



HAL
open science

**Application des recommandations de l’OMS à propos de
l’Hémorragie du Post-Partum Immédiat : analyse des
pratiques des sages-femmes et accoucheuses auxiliaires
du Centre de Boussé (Burkina-Faso) entre le 14 juillet et
le 4 août 2014**

Julia Vallet

► **To cite this version:**

Julia Vallet. Application des recommandations de l’OMS à propos de l’Hémorragie du Post-Partum Immédiat : analyse des pratiques des sages-femmes et accoucheuses auxiliaires du Centre de Boussé (Burkina-Faso) entre le 14 juillet et le 4 août 2014. Médecine humaine et pathologie. 2015. hal-01772001

HAL Id: hal-01772001

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01772001v1>

Submitted on 9 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de NANCY

*Application des recommandations de l'OMS à propos de
l'Hémorragie du Post-Partum Immédiat :*

Analyse des pratiques des sages-femmes et accoucheuses
auxiliaires du Centre de Boussé (Burkina-Faso)
entre le 14 juillet et le 4 août 2014

Mémoire présenté et soutenu par

VALLET Julia

Directeur de mémoire : HECTOR claire

Sage-femme enseignante

Promotion 2015

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de NANCY

*Application des recommandations de l'OMS à propos de
l'Hémorragie du Post-Partum Immédiat :*

Analyse des pratiques des sages-femmes et accoucheuses
auxiliaires du Centre de Boussé (Burkina-Faso)
entre le 14 juillet et le 4 août 2014

Mémoire présenté et soutenu par

VALLET Julia

Directeur de mémoire : Hector Claire

Sage-femme enseignante

Promotion 2015

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements les plus sincères à Claire Hector, directrice de ce mémoire, pour sa patience, son écoute et sa disponibilité.

Ma reconnaissance va également à feu André et Jutta ainsi qu'à tous les membres de l'association Oxygène, qui ont été d'un soutien inestimable pour la réalisation de mes deux voyages au Burkina-Faso. Je remercie profondément, toutes les personnes qui m'ont accueillies sur place et m'ont permis de réaliser ces projets : Armand, président de l'association JAS (Jeunesse Action et Solidarité) au Burkina-Faso, Edwige (membre de l'association), Maï (infirmière à Ziniaré) et Benjamin (infirmier à Boussé). Ce dernier a été le lien avec les professionnels de santé à Boussé, il m'a permis de mener à bien les entretiens utiles à ce mémoire.

Bien sûr, je remercie toutes les sages-femmes et accoucheuses de Boussé et d'ailleurs, qui ont accepté de répondre à mes questions.

Je remercie Etienne Géhin, expert de ce mémoire pour ses encouragements, son écoute, et les riches échanges de ses expériences auprès des matrones au Laos.

Enfin, je remercie mon père et mes proches, qui n'ont jamais cessé de me soutenir et d'être présents.

ABREVIATIONS

AA : Accoucheuse Auxiliaire

BF : Burkina-Faso

DA / RU : Délivrance Artificielle / Révision Utérine

CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

GATPA : Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement

HPP : Hémorragie du Post-Partum

IM : Injection Intramusculaire

IV : Injection Intraveineuse

OMD : Objectif Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

SF : Sage-Femme

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Sommaire

REMERCIEMENTS.....	2
ABREVIATIONS.....	3
SOMMAIRE.....	4
Partie I : MATERIEL et METHODE.....	11
1. CONTEXTE :	12
2. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE ET DE LA POPULATION :	12
PARTIE II : RESULTATS et ANALYSE.....	14
1. SYNTHÈSE DES ENTRETIENS MENÉS AUPRÈS DES SF ET AA AU CENTRE SANITAIRE DE BOUSSÉ	15
1.1 Données épidémiologiques des maternités de Boussé :	15
1.2 La prévention :	15
1.3 Le traitement de l'HPP immédiat :	17
1.4 L'organisation des soins :	19
1.5 Informations complémentaires :	20
2. ANALYSE DES RÉSULTATS : LA DISCUSSION	21
2.1. Les limites et biais de l'étude	21
2.2. La prévention de l'hémorragie du post-partum	22
2.3. Le traitement de l'HPP immédiat	28
2.4. Organisation des soins	29
CONCLUSION.....	31
BIBLIOGRAPHIE.....	32
TABLE DES MATIERES.....	35
ANNEXES.....	36

Introduction

Au Burkina-Faso, une femme perd la vie toutes les 3h à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement. Même si le taux de mortalité maternelle a diminué ces dernières années, il reste important. Les derniers chiffres rapportent 532 cas enregistrés en 2013 contre 702 en 2012 [1], ce qui représente environ 400 décès pour 100 000 naissances vivantes. Nous sommes loin d'avoir atteint les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui visaient à réduire de 75 % le taux de mortalité maternelle pour l'année 2015 [2]. Le taux des décès maternels imputables aux hémorragies, aux infections et aux dystocies est de l'ordre de 72 % et les Hémorragies du Post-Partum (HPP) représentent 37,9 % à 43,1 % des décès, alors que 80 % d'entre eux sont jugés évitables par une Prise En Charge (PEC) rapide, efficace et de qualité [3].

L'HPP immédiat se définit par une perte sanguine d'au moins 500 ml survenant dans les 24 h qui suivent l'accouchement. Les principales étiologies sont l'atonie utérine, les déchirures de la filière génitale, la rétention placentaire et les troubles de la coagulation. Si l'HPP ne mène pas au décès suite au choc hypovolémique qu'elle engendre, elle peut donner lieu à des infections utérines et des anémies sévères. Elle expose également la femme aux risques liés à la réanimation, à la transfusion et à l'infertilité en cas d'hystérectomie d'hémostase [4].

Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la pratique clinique de l'HPP immédiat

L'OMS a publié en 2012 des recommandations pour la pratique clinique de l'HPP afin d'améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge, espérant ainsi voir le taux de décès évitables diminuer. Ces recommandations se déclinent selon trois axes de PEC : la prévention, le traitement et l'organisation des soins [5].

Dans le cadre de la prévention, l'OMS préconise en prénatal, un suivi régulier de la femme enceinte grâce à 4 consultations, où s'inscrit notamment le traitement de prévention de

l'anémie par supplémentation systématique en fer. Ces consultations sont aussi l'occasion d'informer les patientes et de rechercher les facteurs de risque d'HPP. En perpartum, l'utilisation du partogramme pendant le travail est recommandé en vue de faciliter le dépistage précoce de l'HPP. La prise en charge active de la délivrance à l'aide d'utérotoniques est préconisée pour tous les accouchements. L'ocytocine (Syntocinon ®) (10 UI par voie Intra Veineuse (IV) ou Intra Musculaire (IM) est l'utérotonique de choix s'il est disponible. Sinon le misoprostol (Cytotec®) per os ou ergométrine (Méthergin®) injectable doivent être administrés. En présence d'un professionnel qualifié, la PEC active de la délivrance comprend d'autres modalités : le clampage tardif du cordon (1 à 3 minutes après la naissance de l'enfant), sa traction contrôlée. Le massage utérin prolongé n'est pas recommandé dans ce contexte chez les femmes ayant reçu une prophylaxie par ocytocine. Le placenta doit être examiné minutieusement ainsi que la filière génitale. Enfin, la surveillance post-partum de la rétraction utérine, des pertes sanguines et des paramètres vitaux maternels sont nécessaires pour le dépistage et le diagnostic précoce de l'HPP.

Concernant le traitement de l'HPP, une fois le diagnostic posé, l'OMS préconise la mobilisation d'urgence de tout le personnel disponible. Dans le même temps, la réanimation liquidienne initiale par cristalloïdes isotoniques est préférée aux colloïdes et l'administration d'ocytocine IV reste le traitement de choix. Si cet utérotonique n'est pas disponible ou s'il est inefficace et que l'hémorragie persiste, le Méthergin® (IV) ou le Cytotec ® (per os) doivent être administrés. En cas de rétention placentaire au-delà de 30 minutes, une Délivrance Artificielle (DA) doit être réalisée ainsi que l'administration d'une dose unique d'antibiotique. L'utilisation d'acide tranexamique (Exacyl ®) est préconisée en cas de persistance de l'HPP due à une atonie ou un traumatisme. Si les produits ne sont pas disponibles ou si l'HPP est réfractaire, le tamponnement intra-utérin par ballonnet est alors recommandé. Dans l'attente du transfert de la patiente dans un centre sanitaire de niveau adéquat, la compression bi-manuelle ou aortique externe est conseillée. L'utilisation d'un vêtement antichoc non pneumatique est une pratique à l'essai, préconisée dans les dernières recommandations. L'embolisation des artères utérines est à envisager si cela est possible. Enfin, si l'HPP persiste malgré toutes les interventions conservatrices, la suture des artères utérines ou l'hystérectomie d'hémostase doivent être pratiquées.

Concernant l'organisation des soins au sein de toutes les maternités, l'OMS recommande l'adoption de protocoles officiels pour la prévention, le traitement de l'HPP et l'orientation des femmes dans un centre de niveau supérieur.

Concernant la formation des professionnels de santé, des simulations de PEC de l'HPP devraient être pratiquées lors de leur formation initiale et/ou continue.

Les risques contextuels de la morbidité et mortalité maternelles au Burkina-Faso (BF)

Le Burkina-Faso est un territoire en grande difficulté sur le plan sanitaire, tant au niveau matériel qu'humain.

Le Burkina-Faso compte 718 000 naissances par an et l'indice de fécondité est de 5,9 enfants par femme en âge de procréer. La population est jeune, elle compte un tiers de son effectif entre 15 et 19 ans. Les femmes sont mariées très tôt (17 ans en moyenne). Elles ont leur premier enfant rapidement après leur mariage et n'ont souvent pas la possibilité de limiter ou d'espacer les grossesses. Les indicateurs sociaux sont faibles, notamment en termes de scolarisation avec un taux d'alphabétisation en 2010 chez les femmes de 22 % en milieu urbain et de 11 % en milieu rural [6]. Cela limite leur pouvoir de décision, d'autant plus qu'elles sont dépendantes de leur mari financièrement et pour se déplacer [3], « *Les femmes souffrent d'une position désavantageuse dans la société* » [7]. Avec 77,3 % de la population vivant en milieu rural et un taux de pauvreté important, l'accès aux soins et à l'information médicale est très difficile [8]. Ainsi, en 2011, 85 % des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une visite prénatale et seulement 18 % d'entre elles ont bénéficié des quatre consultations recommandées [9]. Ces différents éléments conjugués, expliquent les facteurs de risque de l'HPP. De plus, les femmes constituent une population très vulnérable du point de vue médical. Leur état de santé est d'autant plus compromis dans un contexte de grossesses jeunes, rapprochées, et/ou de grande multiparité.

En effet, elles subissent, avec un pourcentage plus élevé que les hommes, la malnutrition, les carences martiales et vitaminiques, les infections (Infection Sexuellement Transmissible dont le Sida, paludisme, endométrite du post-partum dont l'HPP est un facteur de risque) et surtout les mutilations sexuelles, avec 75 % de femmes excisées (voire plus selon les régions) [10]. L'excision augmente le risque de survenue d'HPP de 70 % surtout quand il s'agit de mutilations sévères [11]. La fragilité des tissus périnéaux entraîne un risque de déchirures hémorragiques, ainsi qu'un allongement du temps de travail. Le périnée cicatriciel et résistant est non compliant, et les risques d'infections et de nécroses sont majorés.

Nous constatons que cette population est tout à fait différente de celle rencontrée en France. De par leur environnement culturel, social, économique et leur condition de vie, les

femmes burkinabées se situent dans un groupe à haut risque d'HPP. Ainsi, les risques de morbi-mortalité encourus par ces parturientes, qu'ils soient d'origine médicale ou non, sont importants, alors que les moyens matériels ou humains pour y faire face sont faibles. Dans de telles conditions, les professionnels de santé et en particulier les Sages-Femmes (SF) et les Auxiliaires Accoucheuses (AA) sont les acteurs privilégiés de la PEC de l'HPP. Etant donné que la qualité des soins repose en grande partie sur leurs compétences, il est indispensable de s'intéresser à leur formation et à leurs conditions de travail.

Les professionnels dans le domaine de la maïeutique au Burkina-Faso et en particulier les sages-femmes et accoucheuses auxiliaires:

Les Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) dénombrent 5 sages-femmes pour 1000 naissances vivantes en moyenne sur tout le territoire, avec de grandes disparités entre milieu rural et urbain. Il y a 3 648 sages-femmes et accoucheuses auxiliaires diplômées pour 3 752 000 femmes en âge de procréer. On compte 51 obstétriciens et 3221 soignants ayant des compétences en maïeutique [12]. Ainsi, en 2009, seulement 54% des accouchements étaient assistés par un de ces soignants. Une naissance non assistée est pourtant un facteur de risque de survenue d'une HPP et de ses complications, retardant considérablement sa prise en charge.

La formation de sages-femmes est conforme aux normes internationales. Elle dure 36 mois après l'obtention du baccalauréat. En parallèle, une formation d'accoucheuses auxiliaires est accessible aux personnes ayant obtenu leur brevet d'étude. Celle-ci se réalise sur une durée de 24 mois. Cependant, elle va être supprimée dans le but d'homogénéiser la formation des professionnels des sciences de la maïeutique.

La principale différence entre sages-femmes et accoucheuses auxiliaires se situe dans leur champ de compétences. Les SF peuvent suivre des grossesses dites à « haut risque » et donc prendre en charge les grossesses et les accouchements pathologiques et leurs éventuelles complications. Les AA sont formées pour suivre les grossesses dites à « bas risque » et les accouchements physiologiques.

Sages-femmes et accoucheuses auxiliaires ont donc remplacé les accoucheuses traditionnelles « appelées accoucheuses villageoises ». Ces dernières ne font plus partie de la catégorie officielle "professionnels de santé compétents en maïeutique".

Les établissements de soins au Burkina-Faso :

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux :

Le premier est constitué de districts sanitaires, il en existe 63 au BF. Ils sont « *chargés de la planification opérationnelle et de la mise en œuvre des programmes de santé. Ils coordonnent les activités des CSPS et des CMA de leur ressort* » [13]. Chaque district est composé de deux échelons de soins : les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) (1443 en 2011), constituent le premier contact avec la population et les Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale ou CMA (44 en 2011) qui ont la fonction d'hôpitaux de district.

Le deuxième niveau est constitué des Centres Hospitaliers Régionaux (9 en 2012).

Le troisième niveau se compose des Centres Hospitaliers Universitaires (3 en 2012) [14].

Le coût de la prise en charge des femmes enceintes à Boussé :

Des mesures gouvernementales tentent de minimiser les freins engendrés par les coûts que la grossesse occasionne. En effet, les consultations prénatales sont prises en charge en totalité par la maternité. Les patientes payent 900 CFA pour un accouchement physiologique au CSPS (soit 1,37 euros) et 3600 CFA au CMA. Le coût est majoré en cas de complications, ce qui représente un facteur retardant la PEC, la famille n'ayant pas toujours les moyens de payer immédiatement le surplus. Si la patiente est transférée à Ouagadougou, les frais engagés sont à la charge de la maternité qui réalise le transport. Par contre, si la patiente accouche chez elle, elle payera une amende. Cette mesure a été établie pour inciter l'accouchement en maternité.

Les HPP représentent un problème de santé publique important au Burkina-Faso, d'autant plus que la majorité des femmes burkinabées font partie d'une population à haut risque. Une grande partie des décès imputables aux HPP sont jugés évitables grâce à une prise en charge efficace, rapide et de qualité. Des progrès sont donc possibles. Ainsi, l'objectif principal de notre étude était d'établir un état des lieux des pratiques de la PEC des HPP par les SF et AA à Boussé, de manière à les confronter aux recommandations de l'OMS publiées en 2012. L'objectif secondaire qui en résultait, était de mettre en évidence les obstacles à la mise en pratique de ces recommandations sur lesquels les sages-femmes et accoucheuses auxiliaires pouvaient avoir une influence. Nous pourrions alors, dans un troisième objectif, proposer des axes de progression afin

de répondre à ces problématiques. D'une part, nous avons supposé que les recommandations de l'OMS n'étaient pas appliquées de manière optimale au BF et d'autre part, que la relation soignant-soigné liée au caractère socio-culturelle du BF pouvait être un frein à une PEC efficace des parturientes.

PARTIE I

MATÉRIEL ET MÉTHODE

PARTIE I : MATERIEL ET METHODE

1. Contexte :

Un premier voyage au Burkina-Faso durant l'été 2012 nous a permis d'élaborer les objectifs et les hypothèses énoncés ainsi que les fondements de notre réflexion.

Lors d'un second voyage, du 14 juillet au 4 août 2014, nous avons mené notre enquête auprès des SF et AA dans les maternités du centre sanitaire de Boussé afin de réaliser cette étude.

2. Description de l'étude et de la population :

Notre enquête s'est déroulée au sein des deux maternités du centre sanitaire de Boussé, centre de référence du district qui concerne environ 130 000 habitants dont 36000 femmes en âge de procréer et comprend 12 CSPS et 1 CMA [15].

Notre étude est observationnelle, descriptive et bi-centrique, elle a été menée au sein de maternités de niveau différent. La maternité du CMA (qui constitue la structure sanitaire de référence du district), où sont suivies les grossesses à risque, leur surveillance post-partum et les consultations gynéco-obstétricales d'urgence. Deux sages-femmes y travaillent en permanence, jour et nuit. Et la maternité du CSPS, dans laquelle sont prises en charge les grossesses à bas risque et les consultations prénatales. Deux AA et une SF y travaillent le jour alors qu'une AA, seule, assure la garde de nuit.

Ces maternités comptent 16 sages-femmes, 8 accoucheuses, 4 médecins généralistes (équivalents aux gynécologues-obstétriciens-chirurgiens en France), ainsi que 3 infirmiers attachés en anesthésie (équivalents aux médecins anesthésistes en France). Toutes les SF et AA étaient incluses dans notre étude.

Notre analyse des pratiques cliniques concernant la PEC des HPP s'est inscrite dans une démarche qualitative. Elle a été réalisée grâce à la rencontre de 10 SF et 4 AA, avec qui nous

avons mené 5 entretiens individuels et 3 entretiens collectifs. Par le biais de ces entretiens, nous avons réalisé un état des lieux de la PEC des HPP. Des échanges plus informels avec des SF, des AA et d'autres professionnels exerçants à Ouagadougou et à Ziniaré, ont enrichis notre étude. Ces entretiens se sont organisés autour de questions ouvertes qui s'adaptaient aux situations et aux réponses des personnes interrogées. Ils ont été enregistrés ou pris en note. De retour en France, ils ont été retranscrits textuellement sur informatique pour être analysés. Les variables ainsi recueillies sont des variables explicatives concernant les pratiques cliniques des professionnels en maïeutique. L'anonymat a été respecté.

Les entretiens menés auprès des AA ont été plus difficiles à réaliser que ceux menés auprès des SF. Leurs réponses étaient évasives et peu concluantes. Elles nous renvoyaient sans cesse à la limite de leur compétence dans la prise en charge des HPP. Ce sont les SF qui intervenaient en cas de complications.

PARTIE II

RÉSULTATS ET ANALYSE

PARTIE II : RESULTATS ET ANALYSE

1. Synthèse des entretiens menés auprès des SF et AA au centre sanitaire de Boussé

1.1 Données épidémiologiques des maternités de Boussé

D'après les registres, en 2014 la maternité du CMA de Boussé comptait 374 accouchements, dont 21 cas d'HPP, 90 transferts maternels, 1 décès causé par une rupture utérine, et aucun cas d'hystérectomie d'hémostase n'était signalé.

La maternité du CSPS, comptait pour cette même année, 486 accouchements, 28 cas d'HPP et 81 transferts vers l'hôpital de Ouagadougou. Aucun décès ne fût répertorié.

Nous ne savons pas si des décès sont survenus après un transfert. Nos ressources étant limitées, nous n'avons pas trouvé d'information concernant la prévalence de la morbidité ou de la mortalité suite aux HPP, que ce soit à Boussée ou dans les statistiques nationales officielles.

Les résultats de l'enquête sont exposés selon l'ordre de la PEC recommandée par l'OMS : la prévention, le traitement et l'organisation des soins.

1.2 La prévention :

Le suivi de grossesse et les consultations :

Pendant la grossesse, les femmes n'avaient pas un suivi régulier, voire aucun suivi. La majorité d'entre elles n'avaient donc pas accès aux quatre consultations recommandées.

Les consultations prénatales étaient réalisées à la maternité du CSPS, deux AA en avaient la charge, avec souvent la présence d'une SF.

Les patientes se présentaient aux consultations sans prise de rendez-vous.

Les informations issues de ces consultations étaient retranscrites dans un livret faisant office de dossier médical pour le suivi de la grossesse ainsi que sur un registre conservé à la maternité du CSPS. Ce dernier n'était donc pas facilement consultable le jour de l'accouchement, s'il se déroulait à la maternité du CMA.

Les SF avaient peu d'informations concernant les antécédents médicaux et obstétricaux des parturientes. « *Nous travaillons à l'aveuglette la plupart du temps* » nous disaient-elles. Elles se basaient essentiellement sur la clinique et les événements qui survenaient en temps réel.

Les AA et la SF donnaient de façon systématique à toutes les femmes enceintes, le traitement préventif de l'anémie : fer et acide folique.

Aucune information, ni explication, concernant les raisons du traitement n'étaient apportées aux patientes, seule la posologie leur était indiquée.

Pendant le travail et l'accouchement :

Le partogramme était systématiquement utilisé par les sages-femmes, d'après leurs dires. Par contre, suite à nos observations, ce dernier était souvent réalisé après l'accouchement.

Toutes les SF pratiquaient la prise en charge active de la délivrance qu'elles appelaient Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA):

–10 UI de Syntocinon ® en IV ou en IM (la plupart du temps l'administration se faisait en IM car les femmes n'avaient pas de perfusion) étaient délivrées immédiatement après la naissance de l'enfant ou au dégagement de l'épaule antérieure si une autre SF ou AA était présente.

–Toutes les SF et AA pratiquaient la traction douce et contrôlée du cordon pour aider la délivrance et dépister une rétention placentaire. La traction était associée au refoulement de l'utérus (afin d'éviter l'inversion utérine ou les prolapsus du col) ainsi qu'au massage du fond utérin en cas d'atonie utérine après la délivrance et/ou la Délivrance Artificielle (DA) et la Révision Utérine (RU).

–Elles réalisaient le clampage précoce du cordon (c'est à dire dans les 30 premières secondes qui suivent la naissance de l'enfant).

Une DA était pratiquée si le placenta n'était pas délivré au bout de 30 minutes.

Elles n'avaient pas de poche de recueil. Elles se fiaient surtout à la qualité du saignement : « *s'il est actif ou non* ». La quantité des pertes sanguines n'était pas évaluée.

La surveillance post-partum :

Elle était effectuée par les SF et AA.

La patiente restait à la maternité pendant 24 h. La surveillance des pertes, de la rétraction utérine et de la tension artérielle étaient, en théorie, alors réalisées régulièrement durant les six premières heures du post-partum. Les résultats étaient retranscrits sur une feuille de recueil prévue à cet effet.

Les accouchées n'étaient jamais seules, il y avait toujours de la famille avec elles, de nuit comme de jour.

L'allaitement maternel était systématique, facile et réalisé directement après l'accouchement.

Aucune information n'était délivrée aux patientes au sujet des risques de complications dans le post-partum, ou pour accompagner le retour à domicile.

Les SF affirmaient que le risque d'HPP était maximal pendant les 4 premières heures du post-partum. La majorité d'entre elles affirmaient qu'il n'y avait plus de risque d'HPP au-delà de 24 h. Trois d'entre elles avaient cependant évoqué le risque d'HPP tardive, c'est à dire au-delà de 24 h et dans les 42 premiers jours du post-partum.

1.3 Le traitement de l'HPP immédiat

Organisation des soins dans le cadre du traitement :

Elles avaient à leur disposition un "panier d'urgence" spécifique en cas d'HPP grave, qui comprenait le nécessaire à perfusion et à prélèvements sanguins, les solutés de remplissage, les gants stériles pour DA/RU, la sonde urinaire stérilisée, les compresses, les fils de sutures.

Les SF n'avaient pas à leur disposition de feuille particulière à remplir en cas d'HPP.

Prise en charge initiale au CSPS et au CMA :

Les gestes d'urgence dans le cas d'une HPP avérée tels que les SF nous les avaient présentés et par ordre chronologique étaient, dans un premier temps, d'identifier la provenance des saignements:

–En réalisant une RU ou une DA/RU si le placenta était incomplet ou s'il n'était pas décollé au bout de 30 minutes, après avoir réalisé un sondage urinaire.

–En réalisant un examen de la filière génitale et une suture s'il y avait une déchirure. Si le cas nécessitait un examen sous valve, la patiente était transférée au bloc opératoire et prise en charge par un médecin.

Les AA détectaient l'anomalie et en alertaient immédiatement une SF qui posait le diagnostic. Le médecin n'était appelé qu'au moment où, la SF jugeait ne pas pouvoir traiter seule, avec l'AA, l'hémorragie.

Dans un second temps, elles massaient l'utérus en cas d'atonie. Elles posaient une voie veineuse périphérique pour administrer 5 à 10 UI de Syntocinon ® en IV dans 500 ml de cristalloïdes ou glucosé 5% et assuraient le remplissage rapide de la patiente avec des cristalloïdes.

Elles administraient des antibiotiques s'il y avait eu des gestes intra-utérins.

Deux comprimés de Cytotec ® étaient administrés par voie rectale si le Syntocinon® n'avait pas d'effet. Le Méthergin ® pouvait aussi être utilisé mais il l'était surtout en cas d'hémorragie post-avortement. Si le Cytotec ® était lui aussi inefficace, elles plaçaient un sac de sable sur le ventre de la patiente.

Elles ne connaissaient pas le produit suivant : Exacyl ® et donc ne l'avaient jamais utilisé. Elles n'utilisaient pas non plus de vêtement antichoc non pneumatique pour stabiliser la patiente dans l'attente d'un transfert comme il l'est préconisé depuis 2012.

Elles ne connaissaient pas le principe du tamponnement intra-utérin par ballonnet, mais elles exerçaient la compression bi-manuelle ou aortique en cas de persistance du saignement au-delà de 30 minutes après l'administration de Syntocinon ®.

Il faut noter que le centre sanitaire était pourvu d'un laboratoire d'analyses médicales. Un bilan biologique pouvait donc être réalisé ainsi qu'une transfusion sanguine, si le taux d'hémoglobine était inférieur à 6g/dl, mais l'absence de réserve rendait l'acte quasiment impossible. Les SF essayaient tout de même de trouver un donneur compatible en temps réel. De plus, quand le médecin était injoignable, elles nous confiaient être parfois obligées de transgresser les règles de prescription des SF pour réaliser la transfusion dont la femme avait besoin. Si la transfusion était irréalisable, la patiente était transférée à l'hôpital de Ouagadougou. Après la demande de transfert, l'ambulance mettait 1h30 environ pour arriver au centre sanitaire de Boussé.

Il existait un accès facile au bloc obstétrical quand le médecin généraliste spécialisé en chirurgie et un attaché en anesthésie étaient sur place. Sinon, cela prenait plus de temps. Ces derniers

n'étaient appelés que si les SF ne parvenaient pas à gérer seules l'HPP. Le médecin se déplaçait et jugeait de la nécessité de transférer la patiente au bloc afin de réaliser l'examen sous valves, la suture des déchirures du tractus génital et la suture des artères utérines voire l'hystérectomie d'hémostase. Mais les situations d'HPP évoluaient rarement jusqu'à ce stade d'après les SF.

L'embolisation n'était jamais envisageable. Les SF n'avaient jamais entendu parler de cette technique.

1.4 L'organisation des soins

La documentation disponible et le staff médical :

Les SF avaient accès aux documents résumant les protocoles en accord avec l'OMS :

« *Guide des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence* ».

Une affiche représentant l'arbre décisionnel de PEC d'une HPP était fixée à la porte de la salle de naissance de la maternité du CMA.

Une réunion entre sages-femmes, médecins, attachés en chirurgie, anesthésistes et médecin chef était réalisée tous les mercredis afin de discuter des cas difficiles, de certaines PEC et des éventuels changements de protocoles. Les AA n'étaient pas conviées à ces réunions qui concernaient le CMA et la pathologie.

Les formations :

Durant leur formation, les SF n'avaient pas pratiqué de simulation, leur stage leur avait permis d'apprendre sur le terrain à gérer la PEC d'une HPP.

Elles étaient soumises à l'obligation de formation continue, mais elles n'en n'avaient pas la possibilité. Elle l'expliquait par un manque de moyens financiers.

L'orientation et le transfert des patientes en anténatal :

Nous n'avons pas eu l'information concernant l'existence de protocoles officiels pour l'orientation des femmes vers un niveau de soins supérieur comme l'OMS le recommande. Nous savons cependant que l'orientation des patientes se faisait souvent tardivement dans le

déroulement de la PEC. Les raisons étaient identiques à celles énoncées précédemment, notamment l'absence de suivi et/ou d'information concernant les facteurs de risque des patientes. Le transfert et le transport étaient pris en charge financièrement par la maternité en cas d'urgence.

1.5 Informations complémentaires

La formation et les connaissances des SF au sujet des HPP :

Toutes les SF nous avaient affirmé savoir dépister une HPP et ce sans difficulté particulière.

Elles connaissaient leur théorie et jugeaient avoir reçu une formation suffisante pour la gestion des HPP. Elles ne pensaient pas avoir besoin de formation supplémentaire à ce sujet.

Les étiologies majeures des HPP étaient connues et les SF savaient décrire les principales complications que les femmes encouraient. Mais elles étaient moins nombreuses à connaître tous les facteurs de risque, notamment ceux inhérents au statut des femmes et à leurs conditions de vie.

Le vécu des sages-femmes face à ces situations :

Certaines sages-femmes interrogées (9 d'entre elles) avaient affirmé n'avoir jamais vu mourir une femme suite à une HPP. Concernant la SF qui avait vécu cette situation, il s'agissait d'un décès suite à une rupture utérine.

L'HPP n'était pas une situation qui les effrayait car, « *dans la majorité des cas, l'hémorragie est contrôlée après la PEC initiale* » nous avaient-elles affirmé.

Les croyances et coutumes :

Les SF s'en remettaient facilement au destin, à la fatalité ou à Dieu pour expliquer la survenue d'une complication ou d'un événement grave, mais ces situations, surtout quand elles entraînaient la mort, restaient difficile à vivre.

Les SF ne connaissaient pas les coutumes de chaque ethnie concernant les rituels autour de la naissance.

2. Analyse des résultats : la discussion

2.1 Les limites et biais de l'étude

La complexité de la situation actuelle au Burkina-Faso pose les limites de notre étude car il est difficile d'appréhender l'ensemble des paramètres externes ou internes qui participent, de manière plus ou moins directe, à la qualité de la PEC de l'HPP. En effet, il faut tenir compte des spécificités liées à l'infrastructure, aux locaux, au matériel médical, aux produits pharmaceutiques disponibles, à l'organisation du système sanitaire et aux coûts de la PEC. Il faut avoir conscience que la précarité du milieu (climat, pollution, insalubrité), la précarité des patientes (analphabétisme, pauvreté, maladies, malnutrition, mutilations), ainsi que les modes de pensée et d'action des professionnels liés à leur histoire, leurs traditions ou leur religion influencent également les pratiques professionnelles. De même, la place de la femme dans la société et dans les mentalités, le rapport entretenu entre les femmes, la place de la naissance et de la pathologie sont autant d'éléments incontournables et complexes dans l'évaluation la PEC de l'HPP.

Les biais de mesure sont propres aux études qualitatives. Ils regroupent les phénomènes d'idéalisation et de subjectivité. Il existe donc un décalage probable entre " ce que l'on nous a rapporté " et " ce qui se passe en réalité ".

Les biais d'interprétation causés par notre subjectivité, nos idées, nos jugements ou notre affectivité vis-à-vis de la population et du sujet de l'étude, peuvent influencer notre réflexion ainsi que la possible incompréhension des professionnelles face à nos questions.

Notre faible effectif ne peut être représentatif de la population de SF exerçant au BF, ce qui constitue un biais de sélection. En effet, la caractéristique de ce pays se trouve dans la coexistence d'un grand nombre d'ethnies sur un même territoire, dans un même village. Selon le lieu où l'on se trouve, et la personne avec qui l'on s'entretient, la culture, les coutumes et les croyances sont différentes. De plus, le peu de temps dont nous avons bénéficié peut biaiser les résultats de notre étude. En effet nous n'avons pas pu nous entretenir avec les 24 professionnelles en maïeutique inclus dans notre étude.

De même, ce manque de temps a eu un impact sur le recueil de certaines informations. Nous n'avons pas pu évaluer sérieusement les connaissances des professionnelles vis-à-vis des

facteurs de risque d'HPP ou l'influence des croyances, des traditions et de la religion, dans leur PEC médicale. Nous n'avons pas mis en évidence l'existence ou non d'un protocole officiel concernant l'orientation et le transfert des patientes présentant un haut risque d'HPP en prénatal, tel que le recommande l'OMS [5]. La place des AA dans les PEC des HPP reste également un sujet que nous aurions aimé approfondir car nous n'avons pas pu collecter beaucoup d'éléments.

Nous avons donc conscience que la situation est beaucoup plus complexe que la description que nous en avons faite à partir de nos entretiens et observations.

Pour répondre à nos objectifs, nous allons dans un premier temps analyser nos entretiens et confronter les pratiques des SF et AA aux recommandations de l'OMS. Ceci nous permettra d'évaluer nos hypothèses puis quand cela sera possible, nous proposerons des axes de progression sur lesquels les SF et AA pourraient avoir une influence.

2.2. La prévention de l'hémorragie du post-partum

2.2.1 En prénatal :

Le suivi prénatal fait partie des recommandations en matière de prévention des HPP [5], pourtant, les femmes n'avaient pas un suivi régulier durant leur grossesse à Boussé. Ce fait rapporté par plusieurs études [9], est confirmé par les professionnelles interrogées. Les SF et AA de Boussé l'expliquaient par le fait « *que les femmes ne comprennent pas l'importance d'un suivi régulier* » ; « *qu'elles travaillent beaucoup, qu'elles ont la charge de toute la famille et n'ont pas le temps de venir aux consultations* » ; « *qu'elles habitent loin et que le transport est compliqué (vélo, âne et charrette, mobylette pour les plus riches)* » ou encore « *que leur mari n'est pas toujours prêt à les y emmener* ».

Des campagnes de sensibilisation ont été menées ces dernières années auprès des femmes, afin qu'elles comprennent, et prennent conscience de la nécessité d'être suivies par une SF ou une AA en maternité. Ceci a porté ses fruits, car le taux d'accouchement dans les établissements de santé a augmenté [16]. Cependant, le problème persiste, nos observations et entretiens ont révélé des obstacles qui pourraient être liés à l'attitude ou à l'organisation des soins dispensés par les professionnelles. En effet, nous rappelons que lors des consultations classiques

à la maternité du CSPS, une patiente était prise en charge par deux, voire trois professionnelles de santé en même temps. À la maternité du CMA, la porte du bureau de consultation n'était pas toujours fermée et donnait directement accès sur la salle d'attente. Ces exemples représentent des situations qui ne nous semblent pas propices à la mise en place d'une relation de confiance ou au respect de la confidentialité. D'autant plus que les femmes enceintes sont très vulnérables.

De plus, ces consultations sont l'occasion de réaliser l'anamnèse afin de dépister les risques auxquels la patiente est exposée. En effet, la recherche des facteurs de risque spécifiques à l'HPP fait partie de la prévention.

Nous avons pu remarquer, que la majorité des femmes burkinabées présentait de nombreux facteurs de risque inhérents à leurs conditions de vie (pauvreté, isolement, carences alimentaires, infections, grossesses jeunes ou rapprochées, grande multiparité, analphabétisme, manque d'autonomie dans leur prise de décision les concernant, manque d'informations médicales) [3 ; 16]. Cependant, ils ne sont pas forcément reconnus comme tels par les SF et AA. La relation entre les sages-femmes et les patientes, l'irrégularité voire l'absence de suivi médical pendant la grossesse, le manque d'informations apportées aux femmes ne facilitent pas leur identification.

Enfin, les consultations prénatales permettent la délivrance des traitements prophylactiques systématiques visant à prévenir certains risques. Ainsi, la supplémentation en fer et en acide folique a pour but de prévenir l'anémie par carence martiale ou folique, et par conséquence, les HPP graves et ses complications.

Les SF constataient un défaut d'observance des traitements médicaux en général, et du fer ou de l'acide folique en particulier. Ceci n'était pas dû à leur coût, car il était pris en charge par la maternité via une aide gouvernementale, et ces médicaments étaient facilement disponibles. Il s'agirait plutôt d'une incompréhension des patientes vis-à-vis de l'importance de la supplémentation et ceci par manque d'informations et d'explications, de la part des SF et AA, sur les raisons du traitement.

Ainsi, nous pouvons proposer aux SF et AA plusieurs axes de progression visant l'amélioration de la prévention des HPP en prénatale.

Pour favoriser un suivi régulier, un travail porté sur l'accueil des patientes lors des consultations semblerait pertinent. Il faudrait sensibiliser les professionnels à l'intérêt d'établir

une relation de confiance avec les patientes, de favoriser la communication basée sur l'écoute, et d'adapter son discours au niveau de la patiente. Le non jugement, le respect de l'intimité ainsi que les coutumes des femmes sont des éléments indispensables pour favoriser l'échange [17 ; 18]. Ceci permettrait aux patientes, d'avoir un espace pour s'exprimer plus librement. Ainsi, les SF et AA pourraient recueillir, lors des consultations, des informations médicales pertinentes et mettre en évidence des facteurs de risque. Elles pourraient transmettre aux femmes, les explications indispensables concernant les raisons du suivi médical et l'importance des traitements prescrits. En complément, nous pourrions proposer des ateliers informatifs et pratiques aux accoucheuses, et aux SF dans une moindre mesure, pour aborder l'ensemble des facteurs de risque d'HPP qu'elles pourraient cibler lors de l'anamnèse.

Les professionnels ont un grand rôle à jouer en termes de prévention, afin d'aider la population à prendre connaissance des dispositifs instaurés, pour tenter de réduire les facteurs sociaux et culturels néfastes. Nous pensons notamment au planning familial, à l'instruction des filles, à l'éducation visant la suppression des pratiques telle que l'excision. En effet, l'OMS a publié en 2006 une étude qui « *montre que les mutilations génitales féminines exposent les mères et les bébés à des risques majeurs lors de l'accouchement* » ainsi, « *le risque d'hémorragie du post-partum est de 70 % plus élevé chez les femmes ayant subi une mutilation de type III* » [11]. Les risques contextuels, à caractéristiques socioculturelles et économiques, représentent « *des obstacles importants à l'accès des femmes aux soins de santé* » [3]. En conséquence, le fait qu'ils ne soient pas pris en compte par les SF, majore le risque d'HPP.

Il est donc essentiel, que les SF et AA soient conscientes de l'importance des complications occasionnées par ces pratiques, et convaincues de l'action qu'elles pourraient mener pour les prévenir.

Enfin, sur le plan organisationnel, nous pourrions inciter les AA et SF à donner des rendez-vous avec une date fixe, dans le but d'encourager les patientes à consulter régulièrement. Les femmes seraient suivies par la ou les mêmes professionnelles, ce qui favoriserait une relation de confiance, et permettrait une meilleure implication des SF et AA dans la prise en charge des patientes. Nous pourrions aussi travailler sur la création de dossiers médicaux qui seraient conservés par la maternité. Cela favoriserait la continuité des soins et le suivi des patientes d'une grossesse à l'autre.

2.2.2 Dans le cadre du suivi per-partum :

Nous avons pu constater en per-partum que certains outils à disposition des SF n'étaient pas utilisés de manière efficiente, c'est notamment le cas du partogramme qui était souvent rempli à l'issue de l'accouchement à Boussé. Pourtant, dans de telles conditions d'exercice, l'OMS recommande fortement son utilisation, car il est considéré comme : « *l'une des plus grandes avancées en obstétrique moderne* » et « *comme un outil nécessaire dans la prise en charge du travail* ». « *Le partogramme constitue un outil de surveillance du travail simple, peu onéreux et qui présente un bon rapport coût-efficacité* » [19]. Une étude cas-témoin menée au Pakistan permet à l'OMS d'affirmer que « *le partogramme permet de réduire la fréquence [...] de l'hémorragie du post-partum, [...] ainsi que la fréquence de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales* » [20].

Il constitue donc un outil pédagogique, prévisionnel et décisionnel pour aider les professionnels à établir un diagnostic précoce et pour dépister, pendant le travail, les facteurs de risque d'une HPP [19].

Dès lors, sensibiliser les SF et AA à l'intérêt réel du partogramme afin qu'elles l'utilisent de façon optimale, en comprenant les tenants et aboutissants de cet outil, pourrait être un axe d'amélioration intéressant.

L'évaluation des pertes sanguines dans le post-partum immédiat n'était généralement pas réalisée à Boussé. En effet, tous les liquides biologiques expulsés lors de l'accouchement étaient recueillis dans un seul et même plat bassin. Ce qui rendait la mesure impossible, ou une estimation bien en deçà des pertes réelles [21]. Dans ce contexte, le diagnostic d'HPP selon l'OMS se basant sur la quantification des pertes [5] est donc difficile voire irréalisable. De plus, nous savons que « *le retard de diagnostic lié à la sous-estimation des pertes est considéré comme l'un des facteurs de risque prépondérant de la morbi-mortalité de l'HPP* » [22].

L'usage d'une poche de recueil est trop onéreux, par contre, le simple fait de changer ou de vider le plat bassin en post partum immédiat, permettrait de quantifier les pertes sanguines, de poser un diagnostic précoce afin d'éviter tout retard de prise en charge.

La GATPA était réalisée de façon systématique par les SF ou les AA. Toutes les femmes qui accouchaient en maternité bénéficiaient de l'administration en première intention de 5 ou 10 UI de Syntocinon ® à la naissance de l'enfant. Cette pratique permet de réduire le risque d'HPP, de transfusion, d'anémie sévère, ainsi que la durée de la délivrance [23] et constitue

« *l'intervention principale de la PEC de la délivrance* » [5]. Cette pratique est classée Grade A par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France en 2014. Ce qui n'est pas le cas de la traction contrôlée du cordon ou du massage du fond utérin qui ne sont pas recommandés en systématique et sont même contre indiqués en l'absence de professionnel qualifié [4 ; 5].

Dans l'ensemble, les gestes pratiqués semblaient être conformes aux recommandations de l'OMS à l'exception du clampage et de la section du cordon. Les SF ou AA réalisaient le clampage précoce en systématique (dans les premières secondes après la naissance) alors que l'OMS contre indiquait cette pratique en 2012 [5]. En effet, il est indiqué que « *le moment du clampage et de la section du cordon est déterminé en observant les contractions utérines à la suite de l'administration d'un utérotonique* », cela correspondrait alors à un clampage effectué dans les 1 et 3 minutes suivant la naissance de l'enfant [23]. Cependant, qu'il soit tardif ou précoce, cet acte semble avoir peu de répercussion sur la troisième phase du travail et le risque d'HPP.

De plus, la mise au sein précoce à visée utérotonique était systématiquement réalisée après l'accouchement. Il est important de le noter car c'est un acte physiologique de prévention de l'atonie utérine. En effet, la production accrue de prolactine lors des tétées stimule fortement la sécrétion d'ocytocine. Son action permet, juste après la naissance, le décollement du placenta et assure l'involution utérine [24]. La plupart des SF savaient cela, mais encourageaient surtout l'allaitement pour le bénéfice du nouveau-né.

Le périnatal est une période où la femme est particulièrement vulnérable. La connaissance de la physiologie de l'accouchement ainsi que des besoins fondamentaux de la parturiente permet de créer un environnement propice au déroulement d'un accouchement eutocique. Un article publié dans *The Lancet* en juin 2014 [16] développe un modèle de soins maternels et néonataux de qualité, basé sur « *l'optimisation des processus biologiques, psychologiques, sociaux et culturels* » dans le cadre de la « *promotion des processus non pathologiques* ».

Les actes préventifs de cette période, reposent donc sur la réponse des professionnels et de l'entourage aux besoins de la femme, car il est prouvé qu'un « *soutien empathique et physique continu pendant l'accouchement a pour effet de diminuer le stress et présente de ce fait de nombreux avantages comme un travail plus court, une diminution du recours systématique aux moyens techniques et une réduction des extractions instrumentales* » [25]. Ainsi, l'accompagnement de la femme dans la gestion de la douleur des contractions, dans leur mobilité durant le travail ou l'accouchement, ainsi que le respect de l'intimité dont elles ont besoin pour

mettre au monde sereinement leur enfant, relèvent des soins de la SF ou de l'AA, et constituent un acte de prévention primaire.

Nous avons cependant pu observer, que de nombreuses femmes subissaient des violences que l'on peut nommer " violences obstétricales" par référence à un document d'Amnesty International [26]. Ces violences pouvaient être d'ordre verbal (humiliation, culpabilisation, encouragements agressifs) et/ou physique (gestes violents, négligence, indifférence). Pourtant, d'après les Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), « *les attitudes négatives envers les femmes et leurs besoins* » font parties des causes sous-jacentes des problèmes tels que l'HPP [8]. En effet, plus une parturiente se trouve dans l'angoisse, la souffrance psychique ou physique, plus son néocortex est stimulé et son cerveau secrète des hormones de stress. Il a été démontré qu'en dehors de la phase expulsive, la sécrétion en grande quantité de ces hormones a pour effet de bloquer l'action bénéfique de l'ocytocine et des endorphines, et perturbe le processus physiologique du travail et de l'accouchement. Dans de telles conditions, une parturiente est donc plus à risque de vivre des complications, notamment une HPP [24 ; 27].

De plus, l'OMS déclare qu'une expérience mal vécue par les parturientes en maternité pourrait « *les dissuader d'avoir recours aux services de santé* » [16]. Ceci inciterait l'accouchement à domicile non assisté par un professionnel qualifié, et majorerait le risque d'HPP car comme le décrit l'UNICEF [7], « *le fait que l'hémorragie soit la première cause directe de mortalité maternelle souligne l'importance d'avoir du personnel qualifié lors de l'accouchement* ».

Assurer un environnement propice à un accouchement physiologique nous semble donc tenir en partie de la responsabilité de la SF et de l'AA. Ainsi, le travail proposé en prénatal sur les rapports « soignant-soigné » et l'élaboration d'une relation de confiance reste dans le perpartum, un axe essentiel pour améliorer la pratique des SF et AA [28].

2.2.3 En post-partum :

La surveillance du post-partum immédiat semblait être conforme aux recommandations. Par contre, les femmes, une fois sorties de la maternité, n'étaient plus suivies et aucune information ne leur était donnée concernant les risques ou les signes de complications à plus long terme (comme l'endométrite).

Ainsi, une sensibilisation des SF et des AA, à l'importance et la manière d'apporter des informations et des conseils de prévention aux accouchées, pourrait améliorer leur PEC en post-partum. D'ailleurs, les sages-femmes reconnaissent elles aussi, qu'il serait important d'informer les patientes voire de mettre en place un suivi à plus long terme.

2.3. Le traitement de l'HPP immédiat

2.3.1 La PEC de l'HPP :

Les SF connaissaient parfaitement les actes qu'elles devaient réaliser pour la PEC des HPP. Les entretiens n'ont montré aucun obstacle à ce niveau. Par contre, nous avons mis en évidence, un défaut de prise en charge suite au diagnostic d'HPP. Les SF ne prévenaient les médecins que si elles ne parvenaient pas à la gérer seules. Pourtant l'OMS recommande en premier lieu d'« *appeler à l'aide et mobiliser d'urgence tout le personnel disponible* » [21].

En ce qui concerne les produits utilisés pour le traitement de l'HPP, ils étaient conformes aux recommandations, mis à part l'Exacyl ® qui n'était pas utilisé car non disponible à Boussé. Vis-à-vis des actes médicaux, les SF ne connaissaient pas le tamponnement intra-utérin par ballonnet ni la technique d'embolisation (qu'aucun hôpital n'est en mesure de proposer), elles pratiquaient la compression bi-manuelle ou aortique externe comme le préconise l'OMS. De plus, l'existence d'un bloc opératoire et la présence d'un médecin et d'un infirmier anesthésiste permettaient les interventions chirurgicales quand elles étaient nécessaires. Par contre, il leur était très difficile voire impossible de transfuser une patiente. Il n'y avait pas de réserve de sang à Boussé et trouver un donneur compatible dans l'urgence d'une HPP sévère semblait relever du miracle. La transfusion sanguine était l'indication principale de transfert maternel. Cependant, il fallait compter 3 h minimum entre la demande de transfert et la prise en charge à Ouagadougou, ce qui rendait également cet acte difficile.

Dans ce contexte, les SF ne parviennent pas à appliquer les recommandations de l'OMS, elles sont parfois confrontées à des difficultés suite un manque de disponibilité de matériel, de personnel ou à l'organisation du système sanitaire dans son ensemble. Il s'agit alors de facteurs qui ne dépendent pas de leurs propres pratiques professionnelles. Nous pouvons donc affirmer

que, dans le cadre du traitement, les recommandations de l'OMS sont respectées. Cependant, le facteur temps étant un élément crucial dans la PEC de l'HPP, il serait intéressant de sensibiliser les SF sur l'importance d'alerter immédiatement tout le personnel nécessaire, dès le diagnostic d'HPP posé et de démontrer l'importance du travail d'équipe pour une PEC optimale.

2.3.2 L'organisation des soins dans le cadre du traitement :

Les professionnels disposaient d'un panier d'urgence comprenant le minimum nécessaire pour la PEC initiale d'une hémorragie. Par contre, elles ne disposaient pas de feuille de suivi d'HPP. À l'image du partogramme, l'utilisation d'une feuille spécifique, renseignée en temps réel, serait d'une aide précieuse pour le suivi de l'évolution de l'hémorragie, le dépistage des complications et la coordination des professionnels. Elle permettrait également la traçabilité des actes réalisés, ce qui constituerait un support de réflexion pour l'amélioration des pratiques cliniques.

2.4. Organisation des soins

Les protocoles pour la prévention et le traitement de l'HPP étaient présents et disponibles, par contre, l'accès aux réactualisations des recommandations était plus difficile. De plus, les entraînements par des séances de simulations de la PEC des HPP, n'étaient pas au programme de formation initiale des SF ou des AA. Le manque de moyens financiers empêchait tout projet de formation continue. Ce qui ne permettait pas aux professionnels de faire évoluer leur pratique concernant la PEC globale de l'HPP. Nous pourrions imaginer, que l'installation d'un accès facilité à internet au sein de la maternité, leur permettrait de mettre à jour leurs connaissances et palier quelque peu l'impossibilité de participer à des formations continues. Cependant, cela nécessiterait un investissement financier et matériel important, ce qui sort du cadre souhaité pour notre mémoire.

Les documents concernant la PEC des HPP étaient mis à disposition à la maternité du CMA, mais pas dans celle du CSPS. Les réunions hebdomadaires inter professionnelles sont les preuves d'une volonté d'amélioration des pratiques cliniques. Malheureusement, les AA n'étaient

pas conviées à ces réunions, ce qui ne leur permettaient pas de progresser ou de remettre en cause leurs pratiques. Nous pourrions donc proposer de les y inviter et d'afficher les protocoles au CSPS.

Le contexte socio-économique des patientes rend une hospitalisation ou un suivi médical sur Ouagadougou (centre de niveau supérieur) peu envisageable. De plus, le manque de suivi prénatal et la carence d'informations, recueillis par les SF et AA concernant les facteurs de risque, sont des obstacles à l'acquisition des données nécessaires à la prise de décision d'un transfert prénatal.

Suite à ces données, nous pouvons confirmer nos hypothèses de départ, à savoir que d'une part, l'application des recommandations de l'OMS pourrait être optimisée et que d'autre part, un travail sur la relation soignant soigné contribuerait à une amélioration de la PEC de l'HPP.

CONCLUSION

Les hémorragies du post-partum immédiat au Burkina-Faso sont un problème majeur de santé publique du fait de leur fréquence et de leur gravité. Il est prouvé qu'une prise en charge adaptée, tant sur le plan préventif que curatif permettrait d'éviter une grande majorité de la morbidité ou de la mortalité maternelle. Le contexte social, culturel, économique et sanitaire du Burkina-Faso place les femmes dans une population à haut risque d'HPP. Les sages-femmes et les accoucheuses auxiliaires sont les professionnelles de premier recours pour le suivi des femmes enceintes dans ce pays. Suite à ces constats, le gouvernement a mis en place des mesures afin de faciliter l'accès aux soins et aux informations médicales, une prise en charge par des professionnels qualifiés, ou encore l'autonomie des femmes. Cependant les complications liées aux HPP restent un lourd tribut payé par les parturientes burkinabées.

Malgré notre faible effectif et les biais inévitables de notre étude, l'analyse des entretiens menés auprès des professionnelles à Boussé, nous a permis de mettre en évidence un certain nombre de dysfonctionnements dans leur prise en charge. Nous avons notamment relevé des difficultés à la mise en pratique de la démarche préventive.

Les axes de progression que nous avons proposés sont des pistes de recherche. Ainsi, apporter des outils afin de favoriser la relation soignant-soigné nous paraît d'une grande importance pour l'amélioration des pratiques, tout comme sensibiliser les professionnelles à l'influence des facteurs socio-culturels dans les risques de survenue d'une HPP. L'utilisation du partogramme en temps réel, l'évaluation des pertes sanguines et la mobilisation de toute l'équipe médicale dès le diagnostic établi, seraient également indispensables pour l'optimisation de la PEC. Le développement de formation continue pourrait leur faciliter l'accès aux actualisations des recommandations et inciter l'analyse des pratiques professionnelles. Enfin, l'intégration des accoucheuses aux réflexions portées sur la pratique clinique des HPP permettrait de n'exclure aucun acteur susceptible d'apporter plus de sécurité aux patientes.

Ce travail pourrait constituer la première étape d'une Recherche-Action. Il s'agirait ensuite d'approfondir nos échanges avec les SF et les AA afin de partager et de transmettre nos connaissances pour mettre en place des actions dans le respect de leurs coutumes et de leur environnement.

Bibliographie

[1] UNFPA, *Mortalité maternelle et néonatale au Burkina-Faso, la tendance à la baisse* [en ligne]. Disponible sur : <http://countryoffice.unfpa.org> [consulté en mai 2014].

[2] OMS, *Burkina-Faso, Health profil* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/gho/countries/bfa.pdf?ua=1> [consulté en novembre 2013].

OMS, *Mortalité maternelle, aide Mémoire n°348* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/> [consulté en mai 2014].

[3] XXVIIème Congrès International de la population, *Catographie des risques contextuels de morbidité et de mortalité maternelle au Burkina-Faso* [en ligne]. Disponible sur : <http://iussp.org> [consulté en novembre 2013].

[4] CNGOF, *Recommandations pour la pratique clinique Les hémorragies du post-partum* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr> [consulté en septembre 2014].

[5] OMS, *Recommandation de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum* - Genève (Suisse) : Ed. OMS, 2014. ISBN 978 92 4 254850 1. 16 p. 13 p.

[6] OMS, *Le rapport des Statistiques Sanitaires Mondiales fait le point sur les objectifs de la santé dans 194 pays* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/world-health-statistics-2015/fr/> [consulté le 15 mai 2015].

[7] UNICEF, *Causes principales et sous-jacentes de la mortalité maternelle* [en ligne]. Disponible sur : http://www.unicef.org/wcaro/overview_2649.html [consulté en mai 2015].

[8] Consulat du Burkina-Faso à Nice, *Démographie du Burkina-Faso* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.burkinafaso-cotedazur.org> [consulté en janvier 2013].

[9] UNFPA, *Burkina-Faso* [en ligne]. Disponible sur : http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/country_info/profile/fr_BurkinaFaso_SoWMy_Profile.pdf [consulté en décembre 2013].

[10] Population council, *Analyse de l'évolution de la pratique de l'excision au Burkina-Faso* [en ligne]. Disponible sur : http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/RH_BurkinaFaso_FGMAnalyse_FR.pdf [consulté en décembre 2014].

[11] OMS, *Une nouvelle étude montre que la mutilation génitale féminine expose les mères et les bébés à des risques majeurs à l'accouchement* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr30/fr/> [consulté en novembre 2014].

[12] UNFPA, *The state of the world's midwifery 2011* – New York : Ed. United Nations Population Fund (UNFPA), 2011. ISBN: 978-0-89714-995-2. 52-53 pp.

[13] MS.GOV.BF, *Districts sanitaires* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sante.gov.bf/index.php/le-ministere/organisation/districts-sanitaires> [consulté en décembre 2013].

[14] Initiatives Conseil Internationale, *Analyse initiale de situation de la santé maternelle et néonatale et infantile (SMNI) dans le cadres des fonds Français Muskoka au Burkina-Faso – 23 p.* [en ligne]. Disponible sur : http://www.unicef.org/bfa/french/analyse_initiale_de_situation_de_la_sante_maternelle_neonatale_et_infantile_au_burkina_faso_2012.pdf [consulté en décembre 2013].

[15] OUEDRAO GO AMADOU, *Étude comparative de l'efficacité de trois schémas de prévention antipalustre chez la femme enceinte au Burkina Faso : cas du district sanitaire de Boussé.* Thèse. Doctorat en médecine, Burkina-Faso : Université de Ouagadougou, 2007.

[16] OMS, *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins.* Genève (Suisse) : Ed. OMS, 2014.

[17] CNSF, *The Lancet, Soins de Sages-Femmes – résumé analytique de la série du Lancet – 4 p.* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/0F9BB888-5056-9C7D-4635223A81006591.pdf> [consulté en mai 2015].

[18] G. Carles, Titre de l'article, *Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique.* 2014, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 43, 275 p.

[19] Soni BL. Effets de l'utilisation du partogramme sur les résultats en cas de travail spontané à terme: Commentaire de la BSG (dernière mise à jour: 1er juin 2009). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale de la Santé.

- [20] Javed I, Bhutta S, Shoaib T. Role of partogram in preventing prolonged labour. *Journal of the Pakistan Medical Association* 2007; 57(8) : 408-411.
- [21] OMS, UNFPA, UNICEF, Banque mondiale, *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin - Genève (Suisse) : Ed. OMS, 2003. ISBN : 9242545872. S-28.*
- [22] Communications libres, Modérateurs Cyril Huissoud, Hugues Patural, *Hémorragie* [en ligne]. Disponible sur : http://www.sfmp.net/download/sfmp2014_hemorragie.pdf [consulté en avril 2015].
- [23] Abalos E. Prise en charge active contre expectative au cours de la délivrance : Commentaire de la BSG (dernière révision : 2 mars 2009). *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* ; Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- [24] Tabea Affolter. les Hormones de l'accouchement. Sage-femme.ch 4/2010. (en presse).
- [25] Santé.gouv, *Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités Fondamentaux - p.1* [en ligne]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_physiologiques.pdf [consulté en novembre 2014].
- [26] Amnesty International, *Giving life, risking death – Maternal mortality in Burkina-Faso – Negative attitudes towards patients and their family* - London (United Kingdom) : Published by Amnesty International Secretariat,2009. ISBN: 978-0-86210-457-3 – p.78
- [27] ODENT Michel, *L'amour scientifié : les mécanisme de l'amour* - Montreux (Suisse) : Ed. Jouvence, 1999. ISBN 9789-2-88353-241-0.
- [28] Respectful Maternity Care - The White Ribbon Alliance, *Le respect dans les soins de maternité : les droits universels des femmes lors de la période périnatale* [en ligne]. Disponible sur : http://www.healthpolicyproject.com/pubs/46_FinalRespectfulCareCharterFrench.pdf [consulté en mai 2015].

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
ABREVIATIONS.....	3
SOMMAIRE.....	4
Partie I : MATERIEL et METHODE.....	11
1. CONTEXTE :	12
2. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE ET DE LA POPULATION :	12
PARTIE II : RESULTATS et ANALYSE.....	14
1. SYNTHÈSE DES ENTRETIENS MENÉS AUPRÈS DES SF ET AA AU CENTRE SANITAIRE DE BOUSSÉ	15
1.1 Données épidémiologiques des maternités de Boussé :	15
1.2 La prévention :	15
1.3 Le traitement de l'HPP immédiat :	17
1.4 L'organisation des soins :	19
1.5 Informations complémentaires :	20
2. ANALYSE DES RÉSULTATS : LA DISCUSSION	21
2.1. Les limites et biais de l'étude	21
2.2. La prévention de l'hémorragie du post-partum	22
2.3. Le traitement de l'HPP immédiat	28
2.4. Organisation des soins	29
CONCLUSION.....	31
BIBLIOGRAPHIE.....	32
ANNEXES.....	36

ANNEXE

Questionnaire des entretiens destinés à l'enquête auprès des sages-femmes et accoucheuses burkinabé.

L'écriture en italique indique le but vers lequel nous voulons tendre grâce aux questions proposées.

Tous les entretiens se sont passé à l'oral. Nous avons dû reformuler les questions parfois incomprises et modifier l'ordre préétablie.

> **La formation initiale** :

La visée de ces questions est de savoir si oui ou non leur formation initiale leur permet de prévenir et de prendre en charge une HPP débutante.

-Qui êtes-vous ? Sage-femme ou accoucheuse auxiliaire ?

-Où avez-vous été formée ?

-Êtes-vous satisfaite de votre formation ?

Si non, pourquoi ? Et dans quel domaine aimeriez-vous voir des améliorations ? Sur quel sujet voudriez-vous avoir des compléments ?

-avez vous accès à des formations continues ?

-Pensez-vous que votre formation vous a apporté les connaissances nécessaires au diagnostic d'une HPP ? À sa prise en charge (gestes médical de première intention) ?

> **Le vécu des SF** :

Le but des questions suivantes est de savoir, d'après l'expérience des SF, si oui ou non, l'HPP est une complication qu'elles rencontrent souvent.

-Combien de cas d'HPP avez-vous rencontré durant ces deux dernières années ?

- Qu'avez-vous mis en place ? Comment cela s'est-il passé ? Y-a-t-il eu l'intervention d'un médecin ?

La femme a-t-elle survécu ?

- Savez-vous pourquoi nous avons choisi un tel sujet ?

Cette question devra être introduite et la réponse que nous apporterons servira d'explication afin qu'elles comprennent l'objectif de notre étude, et sa visée (plus large que la PEC des HPP).

> **Les moyens de prévention et de diagnostic des HPP :**

Ici, nous souhaitons savoir si oui ou non, les SF ont une connaissance et une compréhension précise et exacte des moyens de prévention et de prise en charge initiale d'une HPP.

- Comment diagnostiquez-vous une HPP ?

- Savez-vous pendant combien de temps après l'accouchement le risque d'HPP est-il présent ? (Pensez-vous qu'une fois le retour à domicile il n'y est plus aucun risque d'HPP ?)

- Connaissez-vous les facteurs de risques et les principales causes d'HPP ? (Pouvez-vous m'en citer quelques unes ?)

- De quels moyens disposez-vous pour dépister et diagnostiquer une l'HPP ? De quels moyens disposez-vous pour diagnostiquer la cause de l'hémorragie ?

- Que mettez-vous en place pour prévenir cette complication ? (Que ce soit en pré-partum lors des consultations ou en per-partum : quels sont les gestes préventifs et curatifs que vous réalisez durant l'accouchement et dans le post-partum immédiat ? > *quelle est votre PEC et CAT?*)

- En quoi consiste votre surveillance durant la période du post-partum ? Existe-t-il une fiche de surveillance : pendant l'accouchement et en post-partum immédiat ? Si oui, l'utilisez-vous ?

- Informez-vous les patientes pendant leur grossesse afin qu'elles comprennent pourquoi elles sont suivies, pourquoi elles doivent se supplémenter en fer ?

- Informez-vous les parturientes de façon à ce qu'elles soient capables de reconnaître le danger si celui-ci se présentait une fois de retour à domicile ?

Que pensez-vous de l'information donnée aux parturientes à ce sujet ? Pensez-vous que ça pourrait être une aide dans votre pratique ? (nous avons posé la question comme ceci:) Si vous étiez cette femme enceinte aimeriez-vous être informée ? Qu'aimeriez-vous savoir ? Qu'est-ce qui vous rassurerait ?

> **Au sein de la maternité – organisation :**

La visée des questions qui suivent est de savoir si oui ou non les SF ont accès à l'information et à la discussion entre professionnels de santé. Nous cherchons aussi à savoir comment s'organise la prise en charge d'une HPP au sein des maternités.

- Si vous êtes confrontée à un problème, trouvez-vous toujours des réponses à vos questions ?
Pouvez-vous trouver une source de documentation ou un professionnel de santé à qui exposer votre problème et ainsi améliorer votre pratique clinique ?

- Existe-t-il des supports théoriques facilement accessibles au sein de la maternité ?

- Les SF et AA ont-elles la possibilité de participer à des formations continues pour approfondir leurs connaissances à ce sujet ?

(car les HPP font partie du programme de renforcement des compétences des soins obstétricaux et néonataux d'urgence)

- Existe-t-il des cercles de parole entre SF, AA et médecins pour discuter des cas difficiles qu'elles ont pu rencontrer et ainsi améliorer la PEC si cela se reproduisait ?

- Y a-t-il un chariot d'urgence facilement accessible en cas d'HPP ?

- Existe-t-il une fiche spécifique de surveillance d'HPP ?

- Y a-t-il toujours la présence d'un médecin compétent en obstétrique capable de PEC les complications d'une HPP avérée quand ce n'est plus du ressort de la SF ?

- Combien de temps faut-il pour pouvoir transférer une patiente dans un centre adapté à sa prise en charge ?

> **Le matériel médical disponible :**

Par le biais de ces questions nous voulons connaître les moyens matériels dont les SF disposent pour prévenir et PEC une HPP.

- Avez-vous le matériel nécessaire pour la mesure des paramètres vitaux (tensiomètre, thermomètre) ?

(interroger sur la compréhension qu'elles ont des raisons de cette surveillance ?)

- Comment mesurez-vous la quantité de sang perdu lors de l'accouchement ?

- Avez-vous le nécessaire pour suturer les lésions éventuelles de la filière génitale ? La patientes peut-elle bénéficier d'une anesthésie locale ?
- Avez-vous le nécessaire pour poser et perfuser une parturiente ?
- Avez-vous des gants stériles pour une DA/RU ?
- Avez-vous la possibilité de réaliser des interventions chirurgicales pour stopper l'hémorragie quand cela devient nécessaire ?
- Utilisez-vous d'autre matériel pouvant être utilisé pour la PEC d'une HPP qui n'a pas était évoqué ici ? (*ballonnet intra-utérin ou vêtement antichoc non pneumatique par exemple ?*)

> **Les moyens pharmaceutiques disponibles :**

De même, par ces questions nous voulons connaître les moyens pharmacologiques dont les SF disposent pour prévenir et PEC une HPP.

- Utilisez-vous du Syntocinon ® : pour la DDC ? En cas d'hémorragie avérée ?
Si oui, décrire le mode d'administration et la posologie.
- Avez-vous des solutions de remplissage (type polyionique, ringer lactate, cristalloïdes) ?
- Utilisez-vous le sulprostone ?
- Utilisez-vous le Cytotec ® ? Le Méthergin / Méthylergométrine ? Le 15-méthyl prostaglandines F2a ? Si oui, quelles est la posologie ?
- Connaissez-vous l'acide tranexamique (Exacyl ®) ? L'utilisez-vous ?
- Pouvez-vous avoir des poches de sang frais en cas de besoin ? A partir de quel taux d'Hémoglobine décidez-vous de transfuser ?
- Utilisez-vous d'autres médicaments ou dispositifs non évoqués ici ?

> **Culture, coutumes, croyances et représentations :**

Ces questions sont les questions les plus difficiles à traiter. Il nous faut d'abord nous renseigner auprès de personnes ressources, extérieures au corps des SF. De cette façon nous aurons déjà une partie de l'information et nous pourrons plus facilement aborder ces sujets en profondeur avec les SF, en posant des questions pertinentes et orientées. Les réponses apportées à ces questions seront peut-être à déduire des dialogues engendrés par toutes les questions précédentes.

- *Qu'est-ce que l'HPP pour les SF ? Ont-elles une explication (de type croyance) de ce phénomène ? Comment interprètent-elles ce phénomène ?*

> *Qu'est-ce que symbolise l'HPP pour vous ? Quel sens donnez-vous à cette complication ?*

- *Comment est perçue une femme qui subit une HPP par les SF/ par sa famille ? Est-elle perçue comme l'actrice ou plutôt comme la victime ?*

- *Utilisent-elles des rituels entourant la naissance pour prévenir ce genre de complications ? (les règles d'hygiène de vie : la nourriture que la femme doit manger avant ou après l'accouchement par exemple, en fonction de la religion, des tabous, des craintes, des interdits, ou l'utilisation du placenta).*

- *Enfin, il nous faut trouver un moyen de comprendre la façon dont les femmes parlent aux femmes.*

Quelle genre de relation établit le SF avec sa patiente ? Est-ce une relation de confiance ? D'écoute et de conseils ? Ou bien est-ce une relation à sens unique soignant >soigné ?

- *avez-vous eu des cours lors de votre cursus concernant la communication/ l'écoute/la relation soignant-soigné ?*

Université de Lorraine - École de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de VALLET Julia - Année 2014-2015

Directrice de mémoire : HECTOR claire

Application des recommandations de l'OMS à propos de l'Hémorragie du Post-Partum

Immédiat : *Analyse des pratiques des sages-femmes et accoucheuses auxiliaires du Centre de Boussé (BF) entre le 14 juillet et le 4 août 2014.*

Résumé :

Malgré les recommandations de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), les hémorragies du post-partum immédiat (HPP) représentent un risque important de morbi-mortalité maternelle au Burkina-Faso. Les femmes burkinabées sont une population particulièrement vulnérable dans un contexte sanitaire précaire. Des entretiens individuels et collectifs ont été menés auprès des sages-femmes et accoucheuses auxiliaires des deux maternités du centre sanitaire de Boussé.

Nous avons mis en parallèle leurs pratiques professionnelles avec les recommandations de l'OMS. Nous avons relevé que l'attitude des professionnelles avec les patientes, le manque d'informations transmises ou recueillies, le mésusage de certains outils diagnostic ainsi que les délais de PEC, entravaient une application optimale des recommandations.

Nous avons alors pu constater que les SF et AA pourraient améliorer la PEC globale des HPP, principalement en travaillant sur les moyens de favoriser la démarche préventive.

Mots clés : Hémorragie du post-partum - Burkina-Faso - Sages-femmes - pratique clinique - prévention

Abstract :

Despite of WHO's guidelines (World Health Organization), Postpartum Haemorrhage (PPH) are still the leading cause of maternal mortality in Burkina-Faso. Indeed, women are a very vulnerable population in a fragile sanitary situation.

Individual and collective interviews have been made with midwives and auxiliary midwives in both maternity of the medical center in Boussé.

We compared their clinical practice with WHO's recommendations for prevention and treatment of PPH. Therefore, we noticed that negative attitude of midwives and auxiliary with the patients, a lack of transmitted or given informations, misused of diagnostic tools, and the period for PPH management, could avoid them to ensure effective care.

We have seen that midwives and auxiliary could improve prevention and treatment of PPH mainly by working on several means to promote prevention.

Keywords : Postpartum haemorrhage - Burkina-Faso - midwives - clinical practice - prevention