

EDITORIAL

Prévenir l'hémorragie du postpartum primaire au cours des accouchements qui ont lieu chez les sages-femmes traditionnelles

Idara Udofia⁺ et Friday Okonofua²

L'évidence dont on dispose montre que l'Afrique est responsable du plus grand fardeau de la mortalité maternelle du monde. L'hémorragie du postpartum primaire (HPP) est responsable d'environ 25% de la mortalité maternelle et elle est une cause principale de l'incapacité du postpartum dans l'Afrique sub-saharienne. La HPP et l'anémie maternelle sont également des reponsables indirects des décès maternels à cause des autres raisons. Ainsi, c'est concevable que toute intervention visant la prévention de la HPP réduira la mortalité maternelle de plus d'un quart en Afrique sub-saharienne, Jusqu'ici presque 90% de la HPP sont causées par les contractions utérines insuffisantes qui se produisent au moment de l'accouchement. L'administration de routine des utérotoniques suivie d'une traction de cordon contrôlé est la méthode préconisée par la Fédération Internationale des Gynécologues et des Obstétriciens (FIGO) et la Confédération Internationale des Sages-Femmes (CISF) pour la prévention

de la HPP¹. Les utérotoniques sont également les piliers dans le traitement de la HPP après que cela s'est produit. ¹

L'Organisation mondiale de la santé préconise l'administration de l'oxytocine et de l'ergométrine par voie intraveineuse comme les utérotoniques majeures et mineures pour la prévention et le traitement de la HPP². Néanmoins, ces utérotoniques ne peuvent être administrées pendant les accouchements que par les sages-femmes professionnelles et habiletés dans les établissements de santé orthodoxes puisque l'oxytocine et l'ergométrine exigent une administration parentérale, les recommandations n'ont aucun effet quand les accouchements ont lieu chez les sages-femmes traditionnelles.

C'est là où se situe le problème en Afrique sub-saharienne, où de grandes proportions d'accouchements ont lieu à domicile ou sous la surveillance des sages-femmes traditionnelles non habiletées. Le Nigéria et l'Ethiopie, deux pays africains qui sont

Idara Udofia est du Département des Sciences Politiques et de l'Anthropologie, Columbia University, New York, USA.¹

Friday Okonofua est le rédacteur, Revue Africaine de la santé de Reproduction²

densément peuplés ayant les taux de mortalité maternelle les plus élevés ont également entre 50% et 60% des accouchements qui sont soit non-surveillés ou surveillés par des sages-femmes traditionnelles non habiletés. En effet, plusieurs études qui ont été menées à travers des pays d'Afrique sub-saharienne, ont identifié l'accouchement auprès des dispensateurs non habiletés comme étant le facteur de risque le plus important pour les fatalités de la HPP^{3,4}. Au cours de tels accouchements, des femmes sont exposées au risque de la mort causée par la HPP, dû en partie au fait que les médicaments recommandés ne peuvent pas être administrés par les dispensateurs non habiletés pour prévenir ou pour traiter la HPP.

Une mesure à long terme à prendre pour combattre ce problème est d'augmenter la proportion d'accouchements surveillés par les dispensateurs habiletés dans les établissements de santé en Afrique. Toutefois, dans le contexte des réalités développementales dans plusieurs régions en Afrique, ceci prendra plusieurs années pour se réaliser dans le continent. Ainsi, il faut identifier les mesures à long et à court termes pour vite corriger le problème et réduire le fardeau de la mortalité liée à la HPP dans le continent. Une de telles mesures est d'augmenter l'accès aux comprimés de Misoprostol pour les femmes dont s'occupent les sages-femmes non-habiletés au moment de l'accouchement. Misoprostol est une utérotonique puissante qui a été recommandée par l'OMS comme une médication très mineure pour la prévention et le traitement de la HPP⁵. Au fait, les études récentes ont montré que les résultats qui ont été obtenus quand on utilise misoprostol oral pour la prévention et le

traitement de la HPP sont similaires à ceux qui ont été obtenus en employant l'oxytocine intramusculaire⁶.

Misoprostol a l'avantage parce qu'il est présenté sous forme des comprimés et il est actif à travers plusieurs voies d'administration: orale, buccale, sub-linguale, vaginale et rectale. Ceci le rend bien adapté pour être employé par les sages-femmes non-habiletées. De plus, Misoprostol est relativement bon marché par rapport à l'ergométrine et à l'oxytocine, et il n'a pas d'effets secondaires significatifs.

De multiples études confirment que les sages-femmes non-habiletées sont capables d'employer Misoprostol pour la prévention et le traitement de la HPP. Une étude basée sur la communauté à Java en Indonésie a montré que Misoprostol oral peut être administré par les sages-femmes non-habiletées pour la prévention et le traitement de la HPP. Après des mois de l'usage de Misoprostol, on a constaté d'importante réduction dans la mortalité maternelle dans la région, surtout à cause de l'emploi de misoprostol pour la prévention et le traitement de la HPP par les sages-femmes non-habiletés⁷. Une étude similaire en Tanzanie rurale a fait preuve d'une énorme promesse à l'égard de la réduction de la mortalité maternelle quand on apprend aux sages-femmes traditionnelles comment administrer Misoprostol oral pour la prévention et le traitement de la HPP⁸. Une étude en cours à Benin-City au Nigeria⁹, elle aussi, donne des évidences qui indiquent que les sages-femmes traditionnelles peuvent sans risque administrer Misoprostol rectal pour le traitement de la HPP. Cette dernière étude consiste en deux côtés—un groupe d'intervention, où l'on apprend aux sages-

femmes traditionnelles (SFTs) comment administrer 1000 micogrammes de Misoprostol rectal pour le traitement de la HPP et un groupe témoin, où l'on demande aux SFTs de faire ce qu'elles ont toujours l'habitude de faire pour traiter la HPP. L'on prie les deux côtés de référer les cas de la HPP qui n'ont pas été guéris aux établissements de santé orthodoxes les plus proches. Les résultats tirés auprès de 350 patients qui ont fait l'objet de l'étude jusque là ont montré une baisse significative à l'égard des gens référés aux établissements de santé orthodoxes dans les sites d'intervention par rapport aux sites de témoin. Ainsi, nous sommes persuadés que Misoprostol est une intervention essentielle qui peut être augmenté proportionnellement dans des communautés qui ont des taux élevés des services des sages-femmes pour la prévention et le traitement de la HPP.

On vient de déposer Misoprostol comme une marque de fabrique pour la prévention et le traitement de la HPP dans quatre pays africains --- Ethiopie, Tanzanie, Ouganda et Nigéria – tous accablés de taux élevés de la mortalité maternelle. Toutefois, le fait d'avoir déposé Misoprostol comme une marque de fabrique n'est pas suffisant pour tirer le maximum des bénéfices de Misoprostol. Au Nigéria on n'a pas encore fait assez de publicités pour l'utérotonique au niveaux national et sub-national; les résultats d'une étude récente qui a été basée sur la communauté ont montré que moins de 5% du personnel des soins de la santé primaire dans le pays connaissent le médicament¹⁰. A l'heure actuelle, Misoprostol ne figure pas sur la liste des médicaments essentiels au Nigéria et en conséquence ne figure pas sur la liste des

médicaments que le gouvernement achète dans le pays.

L'on fait un appel pour la promotion de Misoprostol comme une mesure provisoire pour la prévention de la HPP et la mortalité qui y est liée dans les pays africains qui ont des taux élevés des services des sages-femmes traditionnelles non-habilitées. Ceci devrait consister en le dépôt de Misoprostol dans les pays où le médicament n'a pas été déposé comme une marque de fabrique, son inclusion dans la liste des médicaments essentiels des pays, la dissémination de l'information sur Misoprostol, la formation des dispensateurs non-habilités dans le domaine de la prévention et le traitement de la HPP et des mesures pour augmenter la disponibilité de Misoprostol dans les institutions de santé publiques et privées en Afrique. La mesure à long terme pour réduire la HPP consiste à l'augmentation de la proportion des femmes enceintes qui se servent des services des sages-femmes habilitées et des établissements de santé orthodoxes au moment de l'accouchement. Ceci peut être accompli à travers une scolarisation formelle et non-formelle et l'émancipation socio-economique de la femme. La réduction de la mortalité maternelle causée par la HPP en Afrique est une priorité majeure et une impérative du développement et une des démarches les plus essentielles pour accomplir les ODMs dans le continent.

REFERENCES

1. Lalonde A, Davis BA, Acosta A, Herschderfer K, L'hémorragie du postpartum aujourd'hui: initiative ICM/FIGO 2004 – 2006. *Int. J. Gynaecol Obstet.* 2006; 94: 243 – 253

2. Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, Piaggio G, Carroli G, Adetore L et al. L'essai randomisé multicentrique de l'OMS de misoprostol dans la prise en charge du troisième stade du travail. *Lancet* 2001; 358: 689 – 95.
3. Selo-Ojeme D, Okonofua FE. Facteur de risque pour l'hémorragie du postpartum primaire: Une étude basée sur le cas témoin. *Arch Gynecol Obstet.* 1997; 259(4): 179 - 87.
4. Etuk SJ, Asuquo EE. Mortalité maternelle suite à l'hémorragie du postpartum à Calabar – Compte rendu de six ans. *West Afr J Med* 1997 Juillet – Sept; 16(3): 165 – 9.
5. Mathai M, Gulmezoglu AM, Hill S. Sauver la vie de la femme: recommandations basées sur l'évidence pour la prévention de l'hémorragie du postpartum. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85:322-3.
6. Kundodyiwa TW, Majoko F, Rusakaniko S. Misoprostol contre l'oxytocine au cours de troisième stade du travail: *Int. J. Obstet Gynecol* 2000; 75: 233 – 241.
7. Sanghi HG, Wiknjosatro G, Chanpon G, Fishel J, Ahmed S. Etude sur la prévention de l'hémorragie du postpartum, Java de l'ouest, Indonésie. *Popline* 2004, Vol. 39.
8. Prata N, Mbaruku G, Campbell M, Potts M, Vahidnia. Le contrôle de l'hémorragie du postpartum après les naissances à domicile en Tanzanie: Une technologie bien prise en charge par les sages-femmes traditionnelles. *Int. Obstet Gynecol* 2005, juillet.
9. Okonofua FE, Prata N, et al. Misoprostol administré par les sages-femmes traditionnelles pour contrôler l'hémorragie du postpartum au Nigéria. Etudes en cours.

+