éDITORIAL

Mortalité périnatale en Afrique de l'Ouest : un exemple de médicalisation inadaptée

Dans les pays pauvres, la mortalité périnatale, c'est-à-dire le total des mort-nés et des nourrissons décédés avant 7 jours de vie, représente 40 % à 50 % de la mortalité infantile (décès avant un l'âge de 1 an) (1). Les facteurs de risque et leur prévalence sont mal connus, car évalués seulement par des études à l'hôpital. C'est ce qui fait l'intérêt des données sur la mortalité périnatale obtenues dans une population générale de femmes enceintes, au cours d'une vaste étude prospective sur la morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest (1).

UNE VASTE ÉTUDE DES FACTEURS DE RISQUES. Cette étude a été menée durant 18 mois dans des capitales ou de grandes villes d'Afrique de l'Ouest (**a**). 20 326 femmes enceintes (94 % des femmes enceintes recensées) ont accepté de participer à l'étude. Elles ont reçu les enquêteurs à leur domicile quatre fois durant leur grossesse, tout en suivant par ailleurs les visites prénatales habituelles. Les données recueillies ont porté sur leur situation socio-économique, sur leur histoire obstétricale, sur les signes cliniques au 8e mois et sur les circonstances de l'accouchement.

L'accouchement a eu lieu dans une structure de soins dans 80 % des cas environ (hôpital, centre de santé, maternité privée). Dans 59 % des cas, l'accouchement a été assisté par une sage-femme, dans 25 % par une "matrone" traditionnelle, dans 2,3 % par un médecin.

Sur 19 870 naissances (gémellaires exclues), 811 décès périnatals ont été enregistrés, soit une mortalité périnatale de 41,8 pour 1 000 (**b**) ; 62 % étaient des mort-nés (1).

De nombreux facteurs de risque ont été identifiés, fortement associés statistiquement au risque de décès périnatal. Après prise en compte de multiples critères, les principaux facteurs de risque ont été classés selon leur importance statistique de contribution au décès périnatal (risque attribuable).

BALANCE BÉNÉFICES-RISQUES DE L'OXYTOCINE DÉFAVORABLE DANS CES CONDITIONS. Certains facteurs n'étaient pas décelables avant le travail : une longue durée du travail a été associée à un risque accru de 12,6 % en valeur absolue, une hémorragie durant l'accouchement 5,6 %, une hypertension au cours de l'accouchement 5,2 %, une rupture prolongée des membranes ou une fièvre (> 38°C) 4,2 % et 3,2 % respectivement.

D'autres facteurs pouvaient être pris en compte juste avant le début du travail : une présentation non céphalique a été associée à un risque de décès périnatal accru de 9,6 % en valeur absolue ; une hémorragie vaginale, une hypertension ou une hospitalisation au cours du 8e mois environ 4 % à 5 % chacun.

Les principaux facteurs de risque repérables dès le début de la grossesse étaient : un antécédent de décès d'un enfant peu après l'accouchement, qui a été associé à un risque de décès périnatal accru de 5,9 % en valeur absolue ; l'absence de partenaire 3,5 % ; un antécédent de plus de 6 grossesses ou de césarienne, 2,1 % et 1,3 % respectivement.

Un point essentiel ressort de l'analyse : l'usage d'*oxytocine* (Syntocinon°) au cours de l'accouchement a été associé à un risque de décès périnatal accru de 8,3 % en valeur absolue (**c**).

LA MÉDICALISATION N'A PAS SEULEMENT DES EFFETS POSITIFS. Cette étude montre que la forte mortalité périnatale dans de grandes villes africaines est due à de multiples causes, qui ne peuvent être réglées que par tout un ensemble de mesures. Le dépistage prénatal peut per- ►►

Téléchargé sur prescrire.org le 07/05/2024
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement

▶ **mettre de détecter quelques femmes enceintes à risque accru, mais il doit être complété par une amélioration du tri des femmes en début d'accouchement, par l'orientation des femmes les plus à risques vers les centres les plus qualifiés, par l'amélioration des compétences et des possibilités de prise en charge de ces femmes.**

La mise en évidence d'un risque fortement accru de décès périnatals en cas d'usage d'*oxytocine*, et ce après prise en compte des autres facteurs obstétricaux, notamment la durée du travail, doit inciter à en limiter l'usage (d). En Afrique de l'Ouest, dans les conditions actuelles des maternités, la balance bénéfices-risques de l'*oxytocine* est défavorable, et les résultats de cette étude laissent planer des doutes sur l'efficience de la médicalisation de l'accouchement.

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE AU-DELÀ DU MÉDICAMENT. Une meilleure prise en charge des accouchements contribuerait à réduire à la fois la mortalité périnatale et la mortalité maternelle, qui ont plusieurs causes communes en Afrique de l'Ouest : dystocie, hémorragie, hypertension et infection (3). Dans cet objectif, faire progresser les conditions de fonctionnement des maternités et les capacités de surveillance des parturientes par des professionnels compétents apparaît primordial.

La revue Prescrire

a- Burkina-Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger et Sénégal.

b- Par comparaison, le taux de mortalité en France métropolitaine a été estimé à 7 pour 1 000 en 1997 ; en Guadeloupe, le taux de mortalité périnatale est passé de 19,9 pour 1 000 en 1993 à 13,7 pour 1 000 en 1999 à la suite de la mise en œuvre d'un vaste programme de santé périnatale (réf. 2).

c- Un risque attribuable de 8,3 % pour l'usage d'oxytocine durant le travail signifie que, à critères pris en compte équivalents, la différence absolue entre l'incidence des décès périnatals chez les femmes ayant reçu l'oxytocine et l'incidence chez celles n'en ayant pas reçu est de 8,3 %.

d- Les multiples précautions d'emploi de l'oxytocine sont le plus souvent irréalisables et mal connues, de même que ses contre-indications. Des études réalisées dans d'autres pays ont également souligné une étroite relation entre la mortalité périnatale et l'usage de l'oxytocine (réf. 1). Selon un ouvrage de référence en pharmacologie clinique, l'administration d'oxytocine à fortes doses expose à un risque de rupture utérine, de déchirures du col de l'utérus ou périnéale, de bradycardie ou d'arythmie fœtale et d'asphyxie fœtale (réf. 4).

1- Chalumeau M et coll. "Risk factors for perinatal mortality in West Africa : a population-based study of 20 326 pregnancies" *Acta Paediatr* 2000 ; **89** : 1115-1121.

2- Prescrire Rédaction "Périnatalité en Guadeloupe : des efforts à poursuivre" *Rev Prescr* 2002 ; **22** (227) : 304.

3- Prescrire Rédaction "Afrique de l'Ouest. Mortalité maternelle" *Rev Prescr* 2001 ; **21** (221) : 709.

4- "Oxytocin". In : "Martindale The Complete Drug Reference" 33rd ed, The Pharmaceutical Press, London 2002 : 1294-1295.

EN BREF

Nucléaire Améliorer la distribution préventive d'iode

Lors d'un accident nucléaire, le rejet dans l'atmosphère d'iode 131 peut être à l'origine de pathologies thyroïdiennes, dont des cancers (1). L'administration d'iode non radioactif (dit aussi "stable"), au mieux avant l'exposition à l'iode radioactif ou immédiatement après celle-ci, est considérée comme de nature à réduire le risque de ces pathologies, en saturant la thyroïde en iode stable (1,2,3).

En France, la prévention repose depuis 1997 sur la fourniture gratuite de comprimés d'*iodure de potassium* à toute la population résidant dans un rayon de 10 kilomètres autour des installations susceptibles de rejeter de l'iode radioactif en cas d'accident (périmètre du Plan particulier d'intervention - PPI) (**a**)(2). Lors des campagnes 1997 et 2000, les comprimés (fabriqués par la Pharmacie centrale des armées) étaient fournis gratuitement dans les officines en échange d'un bon de retrait adressé par courrier aux personnes concernées. Depuis 1998, il est possible d'acheter les comprimés sans ordonnance dans l'ensemble des officines du territoire français (**b**)(4).

L'impact des campagnes de distribution préventive est encore insuffisant. Plusieurs enquêtes ont cherché à évaluer l'impact des campagnes de distribution. Une étude réalisée en septembre 1998 auprès de 281 foyers situés à proximité du Centre nucléaire de production d'électricité du Bugey a montré que seuls 53,4 % des foyers avaient retiré les comprimés dans une pharmacie du secteur (1). Ces populations prioritaires avaient été insuffisamment touchées (**c**).

La campagne d'information préalable à la distribution n'est pas apparue suffisamment explicite et convaincante vis-à-vis d'une population peu sensibilisée à un risque perçu comme faible (1).

Renforcement de la distribution. La durée de conservation initiale des comprimés étant de 3 ans, le renouvellement a été organisé en 2000 (**d**)(5,6).

Les enquêtes d'évaluation ayant à nouveau montré une disparité des taux de couverture des populations concernées à l'issue de la campagne de 2000, d'autres modalités de distribution ont été présentées aux préfets dans une circulaire du 14 novembre 2001 (7) : distribution directe (sans bon de retrait) gratuite des comprimés dans les officines, ou portage à domicile des comprimés d'iode, par les associations de secouristes bénévoles, la Croix-Rouge, les services départementaux d'incendie et de secours, ou des transporteurs privés (7).

Au-delà du périmètre du Plan particulier d'intervention, dans les départements où sont implantées les installations nucléaires ainsi que dans les départements limitrophes, il est demandé aux préfets de veiller à la constitution de stocks de première proximité. Les préfets doivent établir des plans de gestion de ces stocks déterminant leurs lieux d'implantation (officines et grossistes-répartiteurs, pharmacies hospitalières) et les modalités de distribution à mettre en œuvre en situation d'urgence (7).

Dans les autres départements du territoire, des réserves minimales doivent être constituées en s'appuyant sur le réseau des officines et des grossistes-répartiteurs (7).

Ces mesures tendent à améliorer la couverture en iode stable des

Téléchargé sur prescrire.org le 07/05/2024
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement