



## Article Original

## Itinéraire Thérapeutique des Parturientes qui Arrivent avec une Rupture Utérine à l'Hôpital Central de Yaoundé

### *Therapeutic path of parturients admitted with uterine rupture at the Yaoundé Central Hospital*

Florent Ymele Fouelifack<sup>1,2,3</sup>, Jeanne Hortence Fouedjio<sup>2,4</sup>, Ngowe Fortune<sup>1</sup>, Pierre Marie Tebeu<sup>4</sup>, Loïc Dongmo Fouelifa<sup>6</sup>, Jovanny Tsuala Fouogue<sup>7</sup>

## RÉSUMÉ

**Introduction.** La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale, complète ou non de la paroi utérine. Elle survient pendant la grossesse ou le travail. Rare dans les pays industrialisés, elle est plus fréquente dans les pays en voie de développement, avec une morbidité et mortalité maternelles et périnatales élevées. Environ 90% des cas de rupture utérine prises en charge dans les hôpitaux de références de Yaoundé surviennent avant leur admission. La rareté des études sur le parcours des parturientes au Cameroun nous a incité à réaliser cette étude dont l'objectif était d'étudier l'itinéraire thérapeutique des parturientes qui arrivent avec rupture utérine. **Méthodologie.** Nous avons mené une étude transversale descriptive, durant 6 mois (du 01 janvier 2018 au 30 Juin 2018). Nous avons inclus toute parturiente reçue et/ou admise pour rupture utérine dans l'Unité de Gynécologie et Obstétrique de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY). **Résultats.** Sur 1866 parturientes reçues, 23 (1,23%) avaient une rupture utérine. Parmi ces dernières, les 22 (95,65%) arrivées avec rupture ont été retenues pour l'analyse. Leur âge moyen était de  $29,5 \pm 4,3$  ans avec des extrêmes de 19 et 37. La tranche d'âge de 30 -34 ans était la plus représentée (45,6%). Les mariées constituaient 63,6%, 45,6% avaient le niveau d'instruction primaire, 45,6% étaient commerçantes, 68,2 % avaient un revenu inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti et 63,6% étaient évacuées des centres de santé. Toutes les patientes ont eu recours à la médecine moderne et 18,2 % y ont associé la médecine traditionnelle. Le nombre de structures de transit avant l'arrivée à l'HCY variait de 1 à 3. Les parturientes ont passé en moyenne 4 heures (avec les extrêmes de 1 et 12) dans les structures de transit avant d'être référées. Les principales raisons évoquées pour le choix initial du lieu d'accouchement étaient les habitudes (72,7%), la proximité du centre avec la maison (59,1 %), le manque d'argent (59,1%), fidélité au lieu de consultations prénatales (45,5%) et l'ignorance sur les risques liés à la grossesse (27,3%). **Conclusion.** Les parturientes qui arrivent avec rupture utérine ont souvent transité par plusieurs structures non appropriées, guidées par leur ignorance et leur bas niveau socioéconomique. Les décideurs doivent mettre en place des politiques et des stratégies de réduction des inégalités sociales et capaciter les professionnels de santé en approche communautaire de la santé publique.

## ABSTRACT

**Introduction.** Uterine rupture is a non-surgical solution of continuity, complete or not of the uterine wall. It occurs during pregnancy or labor. It is rare in industrialized countries, and more common in developing countries, and it has a high maternal and perinatal morbidity and mortality. Approximately 90% of uterine rupture cases managed in Yaoundé referral hospitals occur before admission. The scarcity of studies on the itinerary of parturients in Cameroon prompted us to carry out this study whose objective was to study the therapeutic paths of the parturients who arrive with uterine rupture. **Methods.** We conducted a descriptive cross-sectional study for 6 months (from 01 January to 30 June 2018). We included parturients received and / or admitted for uterine rupture in the Gynecology and Obstetrics Unit of the Yaoundé Central Hospital (YCH). **Results.** Out of 1866 parturients, 23 (1.23%) had uterine rupture. Among them, 22 (95.65%) came with uterine rupture and were analysed. The mean age was  $29.5 \pm 4.3$  years with extremes of 19 and 37. The age group of 30-34 years was the most represented (45.6%). Brides accounted for 63.6%, 45.6% had primary education level, 45.6% were commercial, 68.2% had an income below the guaranteed inter-professional minimum wage and 63.6% were evacuated from the health centers. All parturients used modern medicine and 18.2% used traditional African medicine. The number of transit facilities prior to arrival at the YCH ranged from 1 to 3. Parturients spent an average of 4 hours (with the extremes of 1 and 12) in the transit structures before being referred. The main reasons given for the initial choice of place of delivery were habits (72.7%), proximity to the home (59.1%), lack of money (59.1%), fidelity to antenatal care follow-up site (45.5%) and ignorance about the risks related to pregnancy (27.3%). **Conclusion.** Parturients who come with uterine rupture have often passed through several structures some of them being non appropriate. This situation may be due their ignorance and their low socioeconomic level. Policymakers should implement policies and strategies to reduce social inequalities in health and empower health professionals in community-based approaches to public health.

1 Département de Gynécologie et d'obstétriques de l'Institut Supérieur de technologie Médicale de Nkolondom, Yaoundé - Cameroun.

2 Unité de Gynécologie et Obstétrique de l'Hôpital Central de Yaoundé. Yaoundé- Cameroun

3 Groupe Associatif pour la Recherche, l'Education et la Santé, GARES-Falaise, Dschang Cameroun

4 Département de Gynecology et d'obstétriques de la Faculté de Médecine et des Sciences BioMédicales de l'Université de Yaoundé I- Cameroun.

5 Centre Inter-Etats d'Enseignement Supérieur en Santé Publique d'Afrique Centrale (CIESPAC), Brazzaville - Congo

6 Ecole des Services de Santé des armées Lomé-Togo

7 Hôpital de District de Mbouda -

Cameroun\***Auteur correspondant**

Dr Fouelifack Ymele.

E mail:

yfouelifack@gmail.com

Tel : +237 696312354

**Mots-clés:** Itinéraire thérapeutique, parturiente, rupture utérine, Hôpital Central de Yaoundé

**Keywords:** Therapeutic itinerary, Parturient, uterine rupture, Yaoundé Central Hospital

## INTRODUCTION

La rupture utérine (RU) est une solution de continuité non chirurgicale, complète ou incomplète de la paroi utérine. Elle survient pendant la grossesse ou le travail [1], le plus souvent sur des utérus fragilisés par la multiparité, les présentations dystociques, les disproportions céphalo-pelviennes, les bassins rétrécis. L'incidence de la RU est faible dans les pays industrialisés [2] de l'ordre de 0,5 à 3/10 000 accouchements. Elle est de 0,9 à 1,4 % dans les pays en voie de développement (PVD), mais plus élevé en cas d'utérus cicatriciel, 0,2 à 0,8 % selon les séries [3, 4]. Selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 99% de tous les décès maternels surviennent dans les pays en développement et la plupart aurait pu être évitée [5]. La mortalité maternelle reste élevée dans la plus grande partie de l'Afrique subsaharienne [6], dont le Cameroun. On y assiste à une augmentation du taux de mortalité maternelle de 430 à 1000 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1999 et 2010 [7].

Au Cameroun 78% des décès maternels sont dus à des causes directes. La triade des hémorragies (54,5%), avortements (17,4%) et éclampsie (10,6%) en sont les principales causes. La rupture utérine fait partie du premier groupe [8] et est responsable de 30% des principales causes de décès maternels dans les PVD [9]. C'est un des événements graves qui puisse survenir au cours d'une grossesse. Sa prise en charge impose parfois une chirurgie mutilante pour la parturiente, compromettant sa procréation.

La rupture utérine est une complication grave de l'accouchement engageant le pronostic maternel et fœtal. Elle est responsable de 6% de décès maternels contre 66% de décès fœtal selon Nguefack et al [10], et est la cause de 80% d'hystérectomie au CHU de Yaoundé selon Kouma et al en 2000 [11]. Ezechi et al en 2004 au Nigeria a trouvé qu'une grande proportion de femmes qui présentaient des complications obstétricales provenaient des centres périphériques [12]. Une étude faite en 2016 dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé a démontré que 90% des cas de ruptures utérines prises en charge survenaient avant l'admission dans ces structures [13].

Le manque de données relatives au circuit thérapeutique de ces parturientes au Cameroun a motivé la réalisation de cette étude. Nous pensons qu'en agissant en amont nous pourrions résoudre le problème en aval et par conséquent diminuer le taux de ruptures utérines, pour en améliorer le pronostic. En raison de la contribution de la RU dans la morbidité et mortalité maternelles et périnatales, et de l'arrivée tardive à l'HCY, nous nous sommes proposés d'étudier l'itinéraire thérapeutique de ces parturientes qui arrivent à l'HCY avec une rupture utérine, plus spécifiquement de rapporter le circuit de soins de ces patientes, évaluer le temps mis par les patientes dans les structures sanitaires parcourues avant leur arrivée à la maternité principale de Yaoundé et d'identifier les raisons ayant poussé la patiente à choisir les différents recours thérapeutiques.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

### Type, lieu, durée et période de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive mixte (quantitative et qualitative) réalisée sur six mois soit du 1<sup>er</sup> Janvier au 30 Juin 2018 dans l'Unité de Gynécologie et Obstétriques de l'HCY. Cette Unité loge la plus ancienne et la plus grande maternité de référence de la région du Centre. Elle est constituée d'un service d'urgence intégré au service d'admission, 2 salles d'accouchement communes, 4 box de consultations, 1 bloc opératoire de 03 salles d'opérations, des salles d'hospitalisations d'une capacité de 65 lits, un service de néonatalogie.

### Echantillonnage

Notre population d'étude était constituée de toutes les femmes prises en charge pour rupture utérine à la maternité principale de Yaoundé. L'échantillonnage était consécutif et exhaustif.

Était incluse toute parturiente chez qui le diagnostic de rupture utérine était posé dès l'admission, et qui donnait son consentement éclairé pour l'étude. N'était pas incluse toute parturiente chez qui la rupture utérine survenait après l'admission dans notre service.

### Procédure

Les parturientes arrivées avec RU étaient identifiées soit dès leur admission aux urgences, soit à partir des registres d'accouchements, de compte rendu opératoire, de salle de réanimation et/ou d'hospitalisation pour les patientes déjà opérées. Après localisation de la patiente dans le service, nous procédions à un counseling si son état le permettait, afin de leur expliquer les objectifs et les avantages éventuels de l'étude sur la santé maternelle et périnatale. Après consentement, un code unique était attribué à chaque patiente afin de respecter l'anonymat, et on procédait à l'entretien proprement dit. Pour nous rassurer de la véracité des informations, une triangulation était faite en cas de nécessité. En effet tous les registres précités, le carnet de consultation prénatale, le réseau de soutien, le personnel des centres de santé d'où provenaient ces parturientes étaient consultés en cas de nécessité. Une discussion de groupe a eu lieu dans la communauté (à Biyem Assi) et regroupait 3 femmes ayant déjà eu une rupture utérine, deux infirmières des centres de santé privés, et un chef de quartier ayant requis l'anonymat. Les renseignements recueillis concernaient l'identification de la parturiente, les données sociodémographiques, l'histoire de la grossesse, les antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux, les différents recours et les circuits thérapeutiques empruntés avant l'arrivée à l'HCY et les raisons de ces choix.

### Analyse Statistique

Toutes les données recueillies étaient compilées sur une fiche technique, saisie et analysées à l'aide du logiciel EPI Info version 3.5.1. Les statistiques descriptives étaient appliquées pour condenser et ordonner les variables. Les variables qualitatives étaient présentées avec les effectifs et les pourcentages, tandis que les variables quantitatives étaient exprimées par la moyenne et l'écart type. Le traitement des données sémantiques était conduit à la main selon la démarche de l'analyse du contenu.

### Considérations éthiques

Nous avons obtenu une clairance éthique N° 1551 CEI-Udo/06/2018/7 auprès du Comité éthique institutionnel de la Faculté de Médecine et de Sciences Pharmaceutiques de Douala (FMSP) le 07 juin 2018, et une autorisation de recherche auprès des autorités administratives de l'HCY. Chaque participante incluse dans l'étude était au préalable informée des objectifs et buts de l'étude. Un consentement éclairé verbal ou écrit était demandé à tous les participants. Le sujet pouvait décider de mettre un terme à sa participation à l'étude à tout moment sans aucune forme de préavis, et ceci n'entraînerait aucun impact sur son suivi ultérieur. Pour les patientes âgées de moins de 21 ans, une fiche d'assentiment était signée par la personne responsable.

### RÉSULTATS

Pendant la période d'étude, 1866 parturientes étaient reçues à la maternité principale. Un total de 23 ruptures utérines (soit 1,23% ou 1 rupture pour 81 accouchements) était diagnostiqué dont 22 (95,65%) dès l'admission et 1(4,35%) survenue après admission. Notre analyse concernait les 22 cas.

#### Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des participantes était de  $29,5 \pm 4,3$  ans avec des extrêmes de 19 et 37ans. La répartition par tranches d'âge, région d'origine, statut matrimonial, niveau d'instruction, profession et le revenu mensuel est représentée dans le tableau 1 ci-dessous.

	n	%
<b>Tranches d'âge (5ans)</b>		
19-24	3	13,6
25-29	6	27,2
30-34	10	45,6
35-39	3	13,6
<b>Statut matrimonial</b>		
Mariée	14	63,6
Célibataire	8	36,4
<b>Niveau d'instruction</b>		
Primaire	12	54,6
Secondaire	8	36,3
Supérieur	2	9,1
<b>Profession</b>		
Sans emploi	7	31,8
Salariée	5	22,7
Secteur libéral	10	45,5
<b>Revenu mensuel</b>		
Inferieur au SMIG	15	68,2
Egal au SMIG	3	13,6
Supérieur au SMIG	4	18,2
SMIG: Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti = 36270		

Les tranches d'âge les plus représentées étaient celles de 25-29 et 30 - 34 ans avec respectivement 27,2% et 45,6%. La région du Centre dominait avec 40,9% de la population. Les femmes mariées constituaient 63,6%, le niveau d'instruction primaire 54,6%, le secteur libéral 45,5%, les sans-emploi 31,8%. 68,2% avaient un revenu inférieur au

salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) qui est de 36270 F cfa au Cameroun (55).

#### Circuit de soins

Les différents recours thérapeutiques, les formations sanitaires de transit et la qualification du personnel de ces formations figurent dans le tableau 2 ci-dessous.

Toutes les patientes ont eu recours à la médecine moderne pendant la période du travail, néanmoins 18,2% y ont associé la médecine traditionnelle ou des principes actifs naturels comme le miel. Lorsqu'elle se décidait à se diriger vers une formation sanitaire le Centre de Santé était le lieu le plus consulté à 63,6% ensuite la clinique à 18,2%.

	n	%
<b>Recours thérapeutiques</b>		
<b>Médecine moderne</b>		
Oui	22	100
Non	0	0
<b>Médecine traditionnelle</b>		
Oui	4	18,2
Non	18	81,8
<b>Centre de provenance</b>		
Centre de santé	14	63,6
Centre Medical d'Arrondissement	1	4,5
Hôpital de district	3	13,6
Clinique	4	18,2
<b>Qualification du Personnel</b>		
Sage-femme	4	18,2
Infirmière	13	59,1
Grade inconnu	5	22,7

L'infirmier / aide-soignant était le personnel de santé qui pratiquait l'accouchement dans le centre de provenance à 59,1 % des cas, la sage-femme était présente dans ces structures dans seulement 18,2 % des cas. Le grade du personnel du centre de transit n'était pas connu dans 22,7% de cas.

#### Le moyen de transport utilisé et temps mis entre la décision de l'évacuation (ou de référence), le nombre de structures parcourues avant l'arrivée à l'HCY et le Temps mis dans les structures de transit

Le temps moyen passé entre la décision de l'évacuation ou de référence et l'arrivée de la parturiente à l'HCY était en moyenne de  $72,9 \pm 55,2$  minutes avec des extrêmes de 20 et 240.

Le moyen de transport utilisé et temps mis entre la décision de l'évacuation (ou de référence) et le nombre de structures parcourues avant l'arrivée à l'HCY et le temps mis dans les structures de transit sont représentés dans le tableau 3.

Sur les 22 parturientes, 20 (soit 90,9%) ont utilisé le transport en commun pour arriver à l'HCY, 6 soit 27% étaient arrivées à l'HCY dans un délai compris entre 31 et 60 minutes, 8 soit 36% entre 61 et 90 minutes et 2 soit 9,1% après plus de 120 minutes. Aucune parturiente n'est partie directement de la maison vers l'HCY.

Toutes ont transité par au moins une structure de santé avant d'être évacuées vers l'HCY: 17 soit 77,3% ont transité par une seule structure, et 2 soit 9,1% ont parcouru 3 structures.

La durée moyenne en heures passée dans les structures de transit avant leur arrivée à l'HCY était  $4,5 \pm 2,6$  heures avec des extrêmes 1 et 12.

Sur les 22 parturientes, 13 soit 59,1% avaient passé entre 3 et 4 heures dans les structures de transit, 9,1% avaient passé plus de 8 heures.

**Tableau 3: Moyen de transport et délai d'admission des patientes et temps mis dans les structures de transit.**

	(n)	(%)
<b>Moyen de transport</b>		
Ambulance	2	9,1
Transport en commun	20	90,9
<b>Délai d'admission (minutes)</b>		
Jusqu'à 30	6	27,3
31-60	8	36,4
61-90	3	13,6
91-120	3	13,6
Plus de 120	2	9,1
<b>Nombre de structures</b>		
1	17	77,3
2	3	13,6
3	2	9,1
<b>Temps mis dans les structures de transit (heures)</b>		
1-2	3	13,6
3-4	13	59,1
5-6	1	4,5
7-8	3	13,6
Plus de 8	2	9,1

#### Raisons ayant poussé au choix de l'itinéraire

Les raisons ayant orienté le choix de l'itinéraire thérapeutique figurent dans le tableau suivant (tableau 4).

La proximité du centre avec la maison, le conseil d'une tierce personne, le manque d'argent, les habitudes, le lieu de suivi des CPN et l'absence d'informations sur le degré de gravité de la prise en charge étaient les raisons qu'ont évoqué les patientes.

**Tableau 4: Raisons ayant poussé au choix de l'itinéraire thérapeutique**

	(n)	(%)
<b>Proximité du centre avec la maison</b>		
Oui	13	59,1
Non	9	40,9
<b>Conseil d'un tiers</b>		
Oui	7	31,8
Non	15	66,2
<b>Habitude</b>		
Oui	16	72,7
Non	6	27,3
<b>Lieu de suivi des CPN</b>		
Oui	10	45,5
Non	12	54,5
<b>Manque d'argent</b>		
Oui	13	59,1
Non	9	40,9
<b>Absence d'information sur le degré de gravité de la prise en charge</b>		
Oui	6	27,3
Non	16	72,7

#### Quelques raisons données sous forme de verbatim

##### ❖ Proximité du centre avec la maison

«Mon Docteur, moi j'habite loin dans le quartier, ce n'est pas facile pour nous d'arriver en route surtout la nuit. Donc quand j'ai commencé à avoir bien mal je suis partie dans un hôpital au quartier».

##### ❖ Conseil d'un tiers

«C'est ma belle-sœur qui m'a demandé de partir accoucher là-bas, parce que elle-même y est habituée en plus c'est elle qui devait payer donc je n'avais pas le choix».

##### ❖ Habitude

«Quand j'ai commencé à avoir mal au ventre, comme je n'étais pas encore à la fin de la grossesse je me suis dit que c'était le vers des femmes je suis donc partie chez ma sœur comme elle compose les remèdes pour ça elle a donné ma part; mais j'ai seulement vomi après avoir bu et j'avais encore plus mal».

##### ❖ Lieu de suivi des CPN

«C'était dans le centre là que je faisais le suivi de ma grossesse donc j'avais prévu accouché là-bas aussi; ce qui fait que quand les contractions ont commencé je suis partie là-bas».

##### ❖ Manque d'argent

«Je n'avais pas assez d'argent pour partir dans un grand hôpital parce que je sais que c'est cher; je n'ai même jamais accouché ici».

##### ❖ Absence d'informations sur le degré de gravité de la prise en charge

«Même comme j'avais accouché la dernière fois par césarienne, je me suis dit que cette fois devait bien se passer comme ma 1<sup>ère</sup> grossesse donc je suis partie dans un centre, mais là ça m'a rattrapé ».

## DISCUSSION

Pendant la période d'étude, 1866 parturientes étaient reçues à la maternité principale. Un total de 23 ruptures utérines (soit 1,23% ou 1 rupture pour 81 accouchements) était diagnostiqué dont 22 (95,65%) dès l'admission et 1(4,35%) survenue après admission. Dans la série de Fouedjio et al. en 2014, la fréquence de la rupture utérine était de 0,46% (30 cas pour 6511 accouchements) et 90% étaient diagnostiqués dès l'admission [13]. Les variations de fréquences seraient dues à leur taille d'échantillon plus élevée.

Ici il est important d'utiliser le modèle des "trois retards", qui est un instrument utile pour déterminer ce qui empêche les femmes de recevoir des soins en temps voulu et pour concevoir les interventions permettant de faire face à ces obstacles. Les trois retards sont les suivants: retard dans la décision de rechercher des soins (1er retard), retard dans l'arrivée au centre de santé approprié (2e retard), retard dans l'administration des soins au centre de santé (3e retard). Les deux premiers "retards" portent sur l'accès d'une femme aux soins, englobant des facteurs qui dépendent de la famille et de la communauté, notamment le transport. Le troisième "retard" concerne des facteurs qui interviennent au centre de santé, notamment la qualité des soins (l'Hôpital Central de Yaoundé dans notre cas). Il faut remédier à ces trois retards pour sauver des vies de femme. Mais ceux qui nous intéressent dans notre étude sont les premier et deuxième retards [14-16].

### Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des patientes était de 39,5 ans  $\pm$  4,3 ans avec des extrêmes variant entre 19 et 37 ans; la tranche d'âge la plus représentée était celle de 30 – 34 ans (45,5%) (Tableau 1). Dans l'étude de Fouedjio et al., la moyenne d'âge était de 29  $\pm$  6,73 ans, avec des extrêmes de 16 et 43 ans [13].

Le profil de notre population d'étude était celui d'une femme au niveau d'instruction secondaire (45,5%), mariée (63,6 %) sans emploi ou petite commerçante (72,8%) avec un revenu inférieur au SMIG (68,2 %) pour la majorité (tableau 1). Les revenus limités réduisent l'accès aux soins médicaux. Ces résultats sont similaires à ceux d'Ezechi et al [17] qui retrouvaient 75,8 % de femmes sans emploi ou petite commerçante et une tranche d'âge majoritaire entre 30 et 34 ans ceci pourrait s'expliquer par la multiparité de la plupart des femmes à ces âges-là.

### Circuit de soins

Toutes les patientes ont eu recours à la médecine moderne pendant la période du travail, néanmoins 18,2 % y ont associé la médecine traditionnelle (Tableau 2). La médecine moderne occupe une place de choix pour ces femmes dans le suivi du travail et de l'accouchement même si parallèlement certaines étaient ancrées à leur culture. Une étude réalisée au Ghana retrouvait aussi la prise de concoction à base d'herbes locales qui aurait une activité utéro tonique mais à des taux plus élevés (58,5 %) [18]. Cette disparité pourrait s'expliquer par le fait que son étude a été réalisée en milieu rural et la nôtre en milieu urbain.

Le Centre de Santé était le lieu le plus consulté à 63,6 % ensuite la clinique à 18,2 % (Tableau 2). Ces résultats sont similaires à ceux D'Ezechi et al au Nigéria qui retrouvaient 54,5 % des cas provenant d'un Centre de Santé [12]. Ceci pourrait être dû au fait que sur la pyramide de santé la structure qui est la plus proche de la population est le centre de santé qu'il soit intégré ou pas.

L'infirmier / aide-soignant était le personnel de santé qui pratiquait l'accouchement dans le centre de provenance à 59,1 % des cas (Tableau 3). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le ratio infirmier / patient est supérieur aux normes de l'OMS au Cameroun. A cause de leur grand nombre ils pourraient être proches des patients. Or ni les infirmiers, ni les aide-soignants n'entrent dans la liste du personnel qualifié pour la pratique d'un accouchement. Ces résultats sont similaires à ceux de l'UNICEF en 2004 qui avaient trouvé que 55 % des accouchements dans les Pays en voie de développement se faisaient en absence d'un personnel qualifié.

Le principal moyen de transport utilisé était le transport en commun utilisée par 90,9 % parturientes (Tableau 3). Il s'agissait notamment d'un taxi ou d'un mini-bus pour les patientes qui étaient dans les villes périphériques; ce qui n'est pas en accord avec le transport urgent de malades (l'aide médicale urgente) qui a pour but de limiter autant que possible l'intervalle sans traitement.

Le délai d'admission moyen était de 72,9  $\pm$  55,2 minutes avec des extrêmes entre 20 minutes et 240 minutes (Tableau 3).

Chaque parturiente a transité par au moins une structure sanitaire (27,2%) avant l'arrivée à l'HCY, d'autres en ont

parcouru jusqu'à 3 (Tableau 3). Ceci pourrait s'expliquer par une mauvaise orientation par le réseau de soutien ou par la première structure transit ou par la proximité du centre du domicile, comme l'ont signalées certaines participantes.

Le nombre moyen d'heures passées dans les structures de provenance était 4,5  $\pm$  2,6 heures avec des extrêmes entre 1 heure et 12 heures, 59,1% (soit 13 sur 22) des parturientes ont passés entre 3 et 4 heures dans la formation sanitaire de provenance (tableau 3).

### Les raisons du choix des itinéraires

Dans notre population d'étude 15 parturientes sur 22, soit 68,2% avaient un revenu inférieur au SMIG (Tableau 1). Ce qui crée une inégalité sociale, étant donné que les individus sont comparables à des homo economicus (les actions qu'ils engagent en faveur de leur santé s'arriment à ce que leur dicte leur rationalité). Le choix thérapeutique de la mère serait donc conditionné par les moyens financiers dont elle dispose [19] comme l'a affirmé une parturiente: «Je n'avais pas assez d'argent pour partir dans un grand hôpital parce que je sais que c'est cher, je n'ai même jamais accouché ici». Ce choix pourrait aussi être conditionné par l'accompagnant ou la personne qui prendra en charge la totalité des soins, comme l'a avoué ici une parturiente: «C'est ma belle-sœur qui m'a demandé de partir accoucher là-bas, parce que elle-même y est habituée en plus c'est elle qui devait payer donc je n'avais pas le choix».

Dans toute société, la diversité des offres thérapeutiques met en évidence une conjugaison systématique et récurrente des usages de la médecine biomédicale et des médecines alternatives qui apparaissent comme des espaces où les individus vont chercher ce qui ferait défaut dans la biomédecine : l'écoute, une autre place que celle du «cas», ou de l'organe physique, une relation satisfaisante avec le soignant [20]. Une enquête réalisée en 2006 au Cameroun a montré que la population adapte son comportement thérapeutique en priorité à ses moyens financiers, à son accès géographique aux formations sanitaires, et finalement à sa perception de la maladie [21]. Le deuxième cas a été souligné par une parturiente: «Mon docteur, moi j'habite loin dans le quartier, ce n'est pas facile pour nous d'arriver en route surtout la nuit, donc quand j'ai commencé à avoir bien mal je suis partie dans un hôpital au quartier ». La longue distance par rapport à l'hôpital influence l'itinéraire thérapeutique des patientes [22].

L'analyse de ces raisons du choix des formations sanitaires nous renvoi à la théorie du «Health Belief Model» (HBM) ou en français «modèle de croyances relatives à la santé» et la théorie de causalité sociale de santé.

Selon le modèle des croyances relatives à la santé, l'adoption du comportement est fonction de trois éléments: la perception de la menace, la perception des bénéfices liés au comportement et l'efficacité personnelle. Concernant le 1<sup>er</sup> volet elle dépend à son tour de deux facteurs. Le premier, la perception de la gravité du mal à éviter réfère à l'évaluation que l'on fait du degré de nocivité des conséquences de la maladie et le deuxième facteur d'évaluation de la menace est la perception de la vulnérabilité [23]. Cette théorie du HBM pourrait

expliquer le comportement de cette parturiente qui dit: «Même comme j'avais accouché la dernière fois par césarienne, je me suis dit cette fois que ça devait bien se passer comme ma 1<sup>ère</sup> grossesse donc je suis partie dans un petit centre, mais là ça m'a rattrapé». Dans notre cas nous pensons que dans la communauté, si les parturientes et leurs réseaux de soutien dès le départ étaient conscients de l'importance du suivi de la grossesse et de l'accouchement, des risques encourus et des conséquences liées au choix de la formation sanitaire de transit; ceci les aurait permis de juger la sévérité éventuelle de leurs actes, et d'adopter des comportements préventifs de rupture utérine.

Selon la théorie de causalité sociale de santé, les différents recours et itinéraires thérapeutiques seraient liées aux inégalités sociales de santé, qui ne dépendent pas de l'individu affectée mais de la société elle-même [24]. C'est ainsi que certaines parturientes bien que conscientes des risques liés à la qualité de la formation sanitaire et à la qualification du personnel, ont choisi d'y aller à cause de la pauvreté, du manque de moyens de transport dans la nuit, ou du degré de l'urgence. En effet, personne ne peut choisir d'être pauvre, ni choisir le moment ou surviendront les contractions utérines, ni choisir l'urgence ou non de ces contractions utérines. La réduction des inégalités sociales de santé est un enjeu important de santé publique, d'où la nécessité d'une action concertée intersectorielle prônée par certains rapports. En partant du rôle de l'Etat en matière de réduction des inégalités sociales, on pourra mieux situer le

cadre d'action du professionnel de la santé publique et le rôle que lui confère l'approche populationnelle [25].

### Limite de l'étude

Notre étude, se rapportant à ce qui est antérieur à l'admission à l'HCY, l'on ne saurait écarter formellement un biais de mémoire même s'il a été minoré par la triangulation. La petite taille de l'échantillon et la durée courte de l'étude pourraient avoir une influence négative sur la validité des résultats. Les patientes ne connaissaient pas toujours le personnel de santé qui devait pratiquer l'accouchement dans les centres de transit.

### CONCLUSION

Ces patientes sont le plus souvent des victimes en raison de leur niveau d'instruction moyen ainsi que leur faible revenu mensuel, du manque d'infrastructures et de personnel adéquat. Nous suggérons au Ministère de la Santé Publique de régulariser le secteur de la santé. Il serait important d'organiser des sessions de formation pour le recyclage du personnel de santé déjà en place, et rapprocher les structures adéquates et le personnel qualifié des populations périphériques pour des soins de santé équitables à toutes les couches de la population. Le rôle de l'Etat est capital dans la réduction des inégalités sociales de santé car il devrait capaciter les professionnels de santé en approche communautaire de la santé publique et mener des actions intersectorielles concertées.

### RÉFÉRENCES

1. Parant O. Rupture utérine: prédiction, diagnostic et prise en charge. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2012. Volume 41, n° 8 pages 803-816
2. Schrinky DC, Benson RC. Rupture of the pregnant uterus : a review. *Obstet Gynecol Surv*. Avr 1978 ;33 (4) :217.
3. Justus Hofmeyr G, Say L, Metin Gülmezoglu A. Systematic review : WHO systematic review of maternal mortality and morbidity : the prevalence of uterine rupture. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1 sept 2005 ;112(9): 1221-8.
4. Cllsse CT, Faye Eo, De Bernis L, Diadihou F. Rupture utérine au Sénégal épidémiologie et qualité de la prise en charge. *Méd trop* 2002 ; 62 ; 6 :619-22.
5. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, Fat DM, Boerma T, Temmerman M, Mathers C, Say L; United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):462-74.
6. Sepou A., Yanza M.C., Nguembi E., Ngbale R., Kouriah G., Kouabosso A., Nalim. N. Etude de 299 cas de césariennes pratiquées à l'hôpital communautaire de Bangui (Centrafrique). *Médecine d'Afrique Noire* : 2000, 47 (1)
7. United Nations DESA. The Millennium Development Goals Report 2010, NEW YORK, 2010
8. Halle Ekane G.E., Obinchemti T.E., Tchente C.N., Fokunang L.K., Njamen T.N., Bechem N.N., Njie M.M. and Latum, D. (2014) Attainment of the Fifth Millennium Development Goal: Utopia or Reality Based on Trends in Maternal Mortality in 12 Years in Two Regional Hospitals in Fako Division, Cameroon? A Retrospective Study. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4, 771-781.
9. Dujardin B. Health and human rights: the challenge for developing countries. *Soc Sci Med*. 1994 Nov;39(9):1261-74.
10. Nguéfack CT, Ekane GH, Yaya EAN, Njamen TN, Kamgaing JT, Obinchemti TE, et al. Rupture utérine à l'Hôpital Général de Douala : prévalence, facteurs associés, prises-en charge et pronostic. *Health Sci Dis*. 2016;17(1).
11. Dongmo R., Kouam L., Doh AS., Ngassa P., Wamba Temgoua M. Hystérectomie obstétricale d'urgence : à propos de 31 cas au CHU de Yaoundé. *Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales*. Disponible sur [https://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/Hysterectomie\\_obstetricale\\_urgence.htm](https://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/Hysterectomie_obstetricale_urgence.htm) Consulté le 30 septembre 2018.
12. Ezechi O, Mabayoje P, O Obiesie L. Ruptured uterus in South Western Nigeria : A reappraisal. *Singapore Med J*. 1 avr 2004;45 :113-6.
13. Fouedjio JH, Dingom MAN, Ymélé FF, Tsuala JF. Les Ruptures Utérines dans Deux Hôpitaux Universitaires de la Ville de Yaoundé : Aspects Cliniques et Thérapeutiques. *Health Sci Dis*. 2016; 17(3).
14. UFNPA. Une intervention pressante : dispenser des soins obstétricaux d'urgence et des soins aux nouveau-nés. Mise à jour avec rétroinformation technique de décembre 2012. Available on : [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/FR-SRH%20fact%20sheet-Urgent\\_1.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/FR-SRH%20fact%20sheet-Urgent_1.pdf) consulté le 02 09 2018.
15. UFNPA. La mortalité maternelle : a focus on emergency Obstetrics care. Les soins obstétricaux d'urgence en point de mire. Mise à jour 2002. UNFPA 220 East 42nd Street New York, NY 10017 (ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE). <http://www.unfpa.org>. Available on [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mmupdate\\_2002\\_fre.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mmupdate_2002_fre.pdf). Consulté le 02 09 2018.
16. Thaddeus, S. and Maine, D. Too Far to Walk, Maternal Mortality in Context. *Social Science & Medicine*, (1994) 38, 1091-1110.

17. Ezechi OC, Mabayoje P, Obiesie LO. Ruptured uterus in south western Nigeria: A reappraisal. *Singapore Med J.* 2004;45:113–6.
18. Fofie C, Baffoe P. A Two-Year Review of Uterine Rupture in a Regional Hospital. *Ghana Med J.* sept 2010 ;44(3) :98-102.
19. Yongsi HBN. Maternité et santé : la question de l'accouchement à domicile au Cameroun. Editions Publibook ; 2016. 286 p.
20. Marcellini A., Turpin JP., Rolland Y. et Ruffié S., «Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine», Le recours aux thérapies alternatives: une éducation à un « autre corps» *Corps et culture*, 2000, N 5. Consulté le 30 septembre 2018. Disponible sur <http://journals.openedition.org/corpsculture/710>
21. Commeyras C, Ndo JR, Merabet O, Kone H, Rakotondrabe FP. Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun. *Cah Détudes Rech Francoph Santé.* 1 janv 2006 ;16(1) :5-12.
22. Claudia H., Jonathan C., Godfrey M., Fatuma M., Sabine G., David S., Marcel T., Carine R, Joanna S. Maternal mortality and distance to facility-based obstetric care in rural southern Tanzania: a secondary analysis of cross-sectional census data in 226 000 households. *The Lancet Global Health*, 2015. Vol 3, Issue 7, P 387-395
23. Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sci Soc Santé.* 1991 ;9(1) :67-94.
24. Katherine Frohlich, Maria De Koninck, Andrée Demers et Paul Bernard. Les inégalités sociales de santé au Québec. Collection « Paramètres », 2008. 408 pages
25. Berghmans L. Contexte. Inégalités sociales de santé. Une histoire ancienne d'actualité. *Education, sante.* mai 2009, Numéro 245