

Le Système De Santé Camerounais À L'épreuve Des Hémorragies Mortelles De Fin De Grossesse Et Du Post Partum

Nicaise Flore DONGMO

Infirmière Supérieure

MPH Option Epidémiologie

dongmonicaise9@gmail.com

RÉSUMÉ

Les hémorragies de fin de grossesse et du *post partum* constituent respectivement la troisième et première cause de décès maternels dans les pays en voie de développement. Les statistiques hospitalières ainsi que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), indiquent qu'un nombre relativement important de femmes en âge de procréer meurent chaque année des suites de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Notre étude comparative de type analytique rétrospective basée sur des données secondaires, a été menée dans les Districts santé de la Région de l'Ouest au Cameroun. D'une part, les données utilisées sont celles issues de la base de données du logiciel DHIS 2 du ministère de la santé. D'autre part, nous avons eu recours à l'observation directe. À l'issue de l'analyse des données, l'on peut noter la recrudescence des décès liés aux hémorragies du *post partum*, le non-respect du diagnostic de la prise en soins, et l'insuffisance des stratégies de prévention qui nécessitent quelques ajustements.

Mots-clés : *Système de santé camerounais-Hémorragies de fin de grossesse-Hémorragies du post partum-Décès maternel.*

ABSTRACT

Haemorrhages at the end of pregnancy and postpartum are respectively the third and first cause of maternal death in developing countries. Hospital statistics as well as Demographic and Health Surveys (DHS) indicate that a relatively large number of women of childbearing age die each year from complications related to pregnancy and childbirth. Our retrospective analytical comparative study based on secondary data was conducted in the health districts of the West Region in Cameroon. On the one hand, the data used are those from the DHIS 2 software database of the Ministry of Health. On the other hand, we used direct observation. At the end of the data analysis, we can note the resurgence of deaths related to postpartum haemorrhages, the non-compliance with the diagnosis of the care, and the insufficiency of the prevention strategies which require some adjustments.

Keywords: *Cameroonian health system-Haemorrhages at the end of pregnancy-Postpartum haemorrhages-Maternal death.*

INTRODUCTION

Selon les normes et standards en santé de reproduction (2018), l'hémorragie du *post partum* est tout saignement de volume supérieur ou égal à 500ml (voire 1000ml après C/S) ou qui s'accompagne d'une instabilité hémodynamique, survenant entre l'accouchement et le 42^e jour *post-partum* [1]. Les statistiques montrent que près de 300.000 femmes meurent chaque année des suites d'une grossesse, d'un accouchement ou en période du *post partum*. Environ 99% de ces décès surviennent dans les pays en développement [2]. Les efforts menés au cours des deux dernières décennies ont permis d'enregistrer quelques progrès dans la réduction du taux de mortalité maternelle.

D'après des études de tendances réalisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le taux global de mortalité maternelle est passé de 385 à 216 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (Nv). Ainsi, la période de risque maximale est égale aux 06 (six) premières heures de l'accouchement. Les hémorragies du *post partum* constituent la première cause de décès maternel et touchent environ 1 % de femmes enceintes [3]. Toutefois, c'est à partir de 1 000 ml que la tolérance maternelle se trouve réellement menacée (1 % des femmes environ). Les « *gestes qui sauvent* » concernent environ une patiente sur mille et chaque obstétricien n'est confronté à cette situation que quelques fois dans sa vie. Que l'on s'intéresse à la morbidité ou à la mortalité maternelles, les facteurs de risque d'hémorragie sont pratiquement les mêmes : grossesses multiples, cicatrices utérines, hématomes rétro-placentaires, césariennes, situation sociale défavorable et absence de suivi prénatal [4].

En Afrique, la mortalité maternelle, néonatale et infantile demeure un véritable fléau, car 57 % de tous les décès maternels surviennent sur le continent, ce qui fait de l'Afrique la région du monde où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé. De même, l'Afrique subsaharienne possède le taux de mortalité maternelle le plus élevé parmi les sept régions du monde, avec 534 décès pour 100 000 naissances vivantes [5].

Au Cameroun, en particulier, des efforts sont mobilisés dans le domaine de la santé et surtout, celui de la santé infantile et maternelle. Cette politique s'inscrit en droite ligne avec l'Objectif du Développement Durable n°3 qui prévoit d'éliminer la mortalité maternelle et infantile [6]. Nombreuses sont les femmes qui décèdent dans la Région de l'Ouest Cameroun de ces hémorragies du *post partum* avec 63 décès maternels déclarés annuellement en 2020 sur 57394 naissances, soit un pourcentage de 0,11% [7]. Ce chiffre est préoccupant, car le ratio de mortalité maternelle établit que 406 décès maternels sont enregistrés pour 100 000 naissances vivantes au Cameroun. La mortalité néonatale, quant à elle s'élève à 12 pour 1000 naissances. Il est donc permis de conclure à une recrudescence des décès maternels due aux hémorragies du *post partum* [8]. De manière générale, les statistiques nationales révèlent qu'en moyenne, 10 femmes en décèdent chaque jour et 4000 annuellement [9].

Au regard des statistiques nationales et des données collectées dans la Région de l'Ouest Cameroun, la question se pose de savoir ce qui peut justifier la recrudescence des décès maternels ? Le diagnostic et la prise en soins sont-ils mis à contribution pour prévenir ce fléau qui est l'une des premières causes de mortalité chez la femme enceinte ? Enfin, quels sont les mesures à prendre pour éradiquer à ce phénomène ?

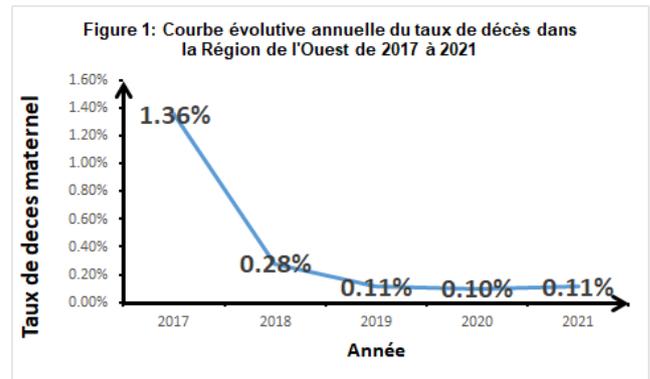
La triangulation de ces questions ouvre des perspectives sur une meilleure prise en soins des hémorragies du *post partum*. Pour y parvenir, il importe de mobiliser la méthodologie qui sied à l'analyse.

I- Méthodologie et collecte des données

Notre étude porte sur les femmes accouchées et décédées. Cette population à risque nécessite une attention particulière au regard du taux de mortalité maternelle élevé au Cameroun. Notre étude comparative de type analytique rétrospective s'appuie sur des données secondaires, collectées dans les Districts santé de la Région de l'Ouest au Cameroun.

Les données utilisées sont issues de la base de données du logiciel DHIS 2 utilisé dans plus de 40 pays en Afrique, parmi lesquels le Cameroun. Ce logiciel est un outil de collecte, de validation, d'analyse et de présentation des données statistiques agrégées et basées sur les patients, ainsi que des informations de gestion intégrée des activités de santé. Dans cette étude, nous avons utilisé la base de données de la Région de l'Ouest 2017 à 2021 au moyen du tableau croisé dynamique qui a permis d'obtenir les sous-totaux et d'agréger les données numériques afin de se recentrer sur l'information voulue. En outre, nous avons eu recours à l'observation directe. Les variables suivantes seront mises à contribution pour étudier les hémorragies de fin de grossesse et du *post partum* en tant que cause majeure des décès maternels. Les personnes prises en compte par l'analyse sont des femmes accouchées

dans les formations sanitaires et à domicile ; puis, les femmes décédées en *post partum* dans les formations sanitaires et les communautés entre 2017 et 2021.



Commentaires : Il ressort de cette figure de manière générale que la tendance évolutive du taux de décès maternel dans la Région de l'ouest est régressive sur la période de 2017-2021. Plus précisément, entre 2017-2018. L'on observe une tendance régressive importante c'est ainsi que le taux de régression calculé est égal à 69,41%. Et l'on constate également qu'entre 2019-2021 la tendance évolutive est constante.

Graphique 1 : Courbe évolutive annuelle de 2017 à 2021 des accouchements et décès maternels dans la Région de l'Ouest-Cameroun



Source : DHIS 2

Commentaires: De façon générale, la tendance évolutive du nombre d'accouchements est sensiblement égale à celle des décès. Donc, le nombre de décès épouse ou encore est similaire à la tendance évolutive des accouchements, l'on constate que les données de 2017 sont largement inférieure aux données des autres années.

Il ressort donc de cette figure que le nombre d'accouchements en 2017 sont considérés comme aberrantes et par ailleurs peut être dû à la non complétude. Ceci pourrait s'expliquer par la non exhaustivité des données et, la consistance interne qui serait lié aux incohérences des données. Car, c'est la seule année où les données sont largement en dessous des données des quatre autres années.

II- Résultats de l'analyse des données

L'analyse des données collectées dans le DHIS 2 sur l'évolution du taux de décès maternel dans la région de l'Ouest montre une baisse significative des décès liés aux hémorragies de fin de grossesse et du

post partum à un moment donné. Et, une certaine constance entre 2019-2021. Le premier résultat est le constat d'une recrudescence de la mortalité liée aux hémorragies du *post partum* à travers une courbe qui présente un pic en 2017 avec un taux des décès maternels de 1,36%. Et, ce taux a connu une baisse considérable en 2018 soit 0,28% et, est resté constant entre 2019 et 2021 avec pour pourcentage respectif : 0,11, 0,10 et 0,11. Et, par conséquent, l'on observe une courbe en plateau qui traduirait, la recrudescence des Décès maternels dans la Région de l'Ouest entre 2018 et 2021.

Les résultats issus de l'analyse des données montrent à suffisance l'ampleur du phénomène des décès maternels dans la Région de l'Ouest. En 2020, sur 57394 femmes accouchées, 63 en sont mortes suite aux décès soit 0,10%. En 2021, sur 60814 femmes, 70 en sont mortes également soit 0,11%. Ces résultats sont obtenus grâce à la surveillance active des décès maternels instaurée au Cameroun et la notification des décès maternels par les formations sanitaires. Leur recensement nécessite aussi l'implication et la collaboration étroite des accoucheuses traditionnelles. Toutefois, en privilégiant l'analyse des données de sources secondaires (DHIS 2) des femmes accouchées et décédées dans les formations sanitaires, l'ampleur du phénomène peut réellement être plus importante dans la zone d'étude.

Tableau 1 : Récapitulatif des différentes causes de décès maternels

Année	Décès avortement	Décès hémorragie	Décès rupture utérine	Nombre de cas d'hémorragies	Décès travail prolongé	Décès pré-éclampsie	Décès infections puerpérales
2017	48	0	0	209	0	0	0
2018	171	0	0	972	0	0	0
2019	28	4	0	947	5	1	0
2020	48	72	34	1207	157	58	44
2021	38	105	50	927	279	74	74
TOTAL	333	177	84	4262	294	133	118

Source : DHIS 2

Il ressort de ce tableau que les hémorragies du *post partum* constituent l'une des premières causes de décès maternels, ce qui nécessite qu'une attention particulière soit accordée à ce phénomène pour l'éradiquer. À travers ce tableau, qui retrace les causes de décès dans la région de l'Ouest, les hémorragies du *post partum* font partie des premières causes de décès maternels.

III.2. La justification du phénomène par le non-respect du diagnostic et de la prise en soins des hémorragies du *post partum*

III- Discussion

III.1. Analyse critique de la recrudescence de la mortalité liée aux hémorragies du *post partum*

Il importe de noter que le graphique 1 fait penser qu'il y'aurait eu différentes actions implémentées en 2017 pour éradiquer les décès maternels. L'on est tenté de croire que ces actions ont porté des fruits bien que n'ayant atteints le seuil souhaité qui est de 0. La moyenne du taux de décès est égale à 0,17% [10].

Au regard de ces deux courbes, l'analyse des statistiques montre également que les décès maternels demeure élevé par rapport au seuil souhaité qui est de 0 dans la Région de l'Ouest-Cameroun. Par ailleurs, la baisse drastique du taux de décès (Taux de régression de la tendance évolutive des cas de décès maternel supérieur à 50%) soit 69,41% pourrait s'expliquer d'une part par la sous notification des cas et d'autre part par les données aberrantes et la formation du personnel. Et, d'autre part la recrudescence des décès maternels est fonction du nombre d'accouchements comme le témoigne la Fig. 2 ce qui amène à questionner le rôle que jouent les leviers de santé publique destinés à juguler ce phénomène. De manière systématique, le traitement de cette pathologie nécessite un diagnostic approprié, une prise en soins et les stratégies de prévention sans lesquels, les hémorragies du *post partum* vont demeurer un fléau préoccupant.

Il convient d'examiner les exigences du diagnostic (a) en les distinguant de celles liées à la prise en soins des hémorragies du *post partum* (b).

III.2.1. Le non-respect du diagnostic rigoureux des hémorragies du *post partum*

Le diagnostic des hémorragies du *post partum* repose sur les signes et symptômes bien déterminés. Le tableau ci-dessous récapitule toutes les phases du diagnostic des hémorragies du *post partum*, car les recherches ont montré qu'elles ne sont pas toujours respectées [11].

Tableau 2 : Récapitulatif des étapes du diagnostic des hémorragies du post partum

Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	symptômes et signes cliniques parfois présents	diagnostic probable
Hémorragie du <i>post partum</i> immédiat utérus mou/non contracté	choc	atonie utérine
Hémorragie du <i>post partum</i> immédiat	placenta complet utérus contracté	déchirures cervicales, vaginales ou périnéales
absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement	Hémorragie du <i>post partum</i> immédiat utérus non contracté	rétention placentaire complète
absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux	Hémorragie du <i>post partum</i> immédiat utérus non contracté	rétention placentaire partielle
fond utérin non perçus à la palpation abdominale douleur légère ou intense	utérus inversé, visible au niveau de la vulve Hémorragie du <i>post partum</i> immédiat	inversion utérine
survenue du saignement plus de 24 heures après l'accouchement utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement	saignement variable (léger ou abondant, continu ou irrégulier et nauséabond) anémie	Hémorragie du <i>post partum</i> tardif
Hémorragie du <i>post partum</i> immédiat (saignement intra-abdominal et/ou vaginal)	Choc abdomen sensible, pouls rapide, sang rouge foncé et coagulé.	Choc abdomen sensible, pouls rapide, sang rouge foncé et coagulé.

Source : Guide du prestataire 3^{ème} édition 2018 (Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique)

Commentaires: Il ressort de ce tableau que le non-respect d'une étape de diagnostic entraînerait probablement les décès maternels, d'où la nécessité de l'utiliser comme tableau de bord dans la gestion des hémorragies du *post partum*.

III.2.2. La méconnaissance des techniques de prise en soins des hémorragies du post partum

La prise en soins des hémorragies du *post partum* repose sur la prévention et l'approche curative. Ainsi, une meilleure prise en soins passe par la détection des causes des hémorragies du *post partum*, tandis que la prévention repose essentiellement sur la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA), reconnue comme étant une intervention clinique à haut impact de prévention de l'hémorragie du *post partum* et de réduction de la mortalité maternelle. L'objectif consiste à accélérer le décollement placentaire et diminuer les pertes de sang en réduisant l'hématome rétro-placentaire physiologique. Il s'agit surtout de favoriser la rétraction utérine afin que les vaisseaux utérins puissent se collaber rapidement [12]. Cette technique comporte 8 éléments à savoir : vérifier l'absence d'un

deuxième fœtus dans l'utérus, injecter 10 UI d'ocytocine en IM, enrouler le cordon ombilical sur la pince et attendre l'apparition d'une contraction utérine, puis exercer une traction légère mais continue sur le cordon, l'autre main refoulant l'utérus. Ensuite, il faut tenir le placenta extériorisé à la vulve entre les deux mains et le faire rotter, puis délivrer les membranes, masser le fond utérin pour assurer sa contraction en vérifiant l'expulsion complète du placenta (cotylédons et membranes). Enfin, il faut vérifier la filière génitale (col, vagin, vulve) [13]. Quoi qu'il en soit, la prise en soins doit être spécifique et fonction de la cause des hémorragies.

Quant à l'aspect curatif, elle repose sur l'installation d'une voie veineuse, au cathéter > G18 de préférence, tout en administrant les solutés de remplissage. De plus, il faut mobiliser d'urgence tout le personnel disponible afin d'accélérer le processus de prise en soins puis, évaluer rapidement l'état général de la patiente si cet état évoque un choc et commencer immédiatement le traitement. Celui-ci consiste à masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots. Les caillots de sang retenus dans l'utérus

inhibent les contractions utérines, qui sont par conséquent inefficaces. Ensuite, il faut administrer 10 unités d'ocytocine en IM, sonder la vessie, vérifier si le placenta a été expulsé et le cas échéant, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet. Enfin, il faut examiner le col, le vagin et le périnée pour rechercher d'éventuelles lésions traumatiques, et une fois que le saignement est maîtrisé (24h après l'arrêt du saignement), vérifier si la femme est anémique et la traiter. [14]

III.3. Les stratégies de prévention négligées par les soignants

De manière générale, la prévention des hémorragies mortelles du *post partum* repose sur le traitement de l'anémie en grossesse, la préparation de l'accouchement (ressources humaines et matérielles) et l'élaboration d'un plan d'accouchement contextualisé.

En outre, la présence d'un accoucheur qualifié et compétent est une précaution nécessaire pour le bon déroulement de l'accouchement. Par conséquent, il faut identifier et référer à temps les cas à risque, assurer la bonne surveillance du travail par le partogramme, la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA). Par ailleurs, il est important d'éviter les procédures inutiles (stripping, épisiotomie) et identifier les facteurs de risques à temps, avant qu'ils ne deviennent dangereux, ce qui nécessite une surveillance systématique de toute accouchée deux heures en salle de travail, et éventuellement une délivrance artificielle en cas de non décollement placentaire 30 minutes après l'accouchement. [15]

L'une des mesures la plus négligée consiste à disposer d'une banque de sang/donneurs fidélisés qui permet de réduire et même éliminer beaucoup de décès maternels.

III.4. Approche de politique sanitaire pour éradiquer les hémorragies du post partum

Au regard des résultats obtenus, il est nécessaire de préconiser l'application automatique du système de référence et contre référence dans les formations sanitaires en fonction du plateau technique, et la solidarité des services de santé dans la prévention des décès maternels. En effet, la surveillance en *post partum* est essentielle et significative pour la mère, le nouveau-né et la famille. Premièrement, des mesures doivent être prises pour veiller au bon déroulement de la période d'adaptation physiologique tant pour le nouveau-né que pour la mère. Deuxièmement, il faut être conscient du fait que c'est une période d'ajustement social et émotionnel qui est importante pour la parturiente et son enfant afin de mettre en place un dispositif d'accompagnement [16].

Fort de ce qui précède, il serait pertinent d'initier une série d'actions de politique sanitaire. À ce titre, le gouvernement doit réduire d'avantage les inégalités d'accès aux services de santé ; lutter contre la

pauvreté à travers la création et multiplication d'emploi ; accentuer la formation et le recrutement des sages-femmes et renforcer le financement de la santé relativement à la santé maternelle et infantile.

De manière spécifique, le ministère de la santé doit veiller à étendre la phase pilote de la couverture santé universelle lancée en mai 2022 ; impliquer tous les personnels qualifiés dans la gestion des incidents des décès maternels et périnataux (SGI-DMP) ; faire d'avantage une répartition équitable dans la gestion des ressources humaines et accentuer les formations en Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) selon les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau opérationnel, le personnel de santé est tenu de :

- Accorder une priorité à l'accueil des femmes enceintes, gage de la confiance ;
- Accorder une attention soutenue aux soins, ce qui limitera les décès maternels et néonataux ;
- Référer les femmes dès que nécessaire vers les établissements de soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet (SONUC) ;
- Préconiser le transfert in-utéro (orientation des femmes enceintes en vue de l'accouchement en fonction du niveau de la maternité), en cas de risque avéré : obstétrical, fœtal ou maternel.
- Instaurer le mentorat clinique rapproché du personnel ;
- Accentuer l'implication de tous les personnels qualifiés lors des audits des décès maternels ;
- Toujours faire le plan d'accouchement contextualisé,
- Se référer aux normes et standards de la santé de reproduction actualisée ;
- Tenir des revues et restituer les thèmes,
- Intensifier les audits de tout cas d'hémorragie du *post partum* et des décès maternels ;
- Appliquer la surveillance clinique minimale recommandée ;
- S'en tenir aux métaparadigmes à prendre en compte pour soigner tels que l'environnement, la santé, des soins et personnes (**femmes enceintes**),
- Intensifier la collaboration personnels qualifiés et accoucheuses traditionnels,
- Sélectionner et fidéliser les donateurs bénévoles de sang.

L'efficacité de ces recommandations est subordonnée à la condition que les femmes enceintes intègrent l'obligation de se rendre dans une formation sanitaire dès le début de la grossesse et celle de respecter les consignes des personnels de santé.

CONCLUSION

En somme, les hémorragies de fin de grossesse et du *post partum* constituent une cause sérieuse de mortalité qui peut être évitée par la prévention, notamment à travers une gestion active de la 3^{ème} phase de l'accouchement, une prise en compte des facteurs de risques et des étiologies ainsi qu'une bonne conduite du travail et de l'accouchement. Ainsi, arrêter les saignements est un impératif à implémenter d'urgence. À cet effet, le praticien doit se doter de l'ocytocine comme médicament de premier choix. Toutefois, ce fléau ne sera éradiqué que par un diagnostic éclairé du personnel de santé, une prise en soins rigoureuse et des stratégies de prévention adaptées. Tout cela n'est efficacement mis en œuvre que si les pouvoirs publics s'arriment à une politique sanitaire de modernisation des prestations et infrastructures sanitaires ainsi qu'une prise de conscience des femmes enceintes sur la nécessité de se faire suivre, dès le premier mois de grossesse.

RÉFÉRENCES

1. Cameroun, Ministère de la santé, *Normes et standards en santé de reproduction* (2018) :31.
2. Lisik F, Plonka S, Fize C, Calle M, Pennehouat G., (2004). Une urgence obstétricale rarissime: inversion utérine puerpérale aigue. *J gynécol Obstet Biol Reprod.* 33: 546–50.
3. Achanna S, Mohamed Z, Krishnan M., (2006). Puerperal uterine inversion: a report of four cases. *J Obstet Gynaecol Res.* 32(3) :341–5.
4. Jerbi M, Iraqui Y, Jacob D, TRUC JB., (2004). Inversion utérine puerpérale aigue: à propos de deux cas. *Gynecologie Obstétrique Fertilité.* 32 (3): 224–47.
5. Maternal, neonatal and infantile health in Africa: analysis of the situation and perspectives Revue « Espace Territoires Sociétés et Santé » (RETSSA) vol. 3, n°6.
6. Cameroun, *Document de Stratégie sectorielle de la santé 2016-2027.*
7. Dessaint A, Creux H, Dallay, (2014). Inversion utérine puerpérale aiguë: à propos d'un cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* (7): 43.
8. Wahl P, Ezes H., (1983). L'inversion utérine et son traitement. In: Vokaer R, Barrat J, Bossart H, Lewin D, Renaud R, editors. *Traité d'obstétrique, la grossesse pathologique et l'accouchement dystocique.* Paris, Masson : 538-46.
9. Philippe H J, Goffinet F, Jacquemart F, Morel B, Grall JY, Lewin D., (1991). Les traitements des inversions utérines obstétricales à propos de trois observations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 20:843-9.
10. Source : *DHIS2 MINSANTE*, données de la Région de l'Ouest-Cameroun.
11. American college of obstétricien and gynecologists committee on practice Bulletins-obstetrics : practice Bulletin N° 183. Post partum hemorrhage. *obstet Gynecol* 130 : 168-186, 2017.
12. Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique Guide du prestataire (3ème édition 2018).
13. Recommandations pour la pratique SONU en Afrique (2ème édition-2010).
14. Prévention de la transmission mère enfant du VIH et option B+ (cahier des participants, Aout 2015).
15. Article du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Président : Professeur M. Tournaire (extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique ' Tome XX II Publié le 21-12-1998.
16. Traduction libre (Radey Dows & Bennes, (2008). 198.