



## **Pronostic et Prise en Charge de l'Hémorragie du Post-Partum (H.P.P) en Zone de Sante d'Oicha, Territoire de Beni**

**Timothée Nsiyabhanji-Muwaze<sup>1</sup> & Darcile Nziavake Siherya**

### **Résumé**

Cette étude avait pour objectif global est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des H.P.P dans cette zone de santé pour réduire le taux de morbidité et mortalité maternelle du aux H.P.P. Ainsi, à l'issu de nos investigations, nous concluons que l'accouchement eutocique, alors que soit 35.71% avait comme antécédent l'accouchement par césarienne. Ce qui expliquerait clairement que les femmes avec antécédent d'accouchement eutocique ou dystocique (césarienne) sont exposées à faire l'hémorragie du post-partum quand bien même la majorité des accouchés qui ont présentée l'hémorragie du post-partum sont celle accouchés eutociquement. Les résultats montrent que soit 50% contre soit 22,2% qui accouche par césarienne et/ou avec épisiotomie et déchirure. La moitié (50%) d'accouchées ont été retrouvé sous un état de perte sanguin ou H.P.P quand elles étaient encore sur la table d'accouchement. Les recommandations suivantes étaient formulées : que les services de la santé rendent disponible les matériels permettant de dépister le cas d'H.P. P, et appuyer les programmes de recyclage des personnels soignants, et organiser des campagnes d'identification des problèmes de la prise en charge et des séances de supervision du personnel soignant.

**Mots clés :** pronostic de l'hémorragie, prise en charge de l'hémorragie, hémorragie du Post-Partum, Zone de Santé d'Oicha, Territoire de Beni

### **Abstract**

The overall objective of this study is to contribute to improving the management of PPH in this health zone to reduce the rate of maternal morbidity and mortality due to PPH. Thus, at the end of our investigations, we conclude that the eutocic delivery, while 35.71% had as an antecedent the delivery by cesarean section. This would clearly explain that women with a history of eutocic or dystocic delivery (caesarean section) are exposed to postpartum hemorrhage even though the majority of those who gave birth who presented postpartum hemorrhage are those delivered eutocially. The results show that 50% against 22.2% who give birth by caesarean section and/or with episiotomy and tearing. Half (50%) of women delivered were found in a state of blood loss or P.H.P. when they were still on the delivery table. The following recommendations were made: that the health services make available the materials for detecting the case of H.P. P, and support retraining programs for nursing staff, and organize campaigns to identify the problems of care and supervision sessions for nursing staff.

---

<sup>1</sup> Assistant 2, Université Bilingue des Wataling

**Keywords:** hemorrhage prognosis, hemorrhage management, postpartum hemorrhage, Oicha Health Zone, Beni Territory

## Introduction

Depuis plusieurs années, les problèmes de santé maternelle et infantile préoccupent toutes les sociétés aussi dans les pays développés que dans les pays sous-développés. La situation sanitaire dans le monde en développement s'est améliorée au cours de la dernière décennie, mais il subsiste de profondes inégalités entre pays et les problèmes demeurent sérieux, surtout en Afrique subsaharienne (Gaimard, 2015).

Pour Khouadja et al. (2016), l'hémorragie du post-partum est la principale cause de morbi-mortalité maternelle dans le monde. La prise en charge est multidisciplinaire. La stratégie transfusionnelle est capitale jouant un rôle majeur dans le pronostic maternel. L'objectif de ce travail a été de déterminer le rapport PFC/CGR lors de la prise en charge des hémorragies graves du post-partum. Selon Nasr et al. (2015), l'H.P. P est la deuxième cause de mortalité maternelle en milieu de réanimation. Sa prévention est un objectif majeur étant donné sa prévalence et ses conséquences sur la morbidité et la mortalité maternelles.

Les Guides de Médecins MSF rapportent que les quatre grandes causes d'H.P. P sont (8.2 *Hémorragie Primaire Du Post-Partum* | *Guides Médicaux MSF*, n.d.) :

- L'Atonie utérine (70% des cas). L'Atonie utérine se présente quand le placenta a été évacué mais il n'y a pas de rétraction utérine. L'utérus augmente de volume, s'étale, devient mou. L'atonie est favorisée par la surdistension utérine (hydramnios, grossesse multiple, macrosomie fœtale), le travail prolongé, l'infection (chorio-amnionite). Elle peut être la cause de l'HPP ou se surajouter.
- Traumatisme obstétrical (20% des cas) : rupture utérine en particulier en cas d'accouchement par voie vaginale sur utérus cicatriciel mais aussi sur utérus sain ; plaies cervicales ou vaginales ; inversion utérine.
- Rétention placentaire (10% des cas) : le placenta entier ou un fragment de placenta est toujours dans l'utérus.
- Troubles de la coagulation (< 1% des cas)

Le post-partum est une période au cours de laquelle un ensemble de processus psychoaffectifs complexes modifient le fonctionnement psychique de la mère. Elle peut être source de décompensation ou d'apparition de pathologies psychiatriques spécifiques du post-partum (Coquard-Giustiniani, 2019). La rupture utérine est aussi très dangereuse. Malheureusement, il arrive que l'utérus se rompe et saigne à l'intérieur du ventre. Celle-ci peut survenir dans beaucoup de situations. Notamment lors de la présentation vicieuse de l'enfant. Le bébé n'est pas situé de façon à ce que les contractions puissent le pousser à l'extérieur. Il constitue donc un obstacle. Les contractions sont tellement puissantes que finalement, le muscle se rompt. Il peut aussi arriver que le bassin de la femme soit rétréci, ce qui est également une entrave à la descente du bébé. Les contractions étant fortes, le mobile fœtal se heurte à une barrière, entraînant ainsi la rupture du muscle utérin. Parfois, des médicaments, prescrits et mal utilisés, sont à l'origine du renforcement du travail des contractions utérines (*Maternité : Mourir En Donnant La Vie. De Nombreuses Femmes Décèdent Chaque Année de Suite d'Un Accouchement Difficile*, n.d.).

L'hémorragie du post-partum (HPP) est une maladie dévastatrice mais évitable qui touche les mères et leurs enfants dans le monde entier. L'HPP survient lorsqu'une mère présente une hémorragie grave après l'accouchement (*Déclaration Commune de Recommandation Pour l'Utilisation d'Utérotoniques Pour La Prévention de l'Hémorragie Du Post-Partum*, Figo, 2021). L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud comptaient pour environ 86% (254.000) des décès maternels mondiaux estimés en 2017, l'Afrique subsaharienne, à elle seule, pour environ

66% (196.000) et l'Asie du Sud pour près de 20% (58 000) (*L'Afrique En Tête Des Décès Maternels Dans Le Monde*, n.d.). Les taux de mortalité maternelle le plus élevés au monde sont enregistrés en Afrique subsaharienne (Pasquier, 2005).

L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud comptaient pour environ 86% (254.000) des décès maternels mondiaux estimés en 2017, l'Afrique subsaharienne, à elle seule, pour environ 66% (196.000) et l'Asie du Sud pour près de 20% (58 000). Les trois pays où il a été constaté que plus de 1 000 décès pour 100.000 naissances vivantes – considérés comme un taux de mortalité extrêmement élevé – en 2017 se trouvent en Afrique subsaharienne : Tchad, Sierra Leone et Sud-Soudan. Le rapport ajoute que neuf pays de l'Afrique subsaharienne se classent parmi les dix premiers pays au monde ayant les taux de mortalité les plus élevés en 2017: République centrafricaine, Tchad, Guinée Bissau, Libéria, Mauritanie, Nigéria, Sierra Leone, Somalie et Sud-Soudan (*L'Afrique En Tête Des Décès Maternels Dans Le Monde*, n.d.). Dans les régions à forte fécondité, comme l'Afrique subsaharienne, la femme est confrontée à ce risque de nombreuses fois au cours de sa vie (*OMS : La Mortalité Maternelle Ne Diminue Pas Suffisamment Dans Les Pays En Développement*, 2007). Le rapport ajoute que l'Afrique du Nord, l'Asie du Sud-Est ainsi que l'Amérique latine et les Caraïbes ont aussi réduit leur mortalité maternelle plus rapidement que l'Afrique subsaharienne qui, avec l'Asie du Sud, représente 86% des décès maternels survenus en 2005 (270.000 décès en Afrique subsaharienne, 188.000 en Asie du Sud).

Au cours du premier semestre de 2010, la province du Nord-Kivu a enregistré 78 décès maternels sur 67146 naissances vivantes, or pendant cette même période, la zone de santé de Beni a enregistré en elle seule 17 décès maternels sur 8700 naissance vivante (Canevas statistique annuelle de la BCZ/Beni). Il est important d'identifier les facteurs de risque d'une possible hémorragie de la délivrance et de prendre les mesures nécessaires avant l'accouchement. Tout retard dans la prise en charge de cette hémorragie diminue le taux de succès de la méthode choisie, d'où l'importance d'une stratégie claire et définie par l'équipe obstétricale (*Prise En Charge de l'Hémorragie Du Post-Partum*, n.d.).

La zone de santé d'Oicha quant à elle du 01 janvier 2013 jusqu'au 31 décembre 2014, a réalisé 31 cas d'hémorragie du post-partum sur 75380 d'accouchements. Ces données rétrospectives montrent l'ampleur du problème thérapeutique à travers l'histoire, pendant qu'à la période du 01 janvier au 30 juin 2015, le service de la maternité de l'Hôpital Général Rural (H.G. R) Oicha à réalise 1330 accouchements dont 6 cas d'H.P.P. et le cas de décès dû à l'hémorragie du post-partum (Hopital Général Rural/Oicha, 2014.).

De ce qui précèdent, il sied de nous demander la part de la prise en charge et le pronostic d'une accouchée dans l'hémorragie du post-partum. Ainsi en amorçant cette étude, nous poursuivons comme objectif de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des hémorragies du post-partum en zone de santé d'Oicha et les stratégies de réduire le taux de morbidité et mortalité maternelle dû aux hémorragies du post-partum. Afin d'atteindre notre but, nous avons pensé poursuivre comme objectifs spécifiques :

- Apprécier le pronostique et le niveau de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum en zone de santé d'Oicha.
- Déterminer les femmes exposées à faire l'hémorragie du post-partum en zone de santé d'Oicha.
- Émettre les suggestions et recommandations aux concernés dans la prise en charge

## **Méthodologie**

Ce point a consisté à présenter la population d'étude, l'échantillon, la méthodologie et les techniques de récolte des données ainsi que le mode de dépouillement s'ensuivront Pour bien mener cette étude, nous avons recouru à la méthode descriptive.

## Population d'enquête ou d'étude

Notre population d'étude a été constituée des fiches des accouchées de l'hôpital général de référence d'Oicha qui avaient présenté les hémorragies du post-partum pendant notre période d'étude de 2013-2014 et de Janvier au 30 Juin 2015. Les cas retenus étaient au nombre de 36.

Pour mener nos enquêtes, nous avons prélevé un échantillon sur 36 fiches des femmes qui ont présenté l'H.P.P. dans les années 2013, 2014 et la moitié de 2015 de l'H.G. R/Oicha. En considération de nos enquêtes, certains critères ont été pris en compte à savoir la présence de la fiche lors de nos recherches, l'appartenance de la fiche à l'année 2013, 2014 et 2015, et avoir la mention Hémorragie du Post-partum.

## Récolte et analyse des données

L'approche rétro- prospective est une approche qui nous a permis d'apprécier les pronostic et la prise en charge en temps utile des cas d'H.P. P et la récolte des données.

Pour arriver à constituer ces données et aboutir aux résultats exposés dans cet article, nous avons fait usage de la technique documentaire qui consiste à recueillir les informations contenues dans un document ou un ensemble de documents et à les exprimer sans interprétation ni critique, sous une forme concise et précise, il s'agit d'un livre, d'une revue, d'un registre, des rapports statistiques, des fiches des malades (Thaddée, 2014).

Dans ce travail nous avons fait usage du check liste comme notre outil de collecte de nos données. Au cours de cette étude, nous avons utilisé un logiciel informatique pour le dépouillement Statistical Package for Social Sciences.

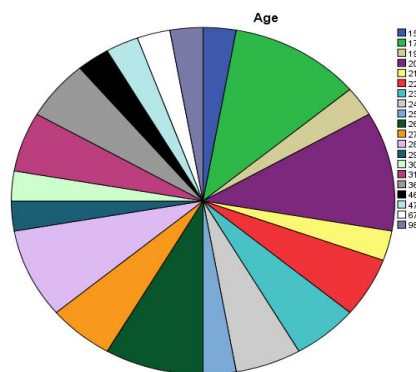
Les statistiques que nous nous étions fait usage dans ce travail étaient le pourcentage (%) et le Chi-deux ( $X^2$ ). La formule du pourcentage est le rapport entre l'effectif relatif (R) et l'effectif (T) Multiplié par la constante (K) qui est égal à 100 c'est-à-dire :  $\% = \frac{R.K}{T}$

$$\text{Formule de Chi-Carre : } x^2 = \frac{(fo-ft)^2}{ft}$$

## Analyse des Résultats

### Âges des femmes accouchées présentant l'H.P.P.

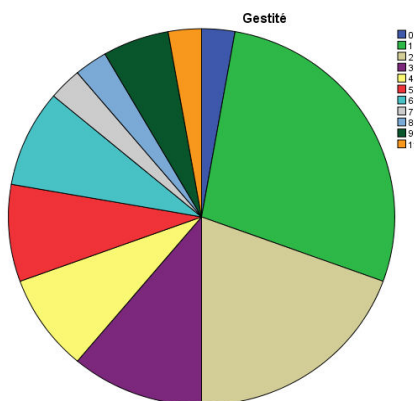
A la lumière de ce diagramme 1, il ressort que sur 36 cas, la majorité de ces sujets enquêtés c'est-à-dire 4 soit 11,2% avaient 17 ans et d'autres 4 soit 11,2 avaient 20 ans suivi de 3 soit 8,3% avaient 26 ans, et 3 autres soit 8,3% avaient 28 ans mais tous les autres présentent chacune des âges différents sur ce graphique décrit ci-haut.



**Graphique 1.** Âges des femmes accouchées présentant l'H.P.P.

### Diagramme selon la gestité

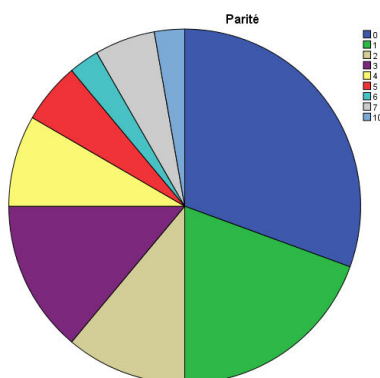
Ce diagramme 2 présente sur un total de 36 fiches, 10 cas soit 27,8% de ces fiches des femmes présentant l'HPP sont geste, 4 soit 11,1% et 3 autres soit 8,3% représentent les multi-gestes, et 1 soit 2,8% est primi-geste, 1 soit 2,8% est la grande multi-geste avec 11 grossesses (geste).



Graphique 2. Diagramme selon la gestité

### Représentation des enquêtées selon la parité

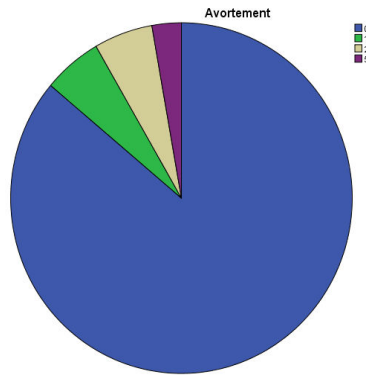
Il ressort dans ce diagramme 3 que sur 36 enquêtes ; 11 cas soit 30,6% des femmes n'avaient jamais accouchée, et 7 cas soit 19,4% avaient déjà accouchée une fois (primipare) 5 cas soit 13,9% sont celles déjà accouchée 3 fois et 4 cas soit 11,1% avaient accouchée déjà 2 fois : résultat presque similaire à 3 cas soit 8,3% et les autres qui sont des grandes multipares.



Graphique 3. Représentation des enquêtées selon la parité

### Représentation de nos enquêtes avec l'antécédent d'avortement

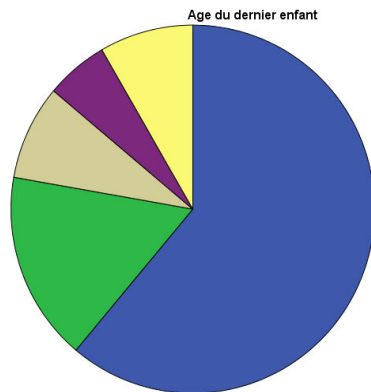
Il convient de dire qu'à partir de ce diagramme 4 que 31 cas sur 36 soit 86,1% des femmes qui ont présenté l'H.P. P lors de l'accouchement, n'avaient jamais avorté au cours de leur vie génitale. 2 soit 5,6% avaient déjà avorté une fois et 2 autres soit 5,6% avaient avorté 2 fois enfin 1 soit 2,8% représente la femme qui avait déjà avorté 5 fois.



**Graphique 4.** Représentation de nos enquêtes avec l'antécédent d'avortement

### Représentation des femmes selon qu'elles avaient les enfants en âge révolue

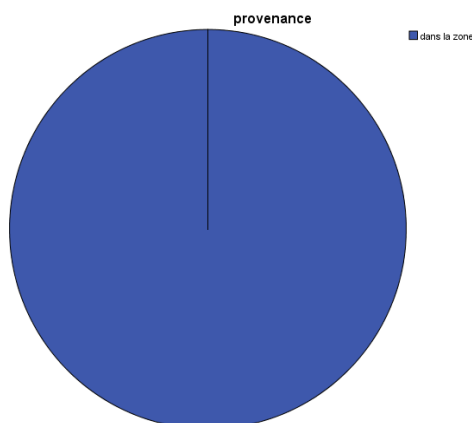
Il se voit dans ce diagramme 5 que 22 cas sur 36 soit 61,1% des femmes n'avaient pas encore des enfants. 6 cas soit 16,7% avaient des enfants d'une année, et 3 cas soit 8,3% leurs enfants avaient 2 ans. 3 cas soit 8,3% des femmes, leurs enfants avaient 4 ans et tous les autres représentait 5,6% des femmes dont leurs enfants avaient 3 ans.



**Graphique 5.** Représentation des femmes selon qu'elles avaient les enfants en âge révolue

### Représentation des enquêtées selon la provenance des accouchées

Il se dégage dans ce diagramme 6 que 100% soit 36 fiches des femmes qui avaient présentées l'H.P. P lors de leur accouchement provenaient d'une même zone de santé, celle d'Oïcha.



**Graphique 6.** Représentation des enquêtées selon la provenance des accouchées

### Présentation de nos enquêtées selon les antécédents obstétricaux et leurs fréquences

Les résultats dans le tableau 1 révèlent que 36 fiches des accouchées ayant en H.P.P, seul 16 soit 44,4% avaient eu un accouchement eutocique et 10 soit 27,8 de cas avaient eu un accouchement dystocique par césarienne une fois, suivi de 2 soit 5,6% avaient aussi eu un accouchement dystocique avec déchirure ou épisiotomie et tous les autres cas étaient sans antécédents obstétricaux représentaient 8 soit 29%.

**Tableau 1** *Présentation de nos enquêtées selon les antécédents obstétricaux et leurs fréquences*

Antécédents obstétricaux	Effectif	
Accouchement eutocique	16	44,4
Accouchement dystocique avec césarienne	10	27,8
Accouchement dystocique avec déchirures ou épisiotomie	2	5,6
Sans antécédents obstétricaux	8	29,0

L'Application du test de chi-deux donne une valeur supérieure à la valeur tabulaire de 5,99 au degré de liberté de 3 au seuil de confiance de 95,5%. Ces résultats, nous amène à la conclusion selon laquelle la majorité des accouchées présentant les H.P.P avait comme antécédent d'accouchement eutocique suivi des accouchements dystociques par césarienne. En d'autre terme, l'accouchement eutocique expose l'accouchée à une hémorragie du post-partum que les autres formes d'accouchement.

Critère : si  $P > 0,05$  = Test est non significative.  $P < 0,05$  = Test est significatif ;  $P =$  Probabilité d'erreur  $y$  ; d.d = degré de liberté ;  $P =$  Probabilité d'erreur ; Or  $\chi^2 = \frac{\sum(f_o - f_t)^2}{f_t}$  ;  $\chi^2 = \frac{(16-9)^2}{9} - \frac{(10-9)^2}{9} - \frac{(2-9)^2}{9} - \frac{(8-9)^2}{9}$  ;  $= 49/9 + 1/9 + 49/9 + 1/9$  ;  $= 5,44+0,11+5,44+0,11$  ;  $= 11,1$

### Mode d'accouchement de grossesse

Il ressort de ce tableau que, sur 36 fiches enquêtes 18 soit 50,0% d'accouchées eutocique ont présenté l'HPP ; 8 cas soit 22,2% des accouchées dystocique par césarienne et 8 autres soit 22,2 d'accouchée dystocique avec déchirures ont présenté l'HPP suivi de ceux accouchez dystocique ment avec épisiotomie avec proportion de 2 soit 5,6%.

Critère : si  $P > 0,05$  = Test est non significative ;  $P < 0,05$  = Test est significatif ;  $\chi^2 = 14,66$  ; d.d = 4-1 = 3

En appliquant le test chi-deux, la valeur de 14,66 est supérieure à la valeur tabulaire de 7,81 au degré de liberté de 3 avec un risque d'erreur de 0,05 ou 5%. Ce résultat nous amène à conclure que, la majorité des accouchées eutociques présentent le H.P.P suivi des accouchées dystociques par césarienne puis avec déchirure.

**Tableau 2.** *Mode d'accouchement de grossesse*

Mode d'accouchement	Effectif	%
Accouchement eutocique	8	0,0
Accouchement dystocique avec césarienne par césarienne	8	2,6
Accouchement dystocique avec épisiotomie	2	5,6
Accouchement dystocique déchirures	8	2,2

### Moment de dépistage des cas d'H.P.P

La lecture de ce tableau montre que sur 36 fiches enquêtes ; 18 soit 50,0% des cas d'hémorragie du post-partum sont diagnostiqués lors que l'accouchée est encore sur la table d'accouchement ; celles ces 9 cas soient 25,0% ont été diagnostiqués en post-partum immédiat sur le lit (avant 2 heures) ; 8 soit 22,5% sont celle dépisté en post-partum tardif entre 2 à 6 heures et 1 cas soit 2,8% représente les cas d'H.P. P diagnostiqué en post-partum tardif aussi mais après 6 heures d'accouchement.

Critère : si  $P > 0,05$  = Test est non significatif ; Si  $P < 0,05$  = Test est significatif ;  
 $\chi^2 = 16,22$  ; Dd = 4-1 =3 Ici P = probabilité d'erreur ; dd = degré de liberté.

En utilisant le test chi-deux, une valeur de 16, 22% est supérieur à la valeur tabulaire 7,81 ou degré de liberté de 3 (4-1) avec un risque d'erreur de 0,05 au 5%. Ces données veulent dire que la majorité des H.P.P sont dépisté sur la table d'accouchement suivi d'une période d'observation en post-partum immédiate et aussi au lit en post partum immédiat.

**Tableau 3** Moment de dépistage des cas d'H.P.P

Moment de dépistage	Effectif	%
Quand l'accouchée est encore sur la table d'accouchement	18	50,0
Au lit en post-partum immédiat (avant 2 heures)	9	25,0
Au lit en post-partum tardif (entre 2h et 6heurs)	8	22,2
Au lit en post-partum tardif (après 6 heures)	1	2,8

### Répartition de nos enquêtes selon les signes d'alerte de l'H.P.P

De ce tableau, il ressort que la majorité de nos enquêtes ont présenté les signes d'alerte suivant : l'accouchée est retrouvée quand ces garnitures étaient mouillées en se baignant dans le sang au lit avec 29 soit 58%. Mais 16 soit 32% représente les conjonctives et extrémité très pale et 5 soit 10% de ces accouchées, leur conscience était lucide. Critère : Si  $P > 0,05$  = Test est non significatif ; Si  $P < 0,05$  = Test est significatif ;  $\chi^2 = 17,32$  ; dd=3-1=2. L'application du test de chi-deux donne une valeur de 17,32supérieures à la valeur tabulaire de 5,99 au degré de liberté de 2 avec un risque d'erreur de 0 05 ou 5%. Ces résultats nous amènent à la conclusion selon laquelle, la majorité des accouchées présentant le H.P.P avait comme signe d'alerte, les garnitures mouillées en se baignant dans le sang au lit suivi de celle avec conjonctif et extrémité très pale.

**Tableau 4** Répartition de nos enquêtes selon les signes d'alerte de l'H.P.P

Signes d'alerte	Fréquence attendu (F.A)	% Observées (F.O)	%
Conscience lucide		5	10,0
L'accouchée est retrouvée quand ces garnitures étaient mouillées en se baignant dans le sang au lit	36	29	58,0
Conjonctive et extrémité très pale	36	16	32,0



### Représente les causes probables des H.P.P

L'analyse de ce tableau montre que, la majorité des causes d'H.P. P est l'atonie utérine avec 10 soit 27,8% sur 36 enquêtées. Précède des déchirures cervico-vagino-périnéales représentent 1 soit 30,6% et les retentions placentaire 8 soit 22,2% suivi des inversions utérines avec 4 soit 11,1% ; enfin les troubles de coagulation représentent 3 soit 8,3%. L'application du test chi-deux avec comme critères : Si  $P > 0,05$  = test est non significatif ; Si  $P < 0,05$  = Test est significatif ;  $\chi^2=7,05$  ; dd - 5-1 -4 ; P = Probabilité d'erreur ; Dd = degré de liberté. Après le calcul, le test donne une valeur de 7,05 inférieures à la valeur tabulaire de 9,48 au degré de liberté de 4 avec un risque d'erreur de 0,05 ou 5%. Ces résultats nous amènent à la conclusion selon laquelle, le test est non significatif c'est-à-dire, il n'y a pas une cause remarquable des H.P.P d'où, il peut s'agir de l'un des causes pouvant provoquer l'H.P.P.

**Tableau 5** Représente les causes probables des H.P.P

Cause probable	Effectif	Pourcentage
Atonie utérine	10	27,8
Rétention placentaire	8	22,2
Inversion utérine	4	11,1
Trouble de coagulation	3	8,3
Déchirure cervico-vagino - périnéales	11	30,6

### Prise en charge immédiates des H.P.P

Les résultats du tableau 6 prouvent que sur 36 fiches enquêtées, les principes cités ci-haut représentent 51 soit 100%, dont le massage utérin, révision utérine plus administration des ocytociques et antibiotique représente 12 soit 23,5% et la ligature des vaisseaux qui saignent avec 10 soit 19,6% suivi de la délivrance artificielle, révision utérine plus ocytocique et antibiothérapie et la transfusion iso-groupe-rhésus représentant respectivement 7 soit 13,8 chacune, enfin l'administration de fibrinogène plus massage utérin et révision utérine sous anesthésie respectivement représentent 4 soit 7,8 chacune.

Néanmoins, en utilisant le test  $\chi^2$  avec comme critère : Si  $P > 0,05$  = test est non significatif ;  $P < 0,05$  = test est significatif ;  $\chi^2= 7,069$  ; dd = 8-1 = 7 ; p = Probabilité d'erreur ; dd = degré de liberté. Ces calculs de  $\chi^2$  donnent une valeur de 7,069 inférieure à la valeur tabulaire de 14,067 ou degré de liberté de 6 avec un risque d'erreur de 0,05 ou 5%. Ces résultats nous amènent à conclure que, il n'existe pas de différence significative entre les principes d'une bonne prise en charge. A d'autre terme, la prise en charge de l'H.P.P admet l'association de tous ces principes cités ci-haut dans le tableau. Selon qu'il s'agit de telles ou telles autres causes de celle-ci.

**Tableau 6** Prise en charge immédiates des H.P.P

Prise en charge	F.A	F.O	%
Délivrance artificielle plus administration d'ocytociques et antibiotique	36	7	13,8
Révision utérine plus ocytocique et antibiotique	36	7	13,8
Massage utérin, révision utérine plus ocytocique et antibiotique	36	12	23,5

Administration des antibiotiques + ligature des vaisseaux qui soigné	36	10	19,6
Transfusion iso-groupe-Rhésus	36	7	13,7
Administration de fibrinogène plus massage utérin	36	4	7,8
Révision utérine sous anesthésie	36	4	7,8

### Représentation des facteurs favorisant l'H.P.P

Les résultats du tableau 7 montrent que sur un échantillon de 36,12 soit 33,3% ont l'intervalle inter-génésique < à 2 ans et la grande multiparité représente 11 soit 30,6% suivi des manœuvres obstétriques avec 3 soit 8,3%. Mais les facteurs favorisant représentent 2 soit 5,5 chacune ont respectivement l'accouchement à domicile et l'olygoamios. Alors que le travail non surveillé représente 1 soit 2,8% et la suite, le facteur favorisant ne pas connue à 2,8%.

L'application du test  $\chi^2$  avec comme critères : Si  $P > 0,05$  = test est non significatif ; Si  $P < 0,05$  = test est significatif ;  $\chi^2 = 35,13$  ;  $Dd = 8-1 = 7$  ;  $P$  = Probabilité d'erreur ; d.d = degré de liberté.

Après les calculs, le test  $\chi^2$  donne une valeur de 27,221 supérieures à la valeur tabulaire de 8,32 au degré de liberté de 7 (7-1) avec comme risque d'erreur de 0,05 ou 5%. Ces résultats nous permettent de conclure que, la majorité des accouchés avaient comme facteur favorisant des H.P.P ; l'intervalle inter-génésique < à 2 ans suivi de grande multiparité. En d'autres termes, l'intervalle inter-génésique expose l'accouchée à une H.P.P que les autres facteurs.

**Tableau 7** Représentation des facteurs favorisant l'H.P.P

Facteurs favorisants	Effectif	Pourcentage
Olygoamnios	2	5,5
Grande multiparité	11	30,6
Intervalle inter génésique < à 2 ans	12	
Accouchement à domicile	2	5,6
Manœuvres obstétrical intempestive	3	2,8
Travail non surveillés (c'est-à-dire parturiente arrivée complète)	1	2,8
Aucun facteur	1	2,8

### Pronostic de la prise en charge

Les résultats du tableau 8 révèlent que 23 sur 36 soit 63,9% des cas sont sortie améliorer et 12 soit 33,3% sont guérie suivi de 2,8% des cas décédé. Quand nous appliquons, le test  $\chi^2$  avec comme critères : Si  $P > 0,05$  = test est non significatif  $P < 0,05$  « test est significatif ;  $\chi^2 = 12$  ;  $dd = 3-1 = 2$ .

Après les calculs, le test  $\chi^2$  donne une valeur de 20,16 supérieures à la valeur tabulaire de 5,99 degrés de liberté de 2 avec un risque d'erreur de 5%. Ces résultats, nous amènent à la conclusion selon laquelle que les accouchées finissent après le traitement par un état sanitaire amélioré suivie de celles guéries.

**Tableau 8** Pronostic de la prise en charge

Pronostic	Effectif	Pourcentage
Améliorée	23	63,9
Guérie	12	33,3
Décédé	1	2,8

## Discussion des Résultats

L'exploitation de l'âge des accouchées révèle que la majorité de nos enquêtées avaient l'âge entre 17-20 ans. Cela est expliqué même en santé de la reproduction que la femme qui a moins de 20 ans et plus de 39 ans présente un risque élevé de complication lors de son accouchement. C'est pourquoi nous pouvons dire que l'âge des femmes qui accouchent à l'HGR/Oicha ne peuvent pas influencer la survenue de l'H.P.P.

L'analyse des données du diagramme en secteur de la gestité et parité révèlent que les accouchées qui avaient la gestité se trouvant entre 0 et 1 occupaient la première place avec 10 soit 27,7%. Les primipares occupent aussi la première place avec 11 sur 36 soit 30,6%. Ces résultats partent de la santé de la reproduction, le fait que les primigestes sont exposées aux lésions des parties molles et les grandes multipares aux atonies rétention placentaire. Cette idée soutenue par Merger, qui dit que la mortalité est moindre pour la 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> grossesse. Elle est plus élevée pour la première grossesse et augmente à partir de la cinquième grossesse.

Les données sur l'âge de dernier enfant et l'avortement montrent que, la majorité de nos enquêtées n'avaient pas encore des enfants avec 61,1% suivies de celles avec des enfants en âge de 1 et 2 ans respectivement représentant 16,7% et 8,3%. C'est-à-dire les primigestes sont exposé à présenter les H.P.P lors de leur accouchement. Les Antécédents obstétricaux ne livrent que 28 sur 36 enquêtées avaient déjà des antécédents obstétricaux dont, l'accouchement eutocique occupe la première place avec 44,4% suivie d'accouchement dystocique par césarienne avec 27,8% et d'accouchement dystocique avec déchirure avec 5,6%. Il est important d'identifier les facteurs de risque d'une possible hémorragie de la délivrance et de prendre les mesures nécessaires avant l'accouchement. Tout retard dans la prise en charge de cette hémorragie diminue le taux de succès de la méthode choisie, d'où l'importance d'une stratégie claire et définie par l'équipe obstétricale (*Prise En Charge de l'Hémorragie Du Post-Partum*, n.d.).

Pour le mode d'accouchement de la grossesse actuelle, les résultats montrent que les accouchées eutociques par voie base occupe la première place avec 50,0% suivie de ceux accouchées dystociques par césarienne et avec déchirures cervico-vagino-perinéal représentant respectivement 22,2% chacune. Les hémorragies du post-partum sont dû au traumatisme obstétrical et si l'accouchement a été eutocique par voie base.

Les résultats montrent que les accouchées sur la table d'accouchement constituent le moment favorable pour dépister les H.P.P en 50% suivies ceux dépister au lit en post-partum immédiat (avant 2 heures) avec 25%. Les résultats révèlent que quand les garnitures sont mouillées. L'accouchée se baignant dans le sang au lit en post-partum immédiat constitue le premier signe clinique avec 58,0% suivi de conjonctive palpébral et extrémités très pale avec 32,0%. Les résultats se rapportent à ceux de Coquard-Giustiniani (2019) qui témoignent que le post-partum est une période au cours de laquelle un ensemble de processus psychoaffectifs complexes modifient le fonctionnement psychique de la mère.

Les déchirures cervico-vagino-périnéales occupe la première place parmi les différentes causes de l'H.P.P avec 30,6% suivi de l'atonie utérine en 27,8 et de rétention placentaire dans 22,2%. Les données du tableau 08 montre que le massage et révision utérine plus ocytocine et antibiothérapie g été la technique plus utilisée dans la prise en charge de l'H.P. P en 23,5% suivi de ligature des vaisseaux qui saigne plus antibiothérapie dans 19,6%. Il convient de dire que l'hémorragie du post-partum (HPP) est une maladie dévastatrice mais évitable qui touche les mères et leurs enfants dans le monde entier. L'HPP survient lorsqu'une mère présente une hémorragie grave après l'accouchement (*Déclaration Commune de Recommandation Pour l'Utilisation d'Utérotoniques Pour La Prévention de l'Hémorragie Du Post-Partum | Figo*, 2021).

## Conclusion et recommandations

Cette étude avait pour objectif global est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des H.P.P dans cette zone de santé pour réduire le taux de morbidité et mortalité maternelle du aux H.P.P. Ainsi, à l'issu de nos investigations, nous concluons que l'accouchement eutocique, alors que 10 soit 35.71 avait comme antécédent l'accouchement par césarienne. Ce qui expliquerait clairement que les femmes avec antécédent d'accouchement eutocique ou dystocique (césarienne) sont exposées à faire l'hémorragie du post-partum quand bien même la majorité des accouchés qui ont présentée l'hémorragie du post-partum sont celle accouchés eutociquement. Les résultats montrent que 18 sur 36 soit 50% contre 8 sur 36 soit 22,2% qui accouche par césarienne et/ou avec épisiotomie et déchirure. La moitié (50%) d'accouchées ont été retrouvé sous un état de perte sanguin ou H.P.P quand elles étaient encore sur la table d'accouchement. Alors que 25% des accouchées étaient au lit en post-partum immédiat c'est-à-dire après 2 heures d'accouchement, et 28% d'accouchés présentaient comme signe d'alerte garniture mouillé retrouvée baignant dans le sang au lit. D'où nous concluons que, le moment idéal pour dépister l'H.P. P est quand l'accouchée est encore sur la table d'accouchement ou sur son lit en post-partum.

Alors que 30,6% d'accouchées ont présentées des déchirures cervico-vagino-périnéales comme première cause suivie d'atonie utérine ; le massage utérine, révision utérine plus ocytocique et antibiotique est la conduite tenue dans le 48h après accouchement, suivi de ligature des vaisseaux qui saigne plus antibiotique en zone de santé d'Oicha, Il est important de dire que le traitement d'une H.P.P dépend directement de la cause que celle-ci présente. Outre, 33,3% des enquêtés favorisaient les H.P.P principalement à l'intervalle inter-génésique, aussi de grande multiparité avec 30,6%, suivit du poids du nouveau-né à la naissance qui représente 11,1%. Ceci nous amène à confirmer que l'intervalle inter-génésique, la grande multiparité, le poids du nouveau-né à la naissance peuvent influencer positivement la survenue de l'H.P.P. En fin nous pouvons dire que, l'amélioration el non la guérison effective des accouchées serait dit la baisse du niveau de prise en charge de cas d'H.P.P.

Pour ce ; nous avons donné quelques pistes des recommandations suivantes :

- Que les services habilités de la santé rende disponible les matériels permettant de dépister le cas d'H.P. P tel que bocal gradué, matelas avec alèse à caoutchouc.
- Appuyer les programmes de recyclage en matériels et financement en fin de mettre en jour le personnel soignant dans les capacités de la prise en charge de l'H.P. P a l H/G. R/Oicha.
- Que les autorités du bureau central de la Zone de Santé BCZ organise la campagne d'identification des problèmes de la prise en charge et des séances de supervision du personnel soignant.
- Aux personnels soignants de se surpasser pour le maintien du savoir au niveau le plus élevé en faisant des lectures et le recyclage ; partage d'expérience et pratique des techniques professionnelles ; et avoir l'amour et le respect de la personne. Malade.

## Références

- Carles, M., et al. (2002). *Prévention Hémorragique*, France.
- Coquard-Giustiniani, P. (2019). Prise en charge thérapeutique des dépressions maternelles unipolaires sévères et de la suicidalité dans le post-partum. *Dumas.ccsd.cnrs.fr*, 137. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02314143>
- Déclaration commune de recommandation pour l'utilisation d'utérotoniques pour la prévention de l'hémorragie du post-partum* | *Figo*. (2021, June 30). *Figo*.

- <https://www.figo.org/fr/d%C3%A9claration-jointe-recommandation-ut%C3%A9rotonique-pr%C3%A9vention-pph>
- Hôpital Général Rural/Oicha. (2014.). *Registre statistique du Bureau administratif*, inédit, Beni-Oicha.
- Khouadja, H., Rouissi, W., Mahjoub, M., Sakhri, J., Beletaifa, D., & Jazia, K. B. (2016). Stratégie transfusionnelle des hémorragies graves du post-partum: étude rétrospective à propos de 47 cas. *The Pan African Medical Journal*, 25, 169. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.169.7095>
- L'Afrique en tête des décès maternels dans le monde*. (n.d.). Afrique Sub-Saharienne. <https://www.scidev.net/afrique-sub-saharienne/news/afrique-deces-maternels-17102019/>
- Maryse Gaimard. (2015). Santé, morbidité et mortalité des populations en développement. *Mondes En Développement*, 142(2), 23–38. <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2008-2-page-23.htm>
- Maternité : Mourir en donnant la vie. De nombreuses femmes décèdent chaque année de suite d'un accouchement difficile*. (n.d.). [Www.santetropicale.com](http://www.santetropicale.com). Retrieved September 24, 2022, from [http://www.santetropicale.com/Actualites/0704/0704\\_27.htm](http://www.santetropicale.com/Actualites/0704/0704_27.htm)
- Nasr, L. B., Marzouk, S. B., Kehila, M., Jabri, H., Thamleoui, S., & Maghrebi, H. (2015). L'hémorragie grave du peripartum en milieu de réanimation dans un centre universitaire tunisien de niveau 3 : épidémiologie et facteurs de risque de mortalité maternelle. *The Pan African Medical Journal*, 21, 277. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.277.6147>
- OMS : la mortalité maternelle ne diminue pas suffisamment dans les pays en développement*. (2007, October 15). ONU Info. <https://news.un.org/fr/story/2007/10/117982-oms-la-mortalite-maternelle-ne-diminue-pas-suffisamment-dans-les-pays-en>
- Pasquier, B. et al. (2005). *Technique à Sauver la Maternité*, France.
- Prise en charge de l'hémorragie du post-partum*. (n.d.). *Revue Médicale Suisse*. Retrieved September 24, 2022, from <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-40/prise-en-charge-de-l-hemorragie-du-post-partum>
- 8.2 *Hémorragie primaire du post-partum* | *Guides médicaux MSF*. (n.d.). [Medicalguidelines.msf.org](https://medicalguidelines.msf.org). Retrieved September 24, 2022, from <https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/ONC/francais/8-2-hemorragie-primaire-du-post-partum-51417791.html>