

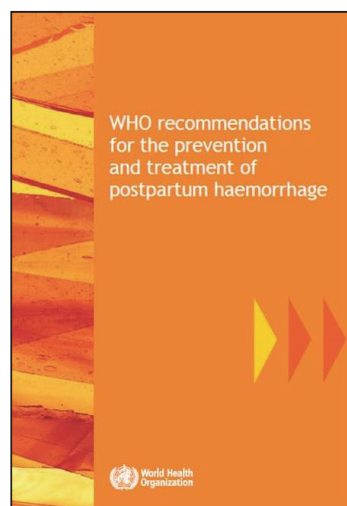
RECOMMANDATIONS DE L'OMS POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

Grandes lignes et principaux messages des nouvelles
recommandations mondiales 2012 de l'OMS

Introduction

En dépit des avancées réalisées ces dernières années pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles associées à l'hémorragie du post-partum (HPP), cette complication demeure la première cause directe de mortalité maternelle dans les pays à faible revenu. La plupart de ces décès peuvent être évités par l'administration prophylactique d'utérotoniques au cours de la délivrance et une prise en charge appropriée en temps opportun.

En mars 2012, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a conduit une consultation technique sur la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum afin d'examiner les données factuelles existantes et de mettre à jour les recommandations précédemment publiées à ce sujet.¹ Les nouvelles recommandations rassemblent les précédentes publications en matière de prévention et de traitement et soulignent l'importance des soins intégrés.



Ce descriptif programmatique résume les messages essentiels des nouvelles recommandations de l'OMS et se concentre tout particulièrement sur les modifications apportées et les meilleures pratiques recommandées. Il vise à encourager les décideurs politiques, les responsables de programmes, les formateurs et les prestataires de soins ainsi que toute personne qui assiste généralement les femmes lors de l'accouchement à mettre en œuvre des efforts supplémentaires pour prévenir et prendre en charge l'HPP. Toutes les initiatives de prévention de l'HPP devraient s'inscrire dans le cadre d'un ensemble complet d'interventions de prévention et de traitement de l'HPP, tout au long du continuum de soins, du domicile à l'hôpital.

Réaffirmer et affiner les meilleures pratiques en matière de prévention de l'HPP

- **La prise en charge active de la délivrance reste inscrite au rang des meilleures pratiques et l'administration d'utérotoniques en constitue à présent la principale composante.**

Prise en charge active de la délivrance (2012)

- Administration d'un utérotonique, de préférence de l'ocytocine, à raison de 10 UI par voie IM immédiatement après tous les accouchements, y compris les césariennes (*recommandé*)
- Clampage tardif (de 1 à 3 minutes après l'accouchement) du cordon (*recommandé*)
- Traction contrôlée du cordon pour l'expulsion du placenta (*optionnel*)
- Massage du fond utérin (*optionnel*)
- Évaluation régulière et fréquente du tonus utérin par palpation du fond utérin après expulsion du placenta (*recommandé*)

Voir le descriptif programmatique « Prise en charge active de la délivrance. Nouvelles recommandations de l'OMS : pour un recadrage de la mise en œuvre ».

¹ WHO. 2012. *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. WHO: Geneva. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/index.html.

- **Toutes les femmes devraient bénéficier de l'administration d'un utérotonique lors de la délivrance en prévention de l'HPP.** Des données factuelles récentes ont corroboré l'efficacité de l'administration d'un utérotonique. Celui-ci permet à l'utérus de se contracter et de réduire ainsi la durée de la délivrance et le risque d'HPP. Pour plus d'informations, voir le descriptif programmatique intitulé *Prise en charge active de la délivrance. Nouvelles recommandations de l'OMS : pour un recadrage de la mise en œuvre.*
- **L'ocytocine reste l'utérotonique de choix pour la prise en charge active de la délivrance.** D'après les études menées sur la sécurité et l'efficacité des utérotoniques, l'ocytocine (10 UI IM ou IV) ressort comme l'utérotonique de choix. Il s'agit également de l'utérotonique recommandé en prévention de l'HPP en cas de césarienne.
- **Si l'ocytocine n'est pas disponible, elle peut être remplacée par l'ergométrine ou le misoprostol.** Dans la mesure où les utérotoniques jouent un rôle majeur dans la prévention de l'HPP, un autre utérotonique devrait être administré si l'ocytocine n'est pas disponible, comme l'ergométrine injectable ou le misoprostol par voie orale (600 mcg).
- **Les autres composantes de la prise en charge active de la délivrance, à savoir la traction contrôlée du cordon et le massage immédiat du fond utérin, sont optionnelles dans le cadre de la prévention de l'HPP.** Des données factuelles récentes ont montré que très peu d'effets bénéfiques supplémentaires sont associés à ces pratiques en prévention de l'HPP. Pour en savoir plus, voir le descriptif programmatique intitulé *Prise en charge active de la délivrance. Nouvelles recommandations de l'OMS : pour un recadrage de la mise en œuvre.*
- **Si aucune accoucheuse qualifiée n'est présente et si l'ocytocine n'est pas disponible (en cas d'accouchement à domicile, par exemple), le personnel non médical devrait procéder à l'administration de 600 mcg de misoprostol par voie orale.** Les femmes accouchant sans l'aide d'une accoucheuse qualifiée doivent elles aussi recevoir un utérotonique pour prévenir la survenue d'une HPP. Le personnel non médical présent ou la personne assistant la femme lors de l'accouchement devrait donc lui administrer du misoprostol par voie orale. L'OMS recommande de mener de plus amples recherches sur la distribution anticipée de misoprostol aux femmes enceintes durant leur grossesse en vue de son auto-administration lors de la délivrance en cas d'accouchement à domicile sans l'aide d'une accoucheuse qualifiée.
- **Le clampage tardif du cordon ombilical (pratiqué une à trois minutes après l'accouchement) est toujours recommandé pour toutes les naissances, simultanément à l'instauration des soins néonataux essentiels, afin de réduire les taux d'anémie chez le nouveau-né.** Le clampage précoce du cordon (moins d'une minute après la naissance) ne devrait être pratiqué que si le nouveau-né présente une asphyxie et doit être déplacé immédiatement pour être réanimé. Le clampage tardif du cordon est recommandé tout particulièrement chez les nouveau-nés prématurés et également chez les bébés nés de femmes séropositives au VIH.

Lorsque l'ocytocine n'est pas disponible

Bien que l'administration d'ocytocine soit l'intervention de choix en prévention de l'HPP, elle n'est pas toujours réalisable dans les milieux défavorisés. En effet, elle nécessite le recours à la réfrigération, à un équipement d'injection stérile et à un prestataire de soins qualifié. Deux points des nouvelles recommandations reflètent cette réalité :

- Si l'ocytocine n'est pas disponible, elle peut être remplacée par d'autres utérotoniques injectables ou par le misoprostol oral (600 µg).
- Si aucune accoucheuse qualifiée n'est présente et si l'ocytocine n'est pas disponible, le personnel non médical ou les agents de santé communautaires devraient procéder à l'administration de 600 µg de misoprostol par voie orale en prévention de l'HPP.

PRÉVENTION DE L'HPP : POLITIQUES ET ACTIONS D'INTÉGRATION DES NOUVELLES RECOMMANDATIONS	
Recommandation de l'OMS 2012	Politique/action
L'ocytocine est l'utérotonique de choix pour la prise en charge active de la délivrance.	<ul style="list-style-type: none"> Garantir la disponibilité de l'ocytocine et sa conservation appropriée au frais dans tous les établissements de santé où ont lieu des accouchements. Surveiller les ruptures de stocks d'ocytocine. Évaluer la qualité de l'ocytocine en cas de doute concernant le respect de la chaîne du froid et la conservation du médicament. Continuer à encourager la prise en charge active de la délivrance dans les politiques nationales et dans toutes les maternités du système de santé par toutes les catégories d'agents de santé possédant les compétences de sage-femme. Faire valoir auprès des confrères que les autres composantes de la prise en charge active de la délivrance, à savoir la traction contrôlée du cordon et le massage immédiat du fond utérin, sont optionnelles en prévention de l'HPP. Garantir l'inclusion de la prise en charge active de la délivrance dans tous les programmes de formation initiale et de formation continue des accoucheuses qualifiées. Garantir l'existence de systèmes de surveillance et de suivi de la mise en œuvre de la prise en charge active de la délivrance. Intégrer l'indicateur de couverture d'administration prophylactique d'utérotoniques² en tant qu'indicateur de procédure pour les programmes nationaux.
Dans les milieux où des accoucheuses qualifiées sont disponibles, la traction contrôlée du cordon est recommandée pour les accouchements par voie basse si le prestataire de soins et la parturiente considèrent une légère réduction de la perte sanguine et de la durée de la délivrance comme importantes. Dans les milieux ne disposant pas d'accoucheuses qualifiées, la traction contrôlée du cordon n'est <u>pas</u> recommandée. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que les systèmes de formation et d'éducation continuent d'inclure la composante de la traction contrôlée du cordon dans les programmes de formation. Si la priorité nationale est d'étendre les services de prévention de l'HPP aux femmes qui accouchent sans accoucheuse qualifiée, le programme devrait promouvoir l'administration d'un utérotonique seul (du misoprostol ou de l'ocytocine par Uniject®), sans y associer la traction contrôlée du cordon.
Le clampage tardif du cordon ombilical (pratiqué une à trois minutes après l'accouchement) est recommandé pour toutes les naissances, simultanément à l'instauration des soins néonataux essentiels.	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que le clampage tardif du cordon, y compris en cas de césarienne, figure dans les protocoles cliniques relatifs aux soins obstétricaux et néonataux essentiels.
Le massage utérin prolongé n'est <u>pas</u> une intervention recommandée en prévention de l'HPP chez les femmes ayant reçu une prophylaxie par ocytocine. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à la non-inclusion de cette pratique dans les politiques nationales ou les programmes de formation.
L'évaluation du tonus utérin en vue de l'identification précoce d'une atonie utérine est recommandée chez toutes les femmes. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à l'inclusion de cette pratique dans les politiques nationales et les programmes de formation.
Si aucune accoucheuse qualifiée n'est présente et si l'ocytocine n'est pas disponible (en cas d'accouchement à domicile, par exemple), le personnel non médical ou les agents de santé communautaires devraient procéder à l'administration de misoprostol. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les politiques et les programmes nationaux pour garantir l'administration d'un utérotonique à toutes les femmes immédiatement après l'accouchement, que l'accouchement ait lieu au sein d'un établissement de santé ou à domicile. Former les catégories d'agents de santé communautaires à l'administration de misoprostol pour les accouchements à domicile. Fournir suffisamment de misoprostol aux agents de santé communautaires en vue de sa distribution. Assister et superviser les agents de santé communautaires chargés d'administrer du misoprostol lors des accouchements à domicile.
L'ocytocine (IV ou IM) est l'utérotonique recommandé en prévention de l'HPP en cas de césarienne. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que les hôpitaux disposent d'un protocole pour l'administration d'un utérotonique en cas de césarienne. L'ocytocine peut être administrée par la voie IV existante à condition de faire en sorte que la solution soit rapidement injectée.

² L'indicateur devrait être calculé comme suit : le nombre de femmes recevant un utérotonique prophylactique au cours de la délivrance sur le nombre total de femmes qui accouchent.

PRÉVENTION DE L'HPP : POLITIQUES ET ACTIONS D'INTÉGRATION DES NOUVELLES RECOMMANDATIONS	
Recommandation de l'OMS 2012	Politique/action
La traction contrôlée du cordon est la méthode recommandée pour l'extraction du placenta en cas de césarienne. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires de soins devraient être formés à l'extraction du placenta par traction contrôlée du cordon, de préférence à l'extraction manuelle, qui était auparavant la pratique habituelle.

Réaffirmer et affiner les meilleures pratiques en matière de traitement de l'HPP

Les nouvelles recommandations remplacent celles de 2009 : *WHO Guidelines for the Management of Postpartum Haemorrhage and Retained Placenta*. Parmi les mises à jour fondées sur les données factuelles récentes figurent les recommandations suivantes :

- **Le massage utérin est recommandé en traitement de l'HPP.** Commencer à pratiquer le massage utérin dès l'identification d'une perte sanguine excessive/d'une atonie utérine.
- **L'ocytocine seule administrée par voie intraveineuse est l'utérotonique recommandé en traitement de l'HPP.** L'administration d'ocytocine par voie intraveineuse est le traitement de première intention de choix, de préférence à d'autres médicaments (ergométrine et prostaglandines), y compris chez les femmes en ayant déjà reçu en prévention de l'HPP.
- **Si l'ocytocine par voie intraveineuse n'est pas disponible ou si elle n'a pas d'effet sur l'hémorragie, il convient d'administrer de l'ergométrine ou de l'ergométrine-ocytocine à dose fixe par voie intraveineuse, ou des prostaglandines (y compris 800 mcg de misoprostol par voie sublinguale).** Cette recommandation, mise à jour, tient compte des trois options de traitement de deuxième intentions, y compris des prostaglandines.
- **Si l'HPP persiste :**
 - **Le tamponnement intra-utérin par ballonnet** est recommandé en traitement de l'HPP due à une atonie utérine. Suite à sa mise à jour, cette recommandation est maintenant plus forte. Cette pratique peut être utilisée chez les femmes qui ne répondent pas aux utérotoniques ou si ces derniers ne sont pas disponibles. Cette approche peut permettre d'éviter la chirurgie et s'avère adaptée dans l'attente d'un transfert vers un établissement de soins de niveau supérieur.
 - **L'embolisation des artères utérines** est recommandée en traitement de l'HPP due à une atonie utérine en cas d'échec des autres mesures. Suite à sa mise à jour, cette recommandation est maintenant plus forte.
 - Si l'hémorragie ne répond pas au traitement (utilisation d'utérotoniques et d'autres interventions disponibles), le recours aux **interventions chirurgicales** est recommandé.
- **Chez les femmes présentant une HPP en attente de transfert pour bénéficier des soins appropriés, les mesures suivantes visant à faire gagner du temps sont recommandées :**
 - **Gla compression bimanuelle de l'utérus** en traitement de l'HPP due à une atonie utérine consécutive à un accouchement par voie basse. Suite à sa mise à jour, cette recommandation est maintenant plus forte.
 - **La compression aortique externe** en traitement de l'HPP due à une atonie utérine consécutive à un accouchement par voie basse.
 - **L'utilisation d'un vêtement antichoc non pneumatique.** Il s'agit là d'une nouvelle recommandation. Des recherches sont en cours pour évaluer les effets bénéfiques et les risques potentiels de l'utilisation d'un vêtement antichoc non pneumatique dans le traitement de l'HPP.

- **En cas de rétention placentaire, l'administration de 10 UI d'ocytocine par voie IV/IM associée à la traction contrôlée du cordon est toujours recommandée.**
L'administration d'ergométrine reste déconseillée. Tandis que les recommandations de 2009 incluaient l'injection d'ocytocine dans la veine ombilicale pour traiter la rétention placentaire, les nouvelles recommandations concluent que les données factuelles existantes sont insuffisantes pour permettre de recommander cette pratique.

TRAITEMENT DE L'HPP : POLITIQUES ET ACTIONS D'INTÉGRATION DES NOUVELLES RECOMMANDATIONS	
Recommandation de l'OMS 2012	Politique/action
Si l'ocytocine par voie intraveineuse n'est pas disponible ou si elle n'a pas d'effet sur l'hémorragie, il convient d'administrer de l'ergométrine ou de l'ergométrine-ocytocine à dose fixe par voie intraveineuse, ou des prostaglandines (y compris 800 mcg de misoprostol par voie sublinguale). (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Les politiques nationales n'ont pas besoin d'être modifiées. Toutefois, si une mise à jour est prévue, le traitement peut être simplifié en supprimant les options de deuxième et de troisième intention.
Chez les femmes qui ne répondent pas aux utérotoniques ou si ces derniers ne sont pas disponibles, la pratique du tamponnement intra-utérin par ballonnet est recommandée en traitement de l'HPP due à une atonie utérine. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les politiques nationales pour garantir l'inclusion du tamponnement intra-utérin par ballonnet. • Réviser les programmes de formation pour garantir la formation des prestataires à la pratique du tamponnement par ballonnet. • Introduire la pratique du tamponnement et l'adapter dans les milieux défavorisés si besoin.
L'embolisation des artères utérines est recommandée en traitement de l'HPP due à une atonie utérine en cas d'échec des autres mesures. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les politiques nationales pour garantir cette pratique en cas de besoin étant donné les importantes ressources requises (coût du traitement, infrastructures et formation du prestataire).
En cas d'HPP due à une atonie utérine consécutive à un accouchement par voie basse, la compression bimanuelle de l'utérus est recommandée pour gagner du temps, jusqu'à ce que les femmes puissent recevoir les soins appropriés. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les politiques nationales pour garantir son intégration. • Réviser les programmes de formation pour garantir la formation des prestataires appropriés.
L'utilisation d'un vêtement antichoc non pneumatique est recommandée pour gagner du temps, jusqu'à ce que les femmes puissent recevoir les soins appropriés. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les politiques nationales pour garantir son intégration. • Réviser les programmes de formation pour garantir la formation des prestataires à l'utilisation du vêtement antichoc non pneumatique. • Introduire l'utilisation d'un vêtement antichoc non pneumatique et adapter cette pratique dans les milieux défavorisés si besoin.
Les données factuelles existantes sont insuffisantes pour pouvoir recommander l'injection d'ocytocine dans la veine ombilicale en cas de rétention placentaire. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les politiques nationales et supprimer cette pratique si elle est incluse. • Réviser les programmes de formation et supprimer cette pratique si nécessaire.
La surveillance de l'utilisation d'utérotoniques après l'accouchement en prévention de l'HPP est recommandée en tant qu'indicateur de procédure pour l'évaluation des programmes. (NOUVELLE RECOMMANDATION 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer cet indicateur de procédure aux programmes nationaux. • Garantir la disponibilité des données par le biais des SIGS.

La réalisation du présent rapport a bénéficié du soutien généreux du peuple Américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), aux termes de l'accord collaborateur GHS-A-00-08-00002-00. Le contenu relève de la responsabilité du Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) et ne reflète pas forcément les vues de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

Le Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) est le programme phare de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) du Bureau de santé globale de l'USAID. MCHIP soutient les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile, de vaccination, de planification familiale, de paludisme, de nutrition et de lutte contre le VIH/SIDA et encourage vivement toute possibilité d'intégration. L'approvisionnement en eau, l'assainissement, l'hygiène, la santé urbaine et le renforcement des systèmes de santé sont parmi les domaines techniques transversaux.