

Evaluation de la prise en charge de la pré-éclampsie au BPKHIS, Dharan, Népal

Stage d'immersion en communauté, mai - juin 2011



TABLE DES MATIÈRES :

1. Introduction

2. Sujet abordé : la prééclampsie

a. définition, épidémiologie, facteurs de risque, physiopathologie, diagnostic, complications, traitements, prévention

b. La prééclampsie, un problème communautaire ?

3. Notre stage au Népal

a. Itinéraire de notre voyage

b. étude du système de santé népalais

i. Structure générale du système de santé

ii. Organisation du réseau de soins népalais

iii. Politique de la santé

iv. Acteurs de la santé

v. *Taux de mortalité maternelle : causes de décès*

c. Stage au B.P. Koirala Institute of Health Science (BPKIHS)

d. Notre projet

e. Nos ambitions de projet

f. Les services de santé dans les alentours de Dharan

4. Conclusion

5. Annexes

1) Introduction: *Historique d'un départ...*

Dès les premières présentations de l'unité IMC par le Prof Chastonay, nous étions intéressées à partir loin de notre quotidien ordinaire à la découverte d'une autre culture et en particulier d'un système de santé bien différent du notre.

C'est dans le cadre de notre stage d'immersion en communauté que le 17 mai 2011, nous nous sommes envolées pour le Népal afin de passer 6 semaines à y étudier la santé maternelle.

Notre choix s'était d'abord porté sur l'Iran. C'est ainsi que nous avons contacté un médecin du Teheran Maternity Hospital et avons décidé d'investiguer la prise en charge des femmes enceintes dans une unité de pédiatrie d'un grand hôpital iranien. Malheureusement, la situation politique instable qui régnait dans le pays début 2011 a découragé le comité de l'Université de nous autoriser à partir et notre dossier a donc été refusé.

Décues mais loin d'être abattues, nous avons fait de notre mieux pour trouver une autre destination et un autre projet.

C'est en discutant avec le Dr Chappuis, travaillant au service international et humanitaire, que nous avons été intéressées par le Népal. Celui-ci connaît personnellement un médecin du B.P. Koirala Institute of Health Sciences, hôpital universitaire situé à Dharan dans le Sud-Est du Népal, et a visité ce pays à de nombreuses reprises. C'est donc tout naturellement qu'il nous a conseillé de réaliser notre stage au sein de cet établissement.

Notre première intention était d'effectuer ce stage sous la tutelle du médecin ami du Dr Chappuis et de participer à son travail de prévention des maladies chroniques, telles que l'insuffisance rénale. Mais ce projet n'a été que de courte durée. Ce n'est qu'après la rédaction de ce deuxième dossier que nous avons découvert qu'un autre groupe d'étudiants prévoyait déjà de réaliser le même stage, et que ceux-ci n'avaient guère envie de partager leur projet.

Alors que nous avons une destination adaptée, il nous fallait maintenant un autre sujet d'étude, et c'est ainsi que nous avons décidé de revenir à notre choix d'étude initial : la santé périnatale. Le Dr Chappuis nous a donc mis en contact avec le Dr Slama, qui travaille en médecine communautaire, et c'est sous ses conseils que nous avons opté pour l'étude de la prise en charge et de la prévention de la pré-éclampsie au Népal.

Cette maladie constitue un réel problème de santé publique dans un pays où la mortalité maternelle reste très élevée. Selon certaines estimations, l'éclampsie serait la deuxième cause de décès des femmes enceintes (juste après les hémorragies), c'est pourquoi la prise en charge de la pré-éclampsie constitue un défi essentiel et urgent.

Notre sujet choisi, nous avons donc pris contact avec le prof. Dhruva, chef du service de gynécologie-obstétrique du B.P. Koirala Institute of Health Sciences et c'est très aimablement qu'il a accepté de nous accueillir au sein de son équipe.

Après toutes ces péripéties, c'est donc soulagées et le cœur léger que nous avons pu enfin nous envoler pour ce pays fascinant.

2) Sujet abordé : *La prééclampsie*

La prééclampsie est une complication de la grossesse qui survient habituellement lors du troisième trimestre de grossesse. Elle est secondaire à une dysfonction placentaire qui est responsable de la libération dans la circulation maternelle de diverses substances responsables d'une activation, voire d'une lésion de l'endothélium maternel. Les conséquences sont une hypertension artérielle, une néphropathie glomérulaire et une augmentation de la perméabilité vasculaire.

Bien que très courante, la physiopathologie de cette maladie est très mal connue. De fait, le diagnostic se base principalement sur la présence de deux symptômes: une hypertension artérielle induite par la grossesse et une protéinurie.

Définition:

La prééclampsie est l'association d'une hypertension artérielle supérieure à 140/90 prise à 6 heures d'intervalle et d'une protéinurie supérieure à 300 mg/24h, ou de signes fonctionnels (neurologiques ou digestifs), ou de signes biologiques (thrombopénie ou transaminases augmentées).

La prééclampsie sévère se définit par une HTA grave (pression systolique supérieure à 160 mmHg et diastolique supérieure à 90 mmHg) avec un ou plusieurs des signes suivants:

- douleur épigastrique en barre, nausées, vomissements
- céphalées violentes, phosphènes, acouphènes, réflexes ostéotendineux vifs
- protéinurie supérieure à 3,5 g/j
- créatinémie supérieure à 100 µmol/L
- oligurie avec diurèse inférieure à 20 mL/h
- hémolyse
- ASAT supérieure à 3 fois les normes
- thrombopénie inférieure à 100000/mm³

Epidémiologie:

La prééclampsie est une cause majeure de morbidité maternelle, d'accouchement prématuré et de mortalité périnatale à travers le monde. Son incidence oscille entre 3 et 14% de toutes les grossesses au niveau mondial et est d'environ 5 à 8% en Europe et aux USA. L'OMS estime que les maladies hypertensives sont la cause de 12% de la mortalité maternelle dans le monde. Dans les pays en voie de développement, l'éclampsie est un réel problème de santé publique. On estime que le taux de prééclampsie chez les femmes enceintes peut atteindre 18% dans certains pays et que cette pathologie est responsable de 40 à 80% de la mortalité maternelle. L'un des huit objectifs du Millénaire pour le développement adoptés par les Nations Unies est de réduire la mortalité maternelle mondiale de trois quarts entre 1990 et 2015, c'est pourquoi les problèmes liés à la prééclampsie sont pris très au sérieux par la communauté internationale.

Facteurs de risques:

Un certain nombre de facteurs de risque sont classiquement reconnus. Ceux-ci sont:

- génétiques: des antécédents de prééclampsie dans la famille font augmenter l'incidence d'un facteur 3 à 5
- immunologiques: la primiparité, une brève période d'exposition préalable avec le sperme du père ou encore l'insémination avec un donneur sont autant de facteurs de risques avérés
- physiologiques: un âge maternel élevé
- environnementaux: épisodes de stress physiques ou psychologiques, vie en altitude
- liés à des pathologies maternelles: l'obésité, le diabète, les thrombopénies, les collagénoses, certaines affections auto-immunes, une HTA, une néphropathie chronique
- liés à la grossesse: une grossesse multiple, une môle hydatiforme et les placentas d'anasques, qui en ont commun d'augmenter la masse placentaire, ainsi que des anomalies congénitales ou chromosomiques fœtales

Mais le facteur de risque le plus clair reste la présence d'une prééclampsie au cours d'une grossesse antérieure, en effet une femme ayant déjà souffert de prééclampsie à un risque relatif de 7 comparé à une femme sans histoire de cette maladie.

Physiopathologie de la prééclampsie:

Malgré la grande prévalence de cette pathologie, son étiologie est encore assez mal connue, elle est même connue pour être la maladie des théories. Plusieurs hypothèses ont été émises et pourraient expliquer le développement de la prééclampsie.

Une première explication est que l'invasion en début de grossesse des artères spiralées maternelles par le trophoblaste serait inadéquate.

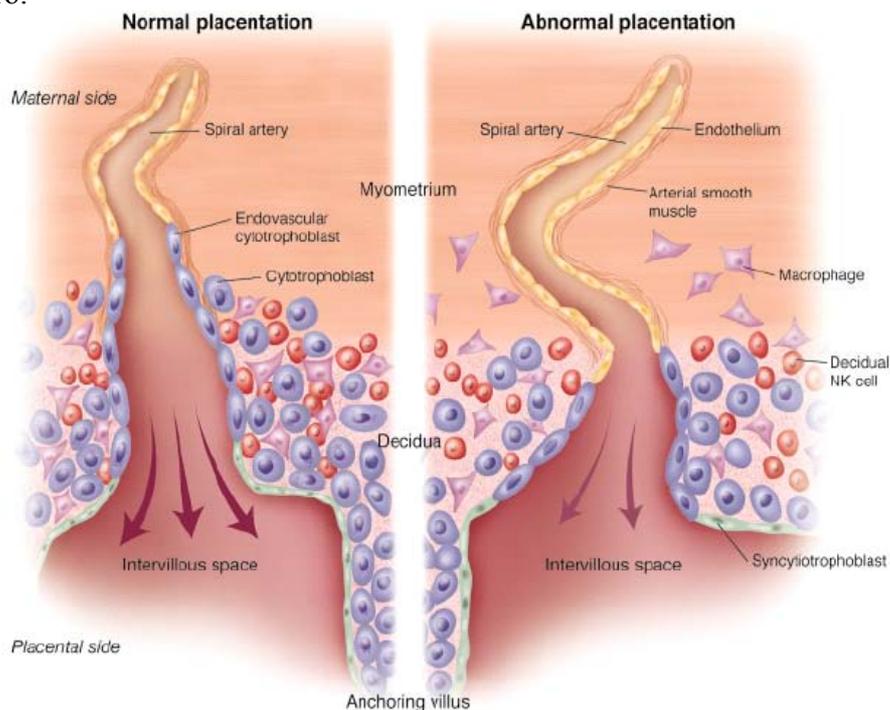
Durant une grossesse humaine normale, un processus d'invasion de la partie superficielle de l'utérus (décidue et myomètre) par des cytotrophoblastes extravilloux a lieu. Vient ensuite une invasion de la paroi artérielle des artères spiralées de l'utérus, artères dont la tunique musculaire lisse deviendra insensible aux agents vasoactifs permettant ainsi une perfusion facilitée de l'espace intervilloux.

Au cours de la prééclampsie, on assiste à la perte du pouvoir invasif du trophoblaste. Ainsi l'invasion des artères utérines est fortement diminuée et le remodelage des cellules musculaires lisses constituant la paroi de ces artères n'a pas lieu. Les artères spiralées utérines conservent ainsi leurs propriétés contractiles et sont sensibles aux agents vasomoteurs normaux (prostaglandines, endothélines, NO,...). L'absence de diminution des résistances vasculaires périphériques va entraîner la formation de microthrombi dans les vaisseaux placentaires, responsables d'une ischémie placentaire. Le placenta ischémique va alors libérer dans la circulation des débris de cellules syncytio-trophoblastique, des acides gras libres, des cytokines inflammatoires, des radicaux libres dérivés de l'oxygène et des récepteurs solubles de cytokines angiogènes qui sont tous directement toxiques pour l'endothélium vasculaire. En l'occurrence, des études récentes font ressortir une association entre la prééclampsie et des niveaux élevés de sFlt1, un récepteur soluble à VEGF qui antagoniserait ainsi ses effets proangiogéniques.

La prééclampsie étant principalement une maladie de la première grossesse d'un couple (et non la "maladie des primipares" comme on l'a longtemps pensé), une autre hypothèse est d'ordre immunologique. Des anomalies dans le système immunitaire de la mère empêcheraient une bonne tolérance immunologique gestationnelle. Une surproduction d'IFN gamma a été mise en évidence, mais l'origine de cette cytokine n'est pas claire.

Dans tous les cas, les manifestations systémiques maternelles seraient donc la conséquence d'une dysfonction endothéliale généralisée entraînant une vasoconstriction, une thrombose plaquettaire, et une augmentation de la perméabilité vasculaire.

Au niveau du placenta, une hypoxie fœtale chronique est induite par l'ischémie tissulaire et entraîne un RCIU et une souffrance fœtale chronique dont l'étape ultime est la mort fœtale in utero.



Diagnostic:

1) examen physique: Association d'une hypertension artérielle supérieure à 140/90 à deux reprises qui apparaît à plus de 20 semaines de gestation chez une patiente avec une tension artérielle habituellement normale et d'une protéinurie positive supérieure à 300 mg/24h. La patiente peut se plaindre de signes fonctionnels d'HTA (céphalées, phosphènes, acouphènes,...)

2) examens complémentaires: Aucun n'est nécessaire pour poser le diagnostic mais on peut effectuer un bilan pour rechercher des signes de gravité ou complications.

Exemples:

NFS plaquette: recherche d'anémie et thrombopénie

Ionogramme sanguin avec créatinémie : recherche d'insuffisance rénale, uricémie

TP TCP fibrinogène: recherche de CIVD

Transaminases: recherche une cytolysse

Pronostique et complications:

- complications à court terme :

- HELLP syndrome : (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets syndrome)

Caractérisé par une ischémie viscérale secondaire à une microangiopathie et une dysfonction endothéliale, ce syndrome associe une thrombopénie, une cytolyse hépatique et une hémolyse intravasculaire. Bien que la pathogenèse soit très mal connue, ces atteintes résulteraient d'une activation de la cascade de coagulation.

Le HELLP syndrome complique 10 à 20% des prééclampsies graves et son incidence est évaluée à 2/1000 grossesses.

Près de 40% des patientes touchées développeront une complication sévère : éclampsie, hématome rétro-placentaire, CIVD, oedème aigu pulmonaire, insuffisance rénale ou hématome sous-capsulaire du foie.

- Eclampsie :

Caractérisée par des convulsions et/ou coma chez une patiente sans histoire neurologique et la plupart du temps atteinte de prééclampsie, l'éclampsie est une complication très sévère de la grossesse. Plus qu'une complication, cette maladie peut être définie comme l'une des manifestations cliniques d'une prééclampsie sévère.

Apparaissant dans environ 5/10'000 naissances dans les pays développés, l'incidence est bien plus grande dans les pays en voie de développement où l'on compte jusqu'à 100 cas par 10'000 naissances.

A nouveau, la pathogenèse est obscure, mais deux hypothèses ont été mises en avant. Une sur-stimulation cérébrale en réponse à l'HTA résulterait en des vasospasmes des artères cérébrales et ainsi sous-perfuserait le cerveau, produisant des oedèmes cytotoxiques intracellulaires. Une autre possibilité serait la perte d'autorégulation du flux sanguin cérébral du à l'HTA, et résultant en une hyperperfusion et à la formation d'oedèmes vasogéniques. Le seul traitement définitif de l'éclampsie est l'accouchement, quel que soit l'âge gestationnelle, cela afin de réduire les risques de morbidité et mortalité maternelles élevés.

- Hématome rétro-placentaire :

Complicant 5% des prééclampsies sévères, il s'agit d'un hématome situé sous la plaque basale du placenta, interrompant ainsi la circulation materno-fœtale et induisant des troubles hémodynamiques, des anomalies de la coagulation et une souffrance fœtale aiguë. Le début est brutal, caractérisé par une intense douleur abdominale permanente, et le seul traitement est une césarienne en urgence.

- CIVD, Insuffisance rénale aiguë, oedème aigu pulmonaire

- complications à long terme :

Longtemps on a décrit la prééclampsie comme étant une maladie séparée en deux étapes distinctes. La première correspondait à un défaut de perfusion placentaire résultant d'un remodelage anormal des artères spiralées, et la deuxième étape correspondait aux manifestations maternelles de la maladie, caractérisées par une hypertension et une protéinurie. Mais les études récentes ont mises en évidence une 3^{ème} étape non négligeable, celle des complications chroniques post-partum.

Pour la plupart des patientes atteintes de prééclampsie, une résolution complète a lieu après une période de 3 à 6 mois. Mais dans certain cas, en plus du risque de récurrence de la maladie lors des prochaines grossesses, des complications à long terme principalement cardiovasculaires et rénales existent.

- Cardiovasculaires : Plusieurs études ont démontré que les patientes atteintes de prééclampsie auront un risque augmenté de développer des maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires, telles qu'une hypertension, une cardiopathie coronarienne ou encore un AVC. Cela pourrait être dû à des changements métaboliques et vasculaires à long terme. Cette observation pose un réel problème de santé publique car les facteurs de risque cardiovasculaire (obésité, diabète,...) sont justement un facteur de risque important de la prééclampsie, qui elle-même augmenterait le risque de maladies cardiovasculaires, réalisant ainsi un véritable cercle vicieux.
- Rénal : Les dysfonctions rénales typiques de la prééclampsie peuvent devenir chroniques et augmenteraient ainsi les risques de maladies rénales. De récentes études ont démontrés une augmentation du risque d'insuffisance rénale chronique chez les patientes ayant souffert d'éclampsie. Un dérèglement du système rénine-angiotensine pourrait être impliqué, les patientes prééclamptiques ont en effet une sensibilité augmentée à l'angiotensine II.

Traitement:

Le traitement définitif de la prééclampsie est l'accouchement, cela afin de prévenir les complications maternelles ou fœtales. Cependant, un accouchement provoqué peut être à l'origine de complications fœtales, particulièrement en rapport avec une éventuelle prématurité. La décision de précipiter l'accouchement est donc basée sur l'âge gestationnel, la condition maternelle et fœtale, et la sévérité de la prééclampsie.

- Prééclampsie modérée :

A partir de 37 semaines de gestation, la grossesse est habituellement provoquée. Au-dessous de cette limite, la première mesure est le repos de la mère et un suivi important. Dans un premier temps une courte hospitalisation peut être nécessaire afin de juger de l'ampleur de la maladie, puis si la prééclampsie est jugée stable la patiente peut rentrer chez elle, tout en effectuant des analyses de laboratoire chaque semaine afin de contrôler la progression de la maladie.

Si la tension artérielle systolique est inférieure à 160, un traitement antihypertenseur n'est habituellement pas prescrit.

- Prééclampsie sévère :

Les buts de la prise en charge thérapeutique sont de prévenir les convulsions et de contrôler l'HTA maternelle, tout en préservant le plus possible la santé fœtale.

La première mesure est une hospitalisation, une induction de la grossesse est effectuée au-delà de 34 semaines de gestation. Au-dessous de cette limite, les risques maternelles et fœtaux sont finement estimés et la décision d'une induction de grossesse est toujours possible si la santé maternelle est mise en danger.

Une première mesure utilisée est la mise en place d'un traitement antihypertenseur. Baisser la tension artérielle ne guérira pas la prééclampsie, l'HTA n'étant qu'une conséquence de la sous perfusion placentaire. Le but majeur de ce traitement est de diminuer le risque d'AVC et autres pathologies induites par une HTA. Le médicament de choix est habituellement le Labetatol ou l'Hydralazine, tous deux étant sans danger pour le fœtus. Des bloqueurs de canaux calciques (comme la Nifedipine) peuvent être utilisés également, mais les conséquences sur la santé fœtale sont moins connues.

Une autre mesure importante est la mise en place d'un traitement anticonvulsant afin de prévenir l'éclampsie. Le traitement de choix est le magnésium sulfate, son mécanisme d'action est mal connu mais son efficacité incontestable.

Enfin, afin de favoriser la maturité fœtale, un traitement anténatal de corticostéroïde est administré aux patientes en dessous de 34 semaines de gestation.

Prévention :

La prééclampsie est une cause très fréquente de mortalité et morbidité maternelle et périnatale, que ce soit dans les pays développés ou en voie de développement, une méthode de prévention efficace aurait donc un grand impact sur la santé mondiale. Mais à ce jour, aucune stratégie ne s'est montrée réellement efficace pour diminuer l'incidence de la maladie, la seule mesure vraiment utile étant un suivi anténatal méticuleux et une prise en charge précoce.

Le seul médicament dont l'utilité de manière préventive a été prouvée est l'aspirine à faible dose, mais ce traitement n'est utilisé que pour des grossesses à haut risque (patiente avec histoire d'HTA, insuffisance rénale chronique, maladie auto-immunes, diabète). Pour ces patientes, on donne 75 mg/j d'aspirine en prévention dès la 12^{ème} semaine de grossesse.

La prééclampsie : un problème communautaire ?

La naissance d'un enfant est un événement que l'on célèbre dans quasiment toutes les sociétés, mais l'aspect plus tragique de la morbidité et mortalité maternelle dans les pays en développement est souvent passé sous silence.

De nos jours, l'écart entre les taux de mortalité maternelle des pays riches et pauvres est plus important que pour tout autre indicateur de santé publique.

La mort d'une femme en couche est souvent perçue comme un accident, mais c'est plutôt comme une maladie chronique à évolution lente que l'on devrait l'appréhender. En effet l'issue d'une grossesse est fortement influencée par le mode de vie de la femme, sa situation économique, son environnement et son statut social.

La prééclampsie et les maladies hypertensives en général sont la cause de 12 % de la mortalité maternelle mondiale, et toutes les sept minutes, une femme meurt des suites d'une hypertension induite par la grossesse. La prééclampsie est donc un problème de santé publique important, et cela autant dans les pays en développement que dans les pays développés. Cependant l'impact de la maladie est ressenti bien plus sévèrement dans les pays en développement où une prise en charge tardive, voire inexistante, ne permet pas d'éviter les complications graves.

Les mystères autour de l'étiologie de la prééclampsie, son évolution imprévisible, et surtout l'inefficacité des interventions médicales lors de présentations tardives (contrairement aux autres causes de mortalité maternelle telles que le sepsis ou les hémorragies), rendent cette maladie très difficile à prendre en charge.

La première difficulté que l'on rencontre lors de la prise en charge de la prééclampsie intervient au tout début du processus de prise en charge de n'importe quelle pathologie : le diagnostic. Malgré les nombreuses recherches à ce sujet, aucune méthode de screening utilisable dans les pays en voie de développement ne permet de prédire de façon précoce une prééclampsie. Il faut attendre des conséquences systémiques mesurables, telles que l'HTA et la protéinurie pour pouvoir diagnostiquer la maladie.

Un dépistage précoce de la prééclampsie, soit-il même par l'intermédiaire de ces signes systémiques, est nécessaire pour réduire à la fois la mortalité et les morbidités liées à cette maladie. Mais nous avons pu constater au Népal, et cela est probablement le cas de nombreux pays en voie de développement, que l'accès aux soins est limité, et cela par différents facteurs. Ces facteurs retardant la prise en charge peuvent être résumés en trois niveaux. Le premier niveau de délai que l'on observe concerne la décision par une patiente de consulter un spécialiste de la santé. Bien trop souvent les femmes atteintes de problèmes obstétricaux ne vont chercher de l'aide qu'en dernier recours, et dans le cas de la prééclampsie cela engendre des complications graves qui auraient pu être évitées. Ceci est en partie le résultat d'un manque d'informations aux femmes enceintes, mais d'autres aspects, économiques, culturels, familiaux, rentrent évidemment en compte.

Le deuxième délai observé, une fois la décision de consulter prise, est l'accès physique aux centres de soins. Le manque d'accès rapide à des services de soins de qualité est un problème majeur dans beaucoup de pays et constitue un énorme obstacle pour réduire la mortalité maternelle. Au Népal, de par le relief du pays et le manque d'infrastructures routières, ce problème est d'une importance capitale. Dans certaines régions éloignées, l'accès à un service de soins, même basique, nécessite de longues heures voire des jours de marche, et le moindre souci de santé peut devenir dramatique. Cette problématique nous a particulièrement touché

lors de notre stage, recevoir à l'hôpital des femmes en septicémies ou en éclampsies qui ont été transportées par leur mari pendant plusieurs jours à la recherche d'aide est une chose que l'on a du mal à imaginer dans nos pays.

Le troisième délai dans la prise en charge a lieu au sein même du centre de soins. D'une part, le manque de personnel entraîné et de disponibilité de médicaments est un obstacle indéniable à une prise en charge adaptée. A l'exception des grands hôpitaux, le Népal manque cruellement de personnel médical et de ressources. Lors de nos visites des hôpitaux périphériques il nous est plusieurs fois arrivé de ne rencontrer comme médecin responsable qu'un étudiant en stage de cinquième année ayant à charge toutes les consultations et toutes les urgences.

Toutes ces difficultés dans la prise en charge des urgences obstétriques ne font que renforcer l'idée que la prévention est capitale afin de diminuer les problèmes liés à l'éclampsie.

Des programmes à but informatifs destinés aux femmes mais aussi à leur entourage, à propos de l'existence de la prééclampsie et de ses symptômes et complications, seraient indispensables pour diminuer son incidence. De tels programmes sont en train d'être mis en place au Népal, notamment avec l'aide des Female Health Volunteers, et une prise de conscience du problème semble s'opérer au niveau gouvernemental.

Dans la même optique, des contrôles anténataux réguliers avec prise de tension artérielle et protéinurie systématiques permettraient de s'occuper des patientes atteintes dès les premiers symptômes. Durant notre stage nous avons assisté à de nombreuses consultations anténatales au sein du BPKIHS ainsi que dans des centres de soins secondaires, ces consultations existent donc et permettent de diagnostiquer de manière précoce les prééclampsies. Cependant, nous nous sommes vite rendues compte que peu de népalaises bénéficiaient de la chance de ce suivi précoce et régulier et que le quotidien d'un grand hôpital universitaire était loin de représenter la prise en charge au niveau national. En effet, plus d'une femme sur deux au Népal ne reçoit aucun soin prénatal, que ce soit de la part d'un médecin, d'une infirmière ou d'une auxiliaire de soins.

Pour ces différentes raisons, la prééclampsie est un réel problème de santé publique, impliquant principalement les femmes enceintes mais également toutes les personnes gravitant autour d'elles. De nombreux déterminants, notamment psychosociaux et socioculturels mais aussi économiques et même géographiques sont sous-jacent à cette maladie et à toutes les maladies maternelles en général, c'est pourquoi des solutions toutes faites n'existent pas et qu'il est si difficile d'améliorer la situation.

3) Notre stage au Népal

a) Itinéraire :

Notre voyage a débuté par quelques jours dans la capitale agitée et bruyante du Népal où nous avons rendu visite à diverses figures politiques et coordinateurs du système de santé. Ces quelques jours passés à jouer les diplomates nous ont permis de nous familiariser à la théorie du système avant d'en observer la mise en pratique.

Nous avons ensuite pris nos fonctions au BPKIHS à Dharan dans le département de gynécologie et obstétrique pour six semaines d'observation et d'étude de la santé maternelle. Durant cette période, nous avons également essayé de découvrir le système de santé du Népal dans sa globalité en passant une semaine dans le centre de soin secondaire de Dhankuta et une journée dans le centre de soin primaire de Pakhribas.

b) Etude du système de santé népalais

- étude de la théorie avant d'observer la mise en pratique

i. **Structure** : Vision officielle du système de santé népalais, des structures disponibles et leur organisation

À Kathmandu, l'ambassadeur suisse M. Tomas Gross nous a reçu pour un aperçu des actions que la Suisse soutient au Népal. Par la suite, il nous a orientés vers M. Dumbar Gurung, coordinateur au Rural Health Development Project (RHDP) soutenu par le Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) et en collaboration avec le gouvernement du Népal. Ses responsabilités au sein du RHDP sont de coordonner et de planifier le fonctionnement des centres de soins, d'optimiser la capacité des comités locaux de soin et de gérer le staff de 58 personnes qui travaillent dans l'organisation. Nous avons eu la chance d'interviewer M. Gurung au sujet de son travail et du système de soin népalais. Le RDHP se concentrent sur la maternité sans risque (safe motherhood programm) et le planning familial. La population cible du programme est donc constituées par les femmes en âge de procréer, estimées au nombre de 8 millions au Népal.



M. Dumbar Gurung, coordinateur au Rural Health Development Project (RHDP)

ii. **Organisation du réseau de soins népalais**

Les centres périurbains sont classés, par ordre croissant de capacité d'accueil en trois centres pré hospitaliers et trois centres hospitaliers:

- poste sub urbain (1 lit)
- centre de soins ambulatoires (1 lit)
- centres de soins primaires (10 lits)
- hôpitaux de districts ou centre de soins secondaire (25 lits)
- hôpitaux de zone ou centre de soin tertiaires (50 lits) où de l'enseignement est dispensé.
- hôpitaux centraux (>100 lits)

A chaque niveau on retrouve différents acteurs de la santé. Ainsi, on ne rencontrera des médecins diplômés qu'au niveau des hôpitaux de districts et des Female Community Health Volunteers qu'au sein des communautés dans les villages.

Les services disponibles dans ces centres varient considérablement, allant de l'opération en champ stérile à la distribution de sels réhydratants comme unique traitement.

iii. **Politique de la santé :**

Réduire la mortalité maternelle est un objectif du millénaire des Nations-Unies et une priorité du gouvernement népalais. Malgré une forte réduction ces dix dernières années, la mortalité maternelle au Népal reste un important problème de santé publique, et selon les rares données disponibles, l'éclampsie serait la deuxième cause de décès des femmes enceintes.

iv. **Acteurs de la santé :**

Gouvernement : Le gouvernement attribue seulement 7 à 8% du budget annuel à la santé et d'autant moins au programme de maternité sans risque et de planning familial. M. Gurung nous a confié que selon le gouvernement népalais, le développement se résume à la construction de routes et d'écoles. Seulement après ces secteurs, les autorités gouvernementales se pencheront sur le secteur de la santé. Une partie de leur travail consiste donc à orienter et soutenir les lobbies afin d'augmenter la part de budget dédiée au secteur de la santé. Ils essaient de les convaincre et de les motiver en usant d'arguments politico-économiques, tels que si la santé du peuple est détériorée, la main d'œuvre diminue et ils ne peuvent contribuer, que des individus sains peuvent participer dans la construction des routes et dans d'autres activités de développement du pays. M. Gurung nous a avoué que démontrer ce cycle aux politiques n'est pas une tâche aisée et qu'il faut répéter ces arguments fréquemment.

Cependant, dans l'idée d'atteindre les objectifs du millénaire, le gouvernement népalais s'est récemment lancé dans un programme de maternité sans risques (SAFE MOTHERHOOD PROGRAM). Celui-ci est basé sur un système de rémunération, nivelé selon les zones géographiques, qui encourage les mères à se rendre dans les services de soin. Ainsi si celle-ci comptabilisent quatre visites anténatales elles reçoivent 1000 Rp dans la région du Teraï. Si elles se rendent dans les hôpitaux de districts pour accoucher, elles recevront 500Rp et 1000Rp à 1500Rp si la région est montagneuse ou très escarpée.

Médecins : Au Népal, il existe une pénurie de médecins dans zones rurales ainsi qu'une tendance à ouvrir des cabinets privés qui privent ainsi les hôpitaux publics de médecins. Afin de pallier à ce problème, un programme soutenu par USAID (le fond d'aide des États-Unis) conjointement avec le gouvernement népalais a permis de mettre sur pied un système d'auxiliaire de santé.

Auxiliaires de santé : Les Health Mother Group (HMG) et les Female Community Health Volunteers (FCHV):

Pour les aider dans ces négociations ils peuvent désormais compter sur le soutien des comités locaux tels que les Health Mother Group et les Female Health Volunteers.

Ces femmes se réunissent en conseils et calculent leur budget, puis elles font pression durant les assemblées communales en prenant la parole et demandent plus de subventions. Emancipées par leur formation, elles s'impliquent dans la politique locale.

Ces Health Mother Group forment une communauté de 48'000 femmes qui travaillent bénévolement et font un bon travail de fond, selon M. Gurung qui regrette que les employés du gouvernement, bien que recevant un salaire régulier et des formations mais ne fournissent pas un si bon travail.

Théoriquement, dans chaque ward il devrait y avoir au moins une FCHV afin d'apporter au peuple les soins les plus basiques:

- administrer du paracétamol
- administrer des anti parasites pour lutter contre l'infection par les vers
- donner des sels réhydratants pour lutter contre la diarrhée
- soigner les petites plaies
- participent dans les campagnes d'immunisation
- sensibiliser aux problèmes de santé courants

Les femmes sélectionnées pour faire partie des Female Health Volunteers doivent répondre à un certain nombre de critères. Elles doivent notamment être mariées et en âge de procréer. Depuis peu, les critères de sélection cherchent à inclure également les personnes désavantagées et discriminées.

Les Health Mother Group organisent des réunions où basés sur ces critères de sélection, des groupes sont formés et reçoivent l'entraînement suivant: 18 jours d'entraînement de base et 5 jours supplémentaire 2 ans après.

De plus, elles doivent périodiquement participer à des réunions où divers aspects de la santé sont abordés. Lors de ces réunions elles discutent de problèmes de santé variés, de l'abus d'alcool, du SIDA, des violences domestiques, en passant par d'autres problèmes sociaux. Elles mettent en garde les maris en renforçant la position de la femme.

Elles partagent leurs expériences et échangent des connaissances. Des thèmes tels que la gestion de la pneumonie chez les enfants ou pourquoi boire de l'eau pour soigner la diarrhée saisonnière sont abordés de façon interactive par un facilitateur dans le but de sensibiliser et d'éduquer. Grâce à cet apprentissage, elles acquièrent un nouveau savoir qui valorise leur rôle dans la communauté, en tant que femme et en tant que citoyenne.

Se fondant sur le postulat que la plupart des décès maternels peuvent être évités M. Gurung a l'espoir que le Népal atteindra les chiffres requis par

l'objectif du millénaire. Donner la vie en Asie est risqué par le fait que dans la plupart des cas, les femmes accouchent sans supervision médicale adéquate.

La deuxième partie de cet objectif est de permettre l'accès aux soins de la santé reproductive et de promouvoir les soins anténataux car selon les nations unies seulement 1/3 des femmes des régions rurales reçoit les soins adéquats durant sa grossesse.

v. **Taux de mortalité maternelle : causes des décès**

La pré-éclampsie / l'éclampsie est la 2ème cause de décès chez la femme enceinte après les hémorragies. Au BPKIHS c'est la cause de décès n°1 car les hémorragies sont en générale évitées. Au BPKIHS il y a 7000-8000 accouchements par an et entre 15 et 30% des femmes font une pré-éclampsie, 5% font une éclampsie. Il y a beaucoup d'éclampsies car les hôpitaux de toute la région (d'Ilam à Janktapur) réfèrent les patientes au BPKIHS.

Ainsi chaque année 281 mères décèdent sur 100'000 naissances vivantes, selon les objectifs du développement du millénaire ce nombre devrait descendre à 134/100'000 naissances vivantes en 2015. La Suisse détient le record du monde du plus bas taux de mortalité avec 7 décès pour 100'000 naissances vivantes alors que le Népal possède l'un des plus haut taux.

Dans les districts qui bénéficient du soutien du RDHP (Dolakha depuis 1991, Okaldhurga et Rampechap depuis 1998) le taux de mortalité maternelle a diminué de 415/100'000 à 239/100'000 naissances vivantes et il est planifié qu'en 2012 les comités locaux prennent le relais et deviennent indépendant, ainsi le soutien du RHDP pourra se porter sur d'autres districts. En septembre 2010, le Népal a reçu le prix des objectifs du millénaire récompensant ses progrès et l'encourageant à persévérer dans cette voie et tenter de diminuer ce chiffre d'un tiers pour atteindre les objectifs du millénaire.

Les principales raisons du taux élevé de mortalité maternelle est résumé par la théorie des 3D: délai dans la prise de décision, délai dans l'accès et délai dans la prise en charge.

Délai dans la prise de décision:

Due à des facteurs socio culturels et financiers, il arrive fréquemment que le patient arrive trop tard dans le centre de soin. En effet, la prise de décision au domicile pour recourir à l'aide médical est dépendante du niveau d'éducation. Afin d'améliorer cela, le RHDP a conduit un programme d'éducation en formant les FCHV, les Mother's group, les enseignants et les soignants traditionnels. Ces volontaires ont été familiarisés avec des kits de préparation à l'accouchement qui leur apprend comment communiquer efficacement des messages de santé lors des meetings et dans le domicile des parents en devenir. Ce kit prescrit quatre visites anténatales et un accouchement assisté par une volontaire entraînée, durant ces quatre visites les signes et symptômes à observer seront relevés. En visitant les familles, elles éduquent également le mari qui joue un rôle important dans la décision. De plus, les soignants traditionnels sont éduqués à référer un patient à un centre de soin. Ainsi, elles tentent de réduire le délai dans la prise de décision.

Délai dans l'accès:

Du à la géographie du Népal ou aux conditions financières, l'accès physique aux hôpitaux est limité. Ainsi, après avoir décidé de recourir à l'aide d'un centre de soin, il arrive que les patients aient à marcher ou être porté 2 à 3 jours pour l'atteindre. Ceux ci dispensent les soins rarement gratuitement. Il arrivera alors que les patients doivent être opéré d'urgence et hospitalisé pour une condition qui aurait pu être traité s'ils étaient venus plus tôt. Le RHDP a mis sur pied un fond pour subventionner l'achat de brancards qui permettent ainsi le transport rapide et efficace des femmes enceintes en besoin. Néanmoins nous avons vu un cas d'éclampsie arriver après 6h de route au BPKIHS.

Délai dans la prise en charge

Due au moyens limités il arrive que le personnel soit peu qualifié ou/et que les ressources soient restreintes. Ainsi, après avoir décidé de rejoindre un centre de soin et l'avoir atteint il se peut que la patiente ne soit pas pris en charge correctement. Le RHDP a tenté d'y remédier en offrant du matériel de soin et en formant le personnel à l'utiliser. Il a aussi récolté les fonds nécessaire à ce que les centres d'accouchements de Dolakha soient ouverts 24/24.

c) Notre STAGE au B.P. Koirala Institute of Health Science :



Géographie:

Le BPKIHS est situé à Dharan dans le sud est du Népal, sur la plaine du Teraï, en continuité avec la plaine du Gange en Inde. Nous y avons accédé par les airs depuis Katmandu, avec Buddha Air. Puis, de Biratnagar nous avons fait la route en taxi pour rejoindre le BPKIHS.

Sécurité:

Le Népal est un pays sûr même s'il est nécessaire d'appliquer les recommandations habituelles pour se prémunir du vol. On nous avait signalé l'existence des Bandh (grève) et nous avons pensé à du folklore local. Contre notre plein gré, il nous a été offert de vivre l'expérience le jour de notre vol pour Biratnagar. Sachant que les jours de bandh les transports publics ne sont pas autorisés à opérer et aucun taxi n'est autorisé à rouler (sous peine de mise à feu), seuls les avions volent et nous avons pu monter sur le notre en gagnant l'aéroport à dos de tuk tuk.

Au sein du campus du BPKIHS, où nous logions, la sécurité est assurée par une surveillance 24/24 de gardes postés à chaque portail, ces derniers se ferment à 23h.

Climat:

Dans le Terai, le ciel était souvent clair, les températures avoisinaient les 35 degrés dès 7h puis les 30 degrés le soir dès 19h. Dans les régions montagneuses, les températures étaient plus clémentes et s'approchaient des 25 degrés la journée. Il est arrivé que des chapes de

brumes couvrent la région et que les températures baissent à 15 degrés. Il a plu des cordes à maintes reprises puisque nous étions au plein coeur de la saison des pluies.

Coût du stage:

Pour les étudiants étrangers en stage au BPKIHS, chaque semaine est facturée 75USD et l'hébergement dans la résidence est de 25 USD par mois.

Hébergement:

La résidence estudiantine dans laquelle nous logions n'est pas mixte, les salles de bains sont communes et le ménage des lieux communs est organisé par la faculté.

Activités:

Il est possible de faire du cricket, du basket, du volley-ball, du tennis, du golf et du badminton au sein même du campus. Les étudiants pratiquent ces sports avant d'aller aux cours soit à 5-6h du matin.

Nourriture:

Les résidences disposent de cantines où la nourriture peu variée est cependant très bon marché. Une cantine pour le staff dispose d'un menu pour une nourriture plus diversifiée. Hors du campus se trouvent des restaurants locaux.

Contexte:

A l'exception de Katmandu, qui concentre la plupart des ressources, le système de soin népalais souffre d'un manque de moyen et de personnel qualifié. C'est cette situation qui a mené à la création en 1993 de l'hôpital universitaire de Dharan; le BPKIHS.

Cet hôpital sera construit sur le site d'une ancienne base militaire britannique où la coopération Indo- népalaise forme des Gurkhas. En mars 1994, les ministres de la santé de l'Inde et du Népal signent le traité de la fondation du BPKIHS et les militaires n'occupent plus qu'un des bâtiments du site, destiné aux recrutements. Depuis, le soutien de l'Inde s'est estompé et le BPKIHS est un corps autonome.

Aujourd'hui, le BPKIHS est devenu la deuxième plus grande université médicale du Népal, formant 60 à 100 médecins par an.

L'hôpital dispose de 650 lits et accueille jusqu'à 25'000 patients par an. Environ 180'000 patients consultent chaque année.

75% des patients sont référés par les cinq hôpitaux de districts avoisinants que le BPKIHS soutient et 25% sont de la région de Dharan.

Durant leur cursus médical, les étudiants sont postés dans les hôpitaux de districts et les centres de soins secondaires pour se familiariser avec la médecine communautaire et permettre à ces hôpitaux de recevoir du personnel qualifié régulièrement.

En 1998, une collaboration active entre les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et le BPKIHS a été initiée, couvrant formation, enseignement et recherche. Des projets de recherche clinique et épidémiologique sont déterminés en fonction de leur potentiel impact sur le système de soin, leur importance au niveau local et les compétences respectives des partenaires.

Notre projet s'inscrit dans le cadre de démarrer une collaboration entre le département de gynécologie - obstétrique et les HUG.

Le Professeur Dhruba, chef de la gynéco-obstétrique a accepté de superviser notre stage au BPKHIS. L'objectif de notre projet était d'évaluer la prise en charge de la prééclampsie et de l'éclampsie au BPKHIS.

Département de gynécologie - obstétrique :

Le département de gynéco-obstétrique du BPKHIS se compose de 8 membres enseignants, 2 médecins résidents et 12 étudiants post gradués. Environ 8000 femmes y accouchent par an avec un taux de césarienne de 26-30%. Les soins gynécologiques et obstétriques généraux sont disponibles, mais les services super spécialisés (tels que médecine foetale, gynéco-oncologie, gynéco-urologie et traitement de l'infertilité) ne sont pas disponibles dans le département. Un service d'urgence est en place 24/24.



L'équipe de gynéco-obstétrique au grand complet lors de l'audit matinal

Notre quotidien:

À 8h a lieu l'audit, où les médecins de gardes font un compte rendu des chiffres de leur journée de garde. Ils donnent le détail du nombre d'admission, du nombre d'accouchements et des opérations en salle d'urgence.

Puis s'ensuivent les rounds au lit du malade, où les étudiants présentent leurs patients aux seniors et où la prise en charge est discutée.

Suite à cela, les médecins se dispersent et prennent leurs fonctions.

Le staff est divisé en deux unités qui s'alternent un jour sur deux entre les consultations ambulatoires et le bloc opératoire.



d) Notre projet :

OBJECTIF DE NOTRE PROJET : Evaluer le type de service fournis en pré-hospitalier ainsi qu'au BPKHIS dans la prévention et la prise en charge de la prééclampsie/éclampsie. .

Comme cité plus haut, la réduction de la mortalité maternelle est un objectif clé du millénaire et une priorité des programmes de soutien de la DDC au Népal. Malgré une forte réduction de la mortalité maternelle ces dix dernières années, la mortalité maternelle au Népal reste un important problème de santé publique. Selon les rares données disponibles, l'éclampsie serait la deuxième cause de décès des femmes enceintes. Malgré qu'il soit difficile de prévenir cette maladie qui se développe parfois rapidement la présence d'une protéinurie ou d'une HTA (mesurées à domicile ou lors d'un contrôle anténatal) permettrait de référer la patiente à l'hôpital avant que l'éclampsie ne se déclenche.

Nous avons cherché à savoir à quel point cette mesure était appliquée afin d'évaluer la prise en charge de la maladie.

Actuellement, plus de 80% des femmes népalaises des milieux ruraux accouchent à domicile. Les progrès récents enregistrés en terme de réduction du taux de mortalité semblent dus au déploiement d'auxiliaires de santé tels que les Female Community Health Volunteers capables de seconder les femmes lors de l'accouchement et offrant quelques services anténataux.

PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA DATA

Les chiffres exacts ne sont pas encore connus car le Dr Dhruva a demandé à une de ses internes, Dr Raksya, de faire une analyse prospective des cas de prééclampsie / éclampsie dans les 6 prochains mois. En un peu plus d'un mois d'étude, elle avait recensé 30 cas de prééclampsies et 5 cas d'éclampsies. Dans une population de 52 patients hypertendu elle a recensé 7 éclampsies; 4 en post partum et 3 en antépartum.

DIMENSION SOCIO CULTURELLE

De façon intéressante, l'étude de Raksha semble montrer que la plupart des cas d'éclampsie sont de la région de Janakpur qui de manière générale sont plus pauvres et peu éduqués et vont moins régulièrement aux visites anténatales.

PROTOCLES DE PREVENTION

SOINS EN PERIPHERIE

Au niveau pré-hospitalier:

Les FCHV ne mesurent pas la pression artérielle ni ne dépistent la protéinurie dans les foyers. Elles assistent les accouchements et sont capables de diagnostiquer une naissance compliquée, qui nécessite un support médical.

En ce qui concerne la prise en charge, au niveau périphérique les community workers effectuent eux une prise de tension, une mesure de la profondeur utérine et un suivi anténatal très basique. L'analyse de la protéinurie n'est effectuée qu'au niveau PHC.

La prise de tension se fait donc dans les centres pré hospitaliers et au delà.

Au niveau hospitalier: La protéinurie est seulement testée dans les centres hospitaliers, ceux-ci effectuent un test d'analyse d'urine au microscope en examen de routine au moins une fois pour tout patient anténatal.

BPKIHS PROGRAMME DE PREVENTION COMMUNAUTAIRE

Dr Druba nous a informées qu'aucun programme de prévention n'existe depuis le département de gynéco obstétrique du BPKIHS pour éduquer les patients de la communauté mais que l'instauration d'un tel programme n'est pas exclue.

EDUCATION DU PATIENT

C'est lors des check up anténataux au BPKIHS que l'éducation se fait, souvent oralement en expliquant quels signes et symptômes requièrent une visite d'urgence.

Cependant les patientes qui viennent consulter au BPKIHS sont souvent éduquées et ont accès à internet et autres moyens de communications. Une prévention à plus grande échelle, qui toucherait également les populations des villages reculés, serait indispensable pour permettre une vraie prise de conscience du problème.

PREVENTION DE LA PREECLAMPSIE/ECLAMPSIE

Une patiente présentant une pression sanguine élevée (140/90) subira une seconde prise de tension afin d'exclure le biais de la blouse blanche. Le diagnostic de haute tension artérielle ne sera posé que si deux lectures sont de minimum 140/90 à 6 heures d'intervalles.

Si cela est diagnostiqué avant la 32e semaine ou si la pression est à 130/80, ou encore si la patiente ne vit pas loin d'un bon centre de soin où elle peut monitorer sa pression, elle est renvoyé à domicile. Elle sera priée de revenir la semaine suivante afin de montrer son cahier de monitoring ou plus tôt selon sa pression.

Si la patiente présente une tension supérieure à 140/90 - elle sera mise sous anti-hypertenseur et renvoyées à la maison. Il n'y a pas lieu de s'inquiéter si elles n'habitent pas trop loin, cependant beaucoup sont hospitalisées.



Consultation anténatale avec prise de tension dans l'hôpital de Dhankuta

PRISE EN CHARGE:

La prise en charge de la prééclampsie se fait en milieu hospitalier (pour les femmes à même d'atteindre le BPKHIS) mais n'est pas codifiée par un protocole de prise en charge et se fait au cas par cas, selon la pression artériel, l'âge gestationnel...

PROTOCOLE D'ADMISSION :

Si SIGNES IMMINENT D'ECLAMPSIE

En cas de signes imminent d'éclampsie ou d'éclampsie déclarée, la pression sanguine est contrôlée par alpha methyl dopa et un monitoring précis est effectué. Lorsque la femme est proche du terme (37-38 semaines) les médecins planifient l'induction de grossesse.

HOSPITALISATION

Les femmes présentant une prééclampsie sévère ou qui viennent de loin sont hospitalisées au BPKIHS.

Lors de l'admission, un test d'urine par examen microscopique est effectué afin d'évaluer le taux d'albumine.

L'accouchement n'est provoqué qu'après la 32ème semaine.

FOLLOW UP

Dans la plupart des cas l'hypertension disparaît après l'accouchement, mais comme il n'y a que peu de Follow-up, on ne connaît pas le pourcentage exact de rémission totale.

CONCLUSION

Autrefois considérée comme une maladie de la grossesse disparaissant à l'accouchement, la prééclampsie est maintenant de plus en plus entrevue comme une affection pouvant se chroniciser et conduire à des complications telles qu'une HTA persistante ou une IRC. Cet aspect nous permettrait de faire le lien avec les projets en cours sur la prévention et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (projet de Laurence Thévoz et Benoît Eherenspreger) et d'autres maladies cardiovasculaires dont le gouvernement népalais se soucie peu, accordant plus d'importance aux maladies aiguës.

e) Nos ambitions de projet :

Lorsque nous assistions aux consultations anténatales au sein du BPKIHS, nous avons été impressionnées (voire submergées) par le nombre de patientes qui se présentaient chaque jour. Chaque médecin présent réalisait une trentaine de consultations pendant les trois heures d'ouverture quotidienne. Nous avons alors pensé qu'il pourrait être intéressant dans le cadre de notre étude de la prééclampsie de réaliser des statistiques des consultations anténatales, tentant de déterminer le profil des femmes qui consultent afin de se rendre compte si elles sont représentatives de la communauté ou font partie d'une classe sociale favorisée. Une autre question était de savoir quel accès ces femmes avaient au BPKIHS, si elles venaient de Dharan ou alors des montagnes alentours. Nous leur avons également demandé si elles incitaient leurs amies à consulter et suivre le programme de maternité sans risques (4 check up anténataux, accouchement à l'hôpital).

Nous avons commencé cette étude statistique et avons interrogé plus d'une centaine de patientes, mais ensuite la possibilité de visiter les différents hôpitaux périphériques nous a été offerte et nous avons déserté les OPD (outpatient département) du BPKIHS et ses consultations ambulatoires, laissant ainsi ce travail inachevé.

Nous avons aussi réfléchi à la fabrication d'un prospectus à distribuer aux femmes enceintes, résumant les signes et symptômes importants de la prééclampsie. Mais nous avons découvert qu'un tel prospectus existait déjà et était distribué plus ou moins couramment selon les hôpitaux.

f) Les services de santé dans les alentours de Dharan :

Visites des centres de soins primaires et secondaires.

Nous avons eu la chance de passer une semaine à Dhankhuta dans le centre de soin secondaire qui prend en charge la population du district, soit 3000 âmes environs.

Nous avons pu visiter le centre qui se compose d'un bâtiment principal et d'une annexe dans laquelle se déroule mardi et jeudi les visites anténatales, et mercredi et vendredi les visites d'immunisation et de planning familial. Ces consultations sont gérées par les infirmières qui nous ont très bien accueillies et expliquée leurs activités dans leur meilleur anglais.

Durant ce séjour nous avons rencontré des étudiants en médecine postés dans ce centre. Ils sont chargés, à tour de rôle durant leur cursus, de tenir la salle de consultations de médecine générale, du lundi au vendredi. Ces dernières attirent plus de 100 patients par jour. Ceux-ci nous ont emmené visiter le centre de soin primaire de Pakhribas où avait lieu la formation des Female Community Health Volunteers. Nous avons rencontré là-bas le chef du centre de soin qui nous a expliqué brièvement le fonctionnement du centre. Cet établissement accueille des patients des villages alentours et prend en charge accouchements, visites anténatales et immunisation. Lorsque les cas sont sérieux et nécessitent un avis médical ils réfèrent au centre de Dhankuta.



*Primary Health Post,
Pakribas et le directeur
du centre, Mr. Nath
Singh, Public Health
Officer*



Fonctionnement en général

Le centre secondaire de Dhankuta bénéficie d'un médecin de garde et d'ambulances qui assurent le transfert des patients au BPKIHS. Le centre primaire de Parkhibas est géré par des auxiliaires de santé qui réfèrent les patients en besoin au centre de Dhankuta.

Contrôle de qualité des centres de soin

En discutant avec les responsables des centres visités nous avons remarqué que leur discours est parfois loin de la réalité. En effet, il n'y a pas de corps externe de contrôle, ni d'évaluation. Ainsi, la corruption est de mise. Il nous est arrivé de voir des billets glissés dans les poches des soignants par les patientes, ou encore d'entendre un responsable de centre nous affirmer distribuer des bouquins illustres à l'intention des femmes enceintes afin de prévenir les complications liées à la grossesse, mais bizarrement ce jour-là les prospectus étaient « out of stock ».

Le BPKIHS recevant un certain nombre de cas d'éclampsies référées par ces centres, nous avons également été surprises de voir que le statisticien de l'hôpital de Dhankuta n'avait pas recensé un seul cas d'hypertension au check up anténatal depuis 2009.

4) Conclusion :

a) Suites du projet :

Le service de médecine communautaire, et plus précisément le Dr Slim Slama compte grâce à cette étude observationnelle, mettre sur pied un projet pour améliorer la prise en charge de l'éclampsie au BPKHIS ainsi que le taux de patientes à risque de développer une éclampsie.

b) Notre expérience globale :

Malgré un choc culturel évident, cette immersion nous a beaucoup plu. Autant la barrière de la langue a formé une crevasse infranchissable tout au long du stage, autant elle nous a permis de développer avec les patients une relation plus subtile, faite de sourires et de regards, et avec les médecins, une complicité quand ils traduisaient pour nous leur conversations avec les patient ajoutant commentaires et éléments de diagnostics. Le milieu médical et plus particulièrement leur gestion de la douleur furent peut être les plus désagréables découvertes de cette immersion, les privilèges des familles plus fortunées, des contacts et l'échange de pot de vins aussi. Mais assister à l'accouchement de jumeaux et survivre au climat tropical du Terai élevèrent cet IMC au rang de l'expérience inoubliable.



5) Annexes :

Interview du Dr. Rakshya à propos de sa thèse

Thèse Dr Rakshya Joshi

Durée: Sur une période de 6 mois et 20 semaines.

Sujet: Étude de l'issue maternelle et fœtale des grossesses avec historique d'hypertension.

Critères d'inclusion: patientes hypertendues.

Résultats préliminaires: 52 cas d'hypertension, en 2 mois et demi, parmi eux 7 cas d'éclampsie; 4 en post partum et 3 en anté partum.

Issues significatives relevées jusqu'à présent (30 mai 2011)

Deux cas de mort fœtale intra utérine ont été observés lors d'hospitalisations de patientes hypertendues.

Une patiente a développé un œdème pulmonaire aigu disséminé, son flux urinaire a cessé. A la suite de l'accouchement induit, elle a présenté une hémorragie cérébrale en post partum.

Une patiente a été induite après avoir été diagnostiquée pour hypertension, elle présentait également des douleurs épigastriques. Après l'accouchement elle a développé un hémangiome hépatique.

Le Dr Rakshya a relevé que parmi les patients présentant une éclampsie, la plupart sont issus de la même caste et vivent dans le même district. Ce sont souvent des patientes qui ne sont jamais venues en consultation anténatales, par manque de moyens et d'éducation.

Traitement de l'hypertension

Au BPKIHS, un protocole de soin est suivi dans le traitement de l'hypertension des femmes enceintes et en post partum.

Si l'hypertension se présente sans autres plaintes dans la période anténatale;

- Pour une patiente éloignée du terme (avant 32 semaines), 250 à 500mg d'alpha méthyl dopa est administré. Dans le cas où la pression diastolique est supérieure à 110mgHg, une dose de 10mg de nifédipine (bloqueur des canaux à calcium) est prescrit.

- Pour une patiente est proche du terme, une dose de 10mg de nifédipine est administrée.

Après 36 semaines et si l'hypertension est contrôlée par ces mesures, l'induction ou la césarienne est programmée suivant les indications habituelles.

Lorsque l'hypertension est très haute, une dose de misoprostol est administrée afin de terminer la grossesse. Dans le cadre du BPKIHS, le fœtus n'est pas viable avant 22 semaines.

Dans le post partum, l'hypertension sans signes d'éclampsie est traitée par thiazone. L'alpha metyldopa causant des problèmes de lactation dans cette période, n'est donc pas indiqué.

Hémorragie post partum

En cas d'hémorragie post partum si l'utérus est atone, l'indication habituelle est d'administrer du methirgine mais chez une patiente hypertendue cela est contraindiqué car peut provoquer une vasoconstriction et une perte de conscience. Dans ce cas, de l'ocytocine, du misoprostol et des prostaglandines E1 sont administrés. Si l'hémorragie n'est pas contrôlée, une transfusion est programmée et enfin si l'hémorragie est toujours active, une hystérectomie péripartum est exécutée. Ceci est important à relever car les patientes atteintes d'éclampsie sont prédisposées

à l'hémorragie du post partum.

Post partum

Jusqu'à ce que la pression sanguine en post partum se normalise la patiente est maintenue en observation, cela dure une semaine habituellement. Elle sera sous traitement de thiazide durant cette période.

Suivi

Il est conseillé à la patiente de faire suivre sa tension par des visites régulières afin d'ajuster les médicaments. Souvent, il arrive que le suivi ne se fasse pas correctement, que les patientes ne reviennent pas. Ainsi, le BPKIHS dispose de peu de données quant aux hypertensions chroniques relatives aux prééclampsies.

Gestion de l'éclampsie

Le protocole de Pritchard est celui employé dans la majorité des pays asiatiques. Il indique qu'une dose de chargement de magnésium sulfate doit être administré lorsque la patiente présente des signes imminents d'éclampsie.

Dose de chargement : 4 gr de magnésium sulfate, dilué à 20% en intra veineuse délivré en 10 à 15 minutes.

Immédiatement après, 5 gr de magnésium sulfate, dilué à 50% en intra musculaire dans chaque fessier, 14gr au total.

Si on n'observe pas d'amélioration 2gr supplémentaire de magnésium sulfate peuvent être administré en intra veineuse lente. Ce traitement ne fera pas baisser la tension mais contrôlera les épilepsies.

Toutes les 4 heures une dose de maintenance sera administrée en alternant les fessiers.

Il est important de relever sur un graphique toutes les quatre heures, le pouls, la fréquence respiratoire, le flux urinaire ainsi que mesurer la protéinurie toutes les 24h. Les réflexes tendineux sont également vérifiés.

Le suivi rigoureux de la patiente est nécessaire car le magnésium sulfate peut être toxique et peut conduire à un arrêt respiratoire ainsi qu'à une insuffisance rénale (le magnésium sulfate est excrété par les reins). En cas de surdosage, il faut administrer son antidote, le calcium gluconate.

Les études menées sur la mortalité maternelle relèvent que la dose de charge est essentielle et améliore considérablement le pronostic. Nous avons entendu du Dr Rakysa que la plupart des patients référés des centres secondaires de soin ne reçoivent pas cette dose contrairement aux patientes référés des petits postes de soin qui ont le magnésium sulfate à disposition.

Un projet de recherche au niveau communautaire est sur le point de démarrer début 2012 au sujet de la détection précoce et de la prévention de la prééclampsie.

Interview du Dr Rakshya, datant du 30 mai 2011, Dharan, BPKIHS.

REFERENCES:

- *Obstétrique*, Jacques Lansac, Guillaume Magnin
- *Gynécologie Obstétrique*, Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- *Implantation et placentation: physiologie, pathologies et traitements*, Jean-Claude Challier, Philippe Merviel, Jean-Michel Foidart
- *Hypertension in pregnancy: an emerging risk factor for cardiovascular disease*, Nature Clinic Practice Nephrology (2007) 3, Vesna D Garovic and Suzanne R Hayman
- *Site internet de l'OMS:*
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/fr/index.html
- *Obstetrics and Gynecology, A Competency-Based Companion*, Michael Belden
- *Pre-eclampsia: etiology and clinical practice*, F. Lyall, Michael A. Belfort