas de réfrigération, par conséquent, peut être utilisé en dehors des établissements de santé ou dans des zones reculées
- Acceptable pour les femmes
- Résulte en une couverture d'utérotonique plus large suivant l'accouchement

Des études effectuées dans plusieurs pays ont démontré que le misoprostol, donné en dose de 600 µg (3 comprimés de 200 µg) immédiatement suivant la délivrance du bébé et à la confirmation de l'absence de diagnostic d'un second jumeau, peut être utilisé en toute sécurité pour la prévention de l'HPP et des décès maternels lors d'accouchements à domicile. La randomisation d'un essai contrôlé en double-aveugle au Pakistan, a révélé une réduction de 24% en HPP lorsque des accoucheuses traditionnelles formées administraient le misoprostol.[15] En 2009, une étude en Tanzanie qui combinait l'éducation sur l'HPP avec la distribution du misoprostol par le biais des SP, a soulevé la couverture du misoprostol à 88% pour les naissances au foyer parmi un groupe de plus de 12 000 femmes. Dans ce programme, les femmes qui ont accouché au foyer et qui n'ont pas utilisé le misoprostol étaient presque neuf fois plus susceptibles de nécessiter un traitement pour l'HPP que celles qui avaient utilisé le misoprostol.[16]

Une étude similaire a été faite parmi les agents de santé communautaires (ASC) au Népal qui distribuaient du misoprostol au cours de leurs visites à domicile au huitième mois de la grossesse. Le misoprostol été donné à 18 761 femmes presque à terme (73,2% du groupe cible dans le district), et 74,5% de ces femmes l'ont utilisé. En deux ans et demi, la couverture utérotonique a augmenté de 11,6% à 74,2% en raison de la combinaison de la distribution et de l'utilisation du misoprostol, de l'augmentation de la livraison dans les établissements de santé, et de l'augmentation de l'utilisation de l'ocytocine lors des accouchements dans les établissements de santé. La majorité de cette augmentation était due à l'utilisation du misoprostol, qui est passé de 0% to 49,4%.[17] Dans une étude similaire en Afghanistan, 96% des femmes du groupe d'intervention ont utilisé un utérotonique à la naissance (surtout le misoprostol), tandis que seulement 26% des femmes dans le groupe témoin – qui n'avait pas reçu de misoprostol—ont été protégées de l'HPP par le biais de l'utilisation d'un utérotonique.[18] Dans ces deux études, aucune des femmes ont déclaré avoir pris le médicament avant la délivrance du bébé. En outre, dans l'expérience du Népal, celles qui ont le plus profité de ce programme étaient les pauvres, les illettrées et celles qui vivent dans des régions éloignées.

Bien que l'ocytocine soit l'utérotonique préféré lorsqu'il est disponible, le misoprostol est une solution efficace. L'apparition de certains effets secondaires (surtout des frissons et une température élevée) est plus fréquente avec l'utilisation du misoprostol qu'avec l'utilisation de l'ocytocine. Toutefois, ces effets secondaires ne sont pas seulement mineurs et transitoires, mais des études en Afghanistan et au Népal suggèrent également qu'ils sont acceptables pour les femmes.

Approche stratégique et composantes du programme

Avant de commencer un programme de prévention de l'HPP axé sur la communauté, à l'utilisation du misoprostol, les programmes devraient examiner et/ou élaborer une politique sur l'utilisation des utérotoniques, y compris ce qui est recommandé, à quels niveaux du système de santé et par quels cadres du personnel de santé. Les programmes doivent également évaluer l'approvisionnement en médicaments sans interruption (idéalement tous les médicaments de la santé maternelle et néonatale), les taux de naissances dans les établissements sanitaires et les naissances au foyer, et comprendre le système de santé communautaire, y compris les programmes qui fonctionnent déjà dans la communauté qui servent les femmes en âge de procréer.

L'approche stratégique pour un programme **axé sur la communauté pour la prévention de l'HPP pour les accouchements à domicile** devrait idéalement comporter les éléments suivants:

- Cartographie communautaire des femmes enceintes par les ASC
- Sensibilisation de la communauté, promotion de l'accouchement dans les établissements de santé, et éducation sur l'HPP
- Encourager les femmes à aller aux visites de soins prénatals (idéalement quatre visites)
- Dépistage des femmes pour déterminer qui peut avoir des difficultés à réaliser leur plan de naissance pour un accouchement dans un établissement de santé (les difficultés peuvent inclure la distance, les communautés isolées, le manque de route et un personnel limité dans l'établissement de santé)
- Counseling des femmes sur la préparation à l'accouchement et utilisation sûre et correcte du misoprostol (si fourni)
- Distribution de misoprostol, soit par le biais de système de soins prénatals ou du système de santé communautaire pour les femmes qui peuvent avoir des difficultés dans la réalisation de leur plan de naissance pour un accouchement dans un établissement de santé
- Renforcement des messages sur le counseling en HPP par le biais du système de santé communautaire par les visites des ASC à domicile à toutes les femmes enceintes identifiées à travers l'exercice de cartographie
- Suivi du postpartum de toutes les femmes qui ont reçu du misoprostol

Pour assurer la cohérence avec les stratégies nationales pour la promotion des accouchements dans les établissements de santé et la GATPA, les programmes de réduction de l'HPP axés sur la communauté doivent travailler en collaboration avec les divers établissements dans le système de santé. Les programmes peuvent atteindre cet objectif en formant le personnel des établissements sanitaires sur l'utilisation correcte et appropriée du misoprostol, pour gérer les femmes qui se présentent avec une hémorragie, malgré la prise du misoprostol ou qui ont des effets secondaires après la prise de misoprostol, et en soutenant l'utilisation de la GATPA et de protocoles pour la prise en charge de l'HPP.

En outre, parce que le misoprostol est déjà disponible grâce à des points de vente commerciaux et privés dans de nombreux pays, les ministères de la santé doivent être proactifs dans le développement de politiques et de programmes qui assurent l'utilisation sûre et correct de ce médicament à travers le système de santé.

Est-ce que l'utilisation du misoprostol pour les accouchements à domicile diminue les livraisons dans les établissements de santé?

Des collègues des ministères de la santé et autres institutions ont exprimé leur inquiétude que les interventions pour fournir du misoprostol dans un cadre communautaire diminueront la livraison au niveau institutionnel. Pour évaluer cette possibilité, plusieurs études comprenaient le changement dans les taux de livraison dans les établissements sanitaires comme une variable clé. Les données du Népal montrent que, bien que la couverture du misoprostol a augmenté de 0% à 49,4%, la livraison aux établissements de santé a aussi augmenté, passant de 10,9% à 14,8% dans ce groupe.[8]

Conclusions

Idéalement, toutes les femmes doivent avoir accès à un personnel qualifié pendant l'accouchement, et aux soins obstétricaux d'urgence pour gérer les urgences qui menacent la vie. Alors que nous travaillons pour atteindre cet objectif, des interventions simples et peu coûteuses, comme un programme axé sur la communauté afin de réduire l'HPP en utilisant le misoprostol, ont le potentiel de sauver de nombreuses vies. Il est maintenant temps d'assurer que chaque femme enceinte reçoit une intervention efficace pour la prévention de l'HPP. Atteindre une couverture maximale, avec une intervention efficace, exige des approches à la fois au niveau des établissements de santé et à base communautaire. A la lumière des preuves actuelles, y compris l'approbation récente du misoprostol pour la prévention de l'HPP par l'OMS, tout en reconnaissant que les femmes continuent d'accoucher, et de mourir de l'HPP lors des accouchements au foyer, des mesures doivent être prises pour protéger la vie et assurer la santé. L'efficacité du misoprostol, - faible cout, facilité d'administration, stabilité et profil d'innocuité positif -, en font un choix idéal pour une intervention de santé publique axée sur la femme.

Messages clés

- La réduction de l'HPP nécessite une attention à toutes les femmes, y compris celles qui accouchent dans des établissements de santé et celles qui accouchent au foyer.
- Parce que tant de femmes dans le monde n'ont pas accès à des soins qualifiés pendant l'accouchement, l'utilisation du misoprostol dans la communauté peut aider à faire des progrès significatifs vers l'atteinte de l'objectif de développement du Millénaire 5 pour la réduction des décès maternels.
- Le misoprostol est une alternative sûre et efficace pour prévenir l'HPP quand l'ocytocine n'est pas disponible. C'est une pratique soutenue par des organisations globales comme l'OMS, FIGO et ICM.
- Les programmes qui soutiennent une large distribution du misoprostol dans le cadre d'une stratégie visant à atteindre une couverture élevée de l'utilisation d'un utérotonique immédiatement après l'accouchement ont été couronnés de succès.
- Les directives de l'OMS recommandent actuellement que dans les situations ou l'ocytocine n'est pas disponible, le misoprostol peut être utilisé pour prévenir l'HPP. En mars 2011, l'utilisation du misoprostol pour la prévention de l'HPP a été rajoutée à la liste des médicaments essentiels de l'OMS.
- La preuve et l'expérience de programmes ont montré que les programmes de réduction de l'HPP axés sur la communauté, qui incluent la distribution et l'utilisation du misoprostol, ont entrainé des augmentations du nombre de femmes qui accouchent dans les établissements à l'aide de prestataires qualifiés.

[1] Potts M, Prata N, Sahin-Hodoglugil N. 2010. Maternal mortality: One death every 7 minutes. Lancet 375(9728): 1762–1763.
[2] Khan KS, Wojdyla D, Gulmezoglu M, Van Look P. 2006. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. Lancet 367: 1066–1074.
[3] Bamigboye AA, et al. 1998. Rectal misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage: A placebo-controlled trial. Am J Obstet Gynecol 179(4): 1043–1046.
[4] Derman RJ, et al. 2006. Oral misoprostol in preventing postpartum hemorrhage in resource-poor communities: A randomized controlled trial. Lancet 368(9543): 1248–1253.
[5] El-Refaey H, et al. 1997. Use of oral misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 104(3): 336–339.
[6] Hofmeyr GJ, et al. 1998. A randomized placebo controlled trial of oral misoprostol in the third stage of labor. Br J Obstet Gynaecol 105(9): 971–975.
[7] Surbek DV, et al. Oral misoprostol for third stage of labor: A randomized placebo-controlled trial. 1999. Obstet Gynecol 94(2): 255–258.
[8] Sanghvi H, Ansari N, Prata N, Gibson H, Ehsan A, Smith JM. Prevention of postpartum hemorrhage at home birth in Afghanistan. 2010. Intl J Gynecol Obstet 108(3): 276–281.
[9] MNH Program/Jhpiego. 2004. Prevention of Postpartum Hemorrhage Study: West Java, Indonesia.
[10] Ethiopian Federal MOH/Venture Strategies. 2008. Community-Level Prevention of Postpartum Hemorrhage: The Role of Misoprostol. (May)
[11] Hashi M/EngenderHealth. 2010. Community-Based Distribution of Misoprostol for the Prevention of Postpartum Hemorrhage: Evaluation of a Pilot Intervention in Tangall District, Bangladesh.
[12] Sutherland T, Bishai D. 2009. Cost-effectiveness of misoprostol and prenatal iron supplementation as maternal mortality interventions in rural India Intl J Gynecol Obstet 104(3): 189–193.
[13] International Confederation of Midwives, International Federation of Gynecologists and Obstetricians. 2006. Joint statement: Prevention and treatment of post-partum haemorrhage: New advances for low resource settings: International Confederation of Midwives, International Federation of Gynecology and Obstetrics.
[14] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2011. Unedited Report of the 18th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 21 to 25 March 2011, Accra, Ghana. (5 May)
[15] Mobeen N, Durocher J, Zuberi N, Jahan N, Blum J, Wasim S, et al. 2011. Administration of misoprostol by trained traditional birth attendants to prevent postpartum haemorrhage in homebirths in Pakistan: A randomised placebo-controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 118(3): 353–361.
[16] Ifakara Health Institute, Venture Strategies Innovations, et al. 2011. Prevention of Postpartum Hemorrhage in Home Births: Misoprostol Distribution during Antenatal Care Visits in Tanzania. Final Report Brief. (February)
[17] Rajbhandari S, Hodgins S, Sanghvi H, McPherson R, Pradhan YV, Baqui AH; Misoprostol Study Group. 2010. Expanding uterotonic protection following childbirth through community-based distribution of misoprostol: Operations research study in Nepal. Int J Gynecol Obstet 108(3): 282–288. Epub 2010 Jan 19.
[18] Sanghvi H, Ansari N, Prata N, Gibson H, Ehsan A, Smith JM. 2010. Prevention of postpartum hemorrhage at home birth in Afghanistan. Int J Gynecol Obstet 108(3): 276–281.