

Approche préventive des dystocies osseuses à Douala, Cameroun

Dr ESSOME Henri
Gynécologue-Obstétricien
Hôpital Laquintinie - Douala

Training Course in Reproductive Health Research
WHO 2008

Société coopérative médicale Beaulieu Scholarship

INTRODUCTION

- La mortalité maternelle est une hécatombe dans les pays en développement et particulièrement en Afrique subsaharienne où, malgré les différentes stratégies, le taux ne cesse de croître du fait, entre autre, d'une cause évitable mais méconnue ou ignorée: les dystocies osseuses.

SITUATION GLOBALE DU PROBLÈME

- L'OMS estime à 536000 le nombre de femmes qui décèdent du fait de la grossesse ou de l'accouchement (rapport 2005).
- 533000 de ces décès proviennent des pays sous-développés (soit 99%) et dont 270000 de l'Afrique sub-saharienne (soit 50,65%) qui détient également le taux le plus élevé : 900 pour 100000 naissances vivantes contre 9 pour les pays développés.
- Le risque de décès pendant l'accouchement est de 1 sur 26 en Afrique contre 1 sur 7300 dans les pays développés.

CONTEXTE ACTUEL DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU CAMEROUN

Le Cameroun est un pays de l'Afrique central d'une superficie de 475000 km² avec une population estimée à 16,2 millions d'habitants dont 40,2% (soit 6,2 millions) vivent en dessous du seuil de pauvreté; il occupe la 49^e position sur 90 pays en voie de développement (selon l'indice de pauvreté humaine) avec un indice de développement humain de 0,506 (0,647 pour la moyenne mondiale).

SUITE

- La population féminine représente 51% de la population totale du pays (soit près de 8,3 millions de personnes).
- Le taux d'analphabétisme est de 50% chez les femmes.
- Le système de santé est de type pyramidal comportant des structures administratives et/ou de gestion et des structures de soins.
- Au plan organisationnel, il repose sur trois niveaux hiérarchisés : central dont les hôpitaux centraux, intermédiaire dont les hôpitaux provinciaux et périphérique dont les HD, les CMA et les CSI.

SUITE

- On y dénombre 3124 médecins, 26042 infirmières et sages-femmes, 1793 techniciens de laboratoire, 700 pharmaciens.
- Les ratios sont d'un médecin pour 11000 habitants (OMS : 1 pour 5000 a 10000).
- 1 infirmier ou sage-femme pour 2000 femmes en âge de procréer (OMS : 1 pour 300).
- 1 centre hôpital pour 45000 habitants, 1 centre de santé pour 12000 habitants, 1 lit d'hospitalisation pour 400 habitants.

SUITE

- L'indice synthétique de fécondité est à 4,5 en 2004 pour les femmes de 15 à 49 ans (contre 6,4 en 1978).
- Le taux brut de natalité est estimé à 37,9 pour 1000.
- Le niveau de connaissance contraceptive est élevé : 81% des femmes.
- 42% des accouchements sont assistés par du personnel sanitaire non qualifié.
- La proportion des césariennes est de 4,2% des accouchements.
- La mortalité maternelle reste élevée et croissante : 669 pour 100000 naissances vivantes en 2004 contre 550 en 1990.
- L'espérance de vie à la naissance est de 51 ans pour les femmes (50 ans pour les hommes).
- La situation de Douala s'apparente à celle du pays et la collecte des données est peu fiable.

JUSTIFICATIFS DU PROJET

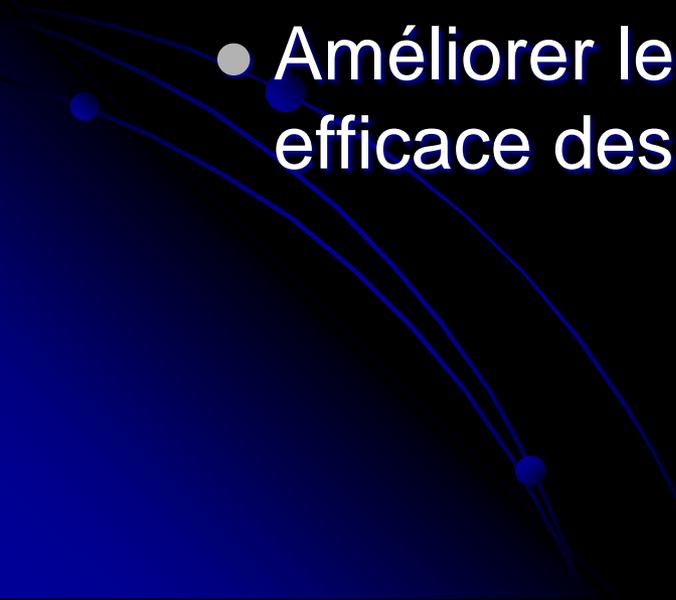
- Au Cameroun, les hémorragies représentent 70% des causes de décès dont une proportion significativement imputable aux dystocies osseuses (source de longue parturition, de rupture utérine).
- Le taux des césariennes : 4,2% en dessous des normes OMS (5 à 15%).

OBJECTIFS

- Objectif général :

L'objectif général à long terme du projet est de contribuer à l'éradication des décès par dystocies osseuses au Cameroun en général et à Douala en particulier.



- Objectifs spécifiques :
 - Évaluer les connaissances théoriques sur les dystocies osseuses du personnel de santé impliqué dans la prise en charge des grossesses et des accouchements.
 - Améliorer leurs prestations pour un dépistage efficace des dystocies osseuses.
- 

REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR CETTE APPROCHE

- La revue de la littérature sur cette approche clinique ciblée et pragmatique a révélé des études majoritairement rétrospectives (conséquences de la dystocie osseuse) et dans une petite proportion prospective mais portant sur une approche radiologique.
- 

HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

le projet tente de vérifier les hypothèses suivantes :

- Les dystocies osseuses existent à Douala.
- Les profils des prestataires ne favorisent pas une lutte efficace contre cette cause de décès maternel.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Assurer une maternité sécurisée face à une dystocie osseuse a Douala.
- Rendre effective la stratégie de référence et contre référence comme une activité prioritaire de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et infantile.
- Établir une base de données afin de déterminer de manière fiable la prévalence de la dystocie osseuse a Douala et élaborer une stratégie nationale de prévention et de prise en charge de leurs complications à court et long terme (fistules, incontinence urinaire et prolapsus).

CADRE ET TYPE D'ÉTUDE

- Cadre d'étude :

Le projet aura pour cadre d'exécution l'aire sanitaire de Douala, capitale économique du Cameroun et qui compte 1500000 habitants avec une activité qui représente 70% du produit national brut.

Elle est mieux fournie en infrastructures de santé avec deux hôpitaux de référence (dont l'hôpital Laquintinie), cinq hôpitaux de district et un nombre important de structures sanitaires confessionnelles et privées.

Mais ses indicateurs reflètent ceux de l'ensemble du pays dans un environnement de pauvreté accentué.

Type d'étude

- Il s'agit d'une étude descriptive prospective permettant d'établir l'existence des dystocies osseuses et la capacité ou non du système de santé d'en assurer efficacement la prise en charge à Douala.
- La réalisation de cette analyse de situation permettrait l'élaboration d'une stratégie d'intervention spécifique en vue de l'élimination de ses complications.

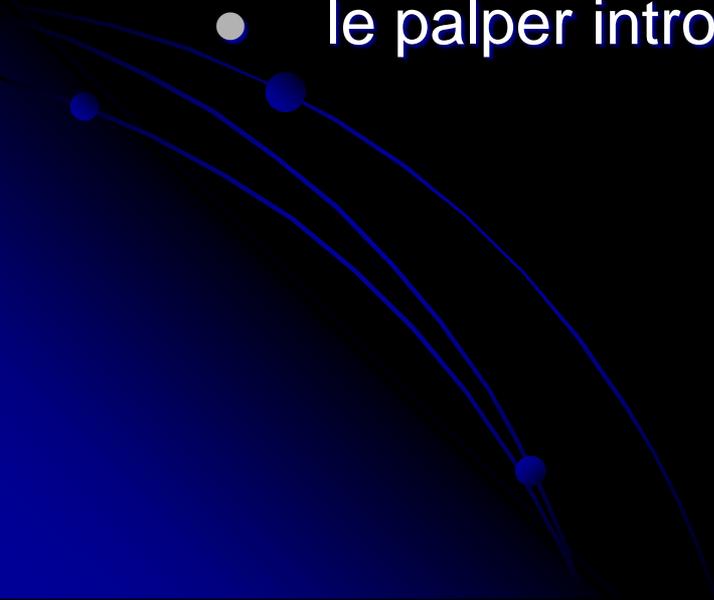
MÉTHODOLOGIE

- L'étude est réalisée par la combinaison de deux approches : qualitative par l'interview directe des prestataires de santé sur la dystocie osseuse et d'autre part quantitative par une fiche de dépistage des gestantes à risque de dystocie.
- Quatre maternités (dont trois confessionnelles et une ONG) constituant le cadre expérimental sont retenues sur la base de leur activité.
- Un atelier d'information et de formation sur le dépistage clinique d'une gestante à risque de dystocie et la tenue d'une fiche de référence sera initié dans chaque site retenu afin d'atteindre le maximum de prestataires.

Outils de collecte de données

- Un questionnaire pour le personnel impliqué dans la prise en charge des grossesses et accouchement
- Une fiche de dépistage des gestantes à risque de dystocie comportant les éléments d'identification de la gestante, son contact téléphonique ou d'un proche, les rubriques péjoratives de dystocie à savoir :
 - les antécédents de longue parturition avec mort-né
 - les utérus cicatriciels de cause permanentes
 - la taille inférieure ou égale à 1,50 m

(suite)

- L'examen du bassin au 8^e mois de grossesse et explorant :
 - la mesure du diamètre pré-pubien $>11,5$ cm
 - le toucher mensurateur si promontoire atteint
 - l'exploration des lignes innominées
 - le palper introducteur
- 

- Toute gestante comportant un de ces éléments à l'examen du 8è mois sera référée à l'hôpital Laquintinie au moyen d'une fiche de référence identifiant la maternité de départ ainsi que le motif de transfert.
- NB : exception faite des utérus cicatriciels qui seront systématiquement référés quelque soit le terme.

CONCLUSION

- Un décès maternel par rupture utérine consécutive à une dystocie osseuse chez une gestante ayant honoré ses consultations prénatales est INACCEPTABLE.
- Il est urgent de développer des stratégies pragmatiques qui éviterons à toute gestante des atteintes parfois irréversibles mais que l'on lui aurait évité par une approche clinique certes rigoureuse, mais simple et pas couteuse:
L'EXAMEN SYSTÉMATIQUE DU BASSIN AU 3è TRIMESTRE DE LA GROSSESSE !

- TOUTE MA GRATITUDE À GFMER, À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BEAULIEU, À L'OMS AINSI QU'À TOUS LES ENSEIGNANTS

essomehenri@yahoo.fr