

## Mise au point sur les corticoïdes prénataux dans le syndrome de détresse respiratoire du prématuré

Plus d'un million de bébés meurent chaque année de complications liées à leur prématurité, le plus fréquemment d'un syndrome de détresse respiratoire (SDR) dû à une immaturité pulmonaire (Black et al., 2010). Des études ont montré que l'injection de corticoïdes prénataux (CSA) chez les femmes à risque d'accouchement prématuré représente l'intervention la plus efficace pour réduire le risque de SDR du nouveau-né prématuré et constitue la norme de soins dans la plupart des pays industrialisés, car elle permet de diminuer de 31 % la mortalité néonatale et de 45 % le SDR modéré/sévère. Malheureusement, dans les pays à revenu intermédiaire et faible, durement touchés par ce problème, les CSA ne sont administrés que dans 10 % des cas (Lawn, Ruban, & Rubens, 2008) et ils ont été considérés par la Commission sur les produits d'urgence pour les femmes et les enfants des Nations Unies (Commission on Life-Saving Commodities for Women's and Children's Health) comme l'un des 13 produits qui, s'ils étaient plus largement accessibles et mieux utilisés, pourraient sauver la vie de plus de six millions de femmes et d'enfants dans le monde.

Les principales données probantes actuelles ont été analysées et synthétisées, afin de comprendre les moteurs sociaux et comportementaux de la demande et de l'utilisation de CSA, d'examiner les pratiques efficaces de mise en place de programmes de création de demande et d'informer sur les programmations à venir. L'examen des données probantes a permis d'identifier six documents liés à la création de demande de CSA et qui répondaient aux critères d'inclusion, cinq d'entre eux ayant été publiés dans la littérature approuvée par des pairs. Les données probantes provenaient d'Amérique

latine (1), du Cameroun (2), des États-Unis (1) et du Royaume-Uni (1).

### Moteur sociaux et comportementaux

En plus des obstacles d'ordre financier, du manque d'approvisionnement et de l'absence de promotion des interventions par les gouvernements, les études montrent que la sensibilisation des prestataires aux CSA et leur connaissance de ces médicaments constituaient des facteurs déterminants pour leur utilisation. Une étude menée au Cameroun a montré que la sensibilisation aux CSA multipliait par 15 leur utilisation. Dans ce pays, seuls 29 % (95/328) des agents de santé de l'étude avaient connaissance des CSA et seulement 10,2 % (33/328) les avaient déjà utilisés. Les obstacles à la sensibilisation aux CSA cités par les prestataires incluaient : les lacunes en matière de formation continue et formelle adéquate (les programmes de formation ne mettent pas l'accent sur l'utilisation de soins basés sur des données probantes), d'accès aux ressources éducatives (journaux, bulletins, bases de données), d'habitudes d'auto-formation (pas de culture de la lecture et de mise à jour des connaissances), d'exposition aux interventions basées sur des données probantes et diffusion lente des nouvelles interventions (Tita et al., 2005).

L'utilisation des CSA est plus importante en Amérique latine qu'en Afrique, bien qu'il y ait de grandes différences entre les pays. Dans une étude régionale conduite dans plusieurs pays, les chercheurs ont constaté que la proportion de prestataires qui administraient des CSA à des femmes présentant un risque de travail prématuré était variable, passant de 70 % au Mexique à 97 % en Équateur. Cette même étude a montré que les obstacles à l'utilisation de CSA incluaient la disponibilité des CSA, la crainte ou les doutes des prestataires de soins à l'égard des effets secondaires, les barrières d'ordre économique et les informations erronées reçues par les femmes sur l'utilisation correcte des CSA (Aleman et al., 2013).

### Interventions pour générer de la demande

Le champ de la recherche sur la création de demande de CSA est extrêmement limité, les données probantes existantes portant essentiellement sur l'éducation et la formation des agents de santé. Une étude a évalué les stratégies de diffusion destinées à accroître l'utilisation



appropriée des CSA pour la maturation fœtale. Un effort de diffusion ciblé incluant un programme d'éducation d'une année mené dans une structure sanitaire par des médecins et des infirmiers influents, associé à la participation à des visites de patients, à des aide-mémoire, à des discussions en groupe sur des cas cliniques et à la surveillance et au feedback, a considérablement augmenté la probabilité d'utilisation des CSA (Leviton et al., 1999).

Les intervenants de la conférence de 2011 sur le programme intégré de santé maternelle et néonatale ont indiqué que l'utilisation des CSA pouvait être augmentée grâce à la formation des prestataires et à la préservation de la chaîne d'approvisionnement. Les conférenciers ont plus particulièrement souligné qu'en ce qui concerne les systèmes de santé, il est nécessaire de recruter et/ou de former des accoucheuses expérimentées capables d'identifier les femmes à risque d'accouchement prématuré, qui savent quand et comment utiliser les CSA et à même d'orienter les mères vers des services de soins plus spécialisés, afin de parvenir à une utilisation efficace et à grande échelle de ces médicaments (McClure et al., 2011).

La conférence a également identifié un certain nombre de problèmes clés qui surviennent au sein des communautés, où la majorité des naissances et des soins néonataux ont lieu à domicile. Par exemple, la question s'est posée de savoir comment impliquer les mères qui souhaitent accoucher à domicile et leurs familles dans la reconnaissance des signes précoces de travail prématuré et comment encourager les familles à avoir recours à des soins dans des hôpitaux qui délivrent des CSA et des soins néonataux. Les intervenants ont conclu que l'engagement de la communauté est important dans la réussite de la plupart des stratégies visant à résoudre les problèmes de naissances prématurées.

## Conclusions et recommandations

Bien que le champ de la recherche sur la création de demande de CSA soit extrêmement limité, les recommandations provisoires destinées à surmonter les obstacles identifiés incluent : (1) développer les connaissances des prestataires sur les CSA ; (2) former les accoucheuses expérimentées et les membres de la communauté à identifier les signes précoces de travail prématuré et à rechercher des soins en milieu hospitalier.

Pour lire le rapport complet, visitez le site <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/evidence-synthesis/> (en anglais).

Pour accéder aux outils et aux ressources sur la création de demande de produits d'urgence, visitez le site <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/> (en anglais).

## Références

Aleman, A., Cafferata, M. L., Gibbons, L., Althabe, F., Ortiz, J., Sandoval, X., et al. (2013). Use of antenatal corticosteroids for preterm birth in Latin America: Providers knowledge, attitudes and practices. *Reproductive Health*, 10(4). Doi: 10.1186/1742-4755-10-4.

Black, R. E., Cousens, S., Johnson, H. L., Lawn, J. E., Rudan, I., Bassani, D. G., et al. (2010). Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: A systematic analysis. *The Lancet*, 375(9730), 1969-1987.

Lawn, J. E., Ruban, I. & Rubens, C. (2008). Four million neonatal deaths: Is the global research agenda evidence-based? *Early Human Development*, 84(12), 809-814.

Leviton, L. C., Goldenberg, R. L., Baker, C. S., Schwartz, R. M., Freda, M. C., Fish, L. J., et al. (1999). Methods to encourage the use of antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281(1), 46-52.

McClure, E. M., de Graft-Johnson, J., Jobe, A. H., Wall, S., Koblinsky, M., Moran, A., et al. (2011). A conference report on prenatal corticosteroid use in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115(3), 215-219.

Tita, A. T. N., Selwyn, B. J., Waller, D. K., Kapadia, A. S., & Dongmo, S. (2005). Evidence-based reproductive health care in Cameroon: Population-based study of awareness, use and barriers. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(12), 895-903.