

2<sup>e</sup> ÉDITION

# Conférence Interdisciplinaire de la Santé

Les **26 & 27** Avril 2019  
DOUALA GICAM – BONANJO

## Thème

« Réduire la mortalité maternelle  
et périnatale au Cameroun :  
Quels outils diagnostiques et thérapeutiques ? »

CISa  2019





**AGAPEO**  
Global Services

# AGAPEO GLOBAL SERVICES

Fourniture, Installation et Maintenance des  
Equipements Médicaux

**SONOSCAPE - SHREK - NEUSOFT - OR TECHNOLOGY - VINNO**



 Tel: +237 694 95 85 16



ISO 9001 Certified



 Douala - Cameroon, Boulangerie COAF - DEIDO  [info@agapeo-medical.com](mailto:info@agapeo-medical.com)  
[www.agapeo-medical.com](http://www.agapeo-medical.com)

# Sommaire



- 04 **Mot du président de MedCamer**
- 06 **Mot de la présidente du Comité Technique d'Organisation de la CISa 2019**
- 08 **Mot du responsable du Programme Scientifique de la CISa 2019**
- 09 **Programme de la conférence**
- 11 **Leçon inaugurale : La mortalité maternelle, regard critique sur le Cameroun de 1960 à 2018**
- 12 **Sessions posters et concours MT180**
- 26 **Symposia**
- Symposium 1, Le suivi de la grossesse par le médecin généraliste
  - Symposium 2, Maternité, hygiène et infections
  - Symposium 3, Grossesses pathologiques
  - Symposium 4, L'évaluation du nouveau-né
  - Symposium 5, Urgences obstétricales, diagnostic et prise en charge
- 32 **Sessions interdisciplinaires**
- Interdisciplinaire médicale
  - Interdisciplinaire extra médicale 1
  - Interdisciplinaire extra médicale 2
  - Interdisciplinaire extra médicale 3
- 37 **Ateliers**
- 40 **Session Retour d'expérience**
- 41 **Session Controverse : les violences obstétricales, mythe ou réalité ?**
- 42 **Session Droit et santé**



## Mot du Président de MedCamer

Here comes the 2nd Interdisciplinary Health Conference!

After the success of the first experience in 2018, MedCamer keeps its promise to regularly organise this special meeting in order to contribute to the development of the Health System in Cameroon.

The main interest of continuing education in the intellectual fulfillment of health professionals and the optimization of the quality of patient care is no longer to be demonstrated. This is one of the roles of the IHC.

Beyond knowledge update, the IHC is also the privileged place of encounter and exchange between all the actors who reflect and work daily for the health of Cameroonians, and this regardless of their professional sector or level of expertise.

Gone are those days when nurses, health administrators, pharmacists, dental surgeons, biomedical technicians or engineers, doctors, psychologists... were separated, each one working behind closed doors but for the same goal.

On the other hand, the IHC is also an annual meeting point for leaders of the civil society in the health domain (associations, trade unions, etc.) from which will begin the synergy of actions desired and necessary for the ultimate good of the nation to which we are all devoted.

Excellent Conference to all, and let's meet at the 2020 IHC!

Voici venue la 2ème Conférence Interdisciplinaire de la Santé !

Après le succès de la première expérience en 2018, MedCamer tient ainsi sa promesse d'organiser régulièrement cette rencontre d'un genre particulier afin de contribuer à l'essor du Système de Santé au Cameroun.

L'intérêt majeur de la formation continue dans l'épanouissement intellectuel des professionnels de la santé et l'optimisation de la qualité des soins aux patients n'est plus à démontrer. C'est là une des fonctions de la CISa.

Mais au-delà de l'actualisation des connaissances, la CISa est aussi le lieu privilégié de rencontre et d'échanges entre les tous les acteurs qui réfléchissent et œuvrent au quotidien pour la santé des camerounais, et ce quels que soient leur corps professionnel ou leur niveau d'expertise.

L'époque est révolue où infirmiers, administrateurs de la santé, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, techniciens ou ingénieurs biomédicaux, médecins, psychologues... se regardaient en chiens de faïence, chacun travaillant à huis clos dans sa chapelle alors que tous visaient le même but.

D'autre part, la CISa se veut également un lieu de rencontre annuel des leaders de la société civile en santé (associations, syndicats, ordres professionnels, etc.) d'où partira la synergie d'actions voulue et nécessaire pour le bien ultime de nation à laquelle nous sommes tous dévoués.

Excellente Conférence à tous, et rendez-vous à la CISa 2020 !

*Jean Roger MOULION TAPOUH*



# TABRAD

La Référence Qualité/Prix des Médicaments

**C** Chers Professionnels de la Santé,  
Nous avons le plaisir de mettre à votre disposition une gamme variée de Médicaments pour la prise en charge de vos Patients. Ces Médicaments sont conçus, fabriqués et contrôlés dans le strict respect des normes les plus sévères en vigueur. Nous ne doutons pas que de vos positions d'acteurs actifs, vous vous rendrez compte par vous-même de la Qualité et de l'Efficacité de ces Médicaments.

Notre gamme actuelle et disponible comprend les Médicaments ci-après :

- **TAMLODI 10 (Amlodipine 10 mg TABRAD) :**  
peut être prescrit en 5 mg (demi-comprimé) ou en 10 mg (comprimé entier).
- **TAFUROS 40 (Furosemide 40 mg TABRAD) :**  
peut être prescrit en 20 mg (demi-comprimé) ou en 40 mg (comprimé entier).
- **TAFUROS INJECTION (Furosemide Injection TABRAD) :**  
20 mg/2 ml pour administration IM ou IV.
- Diltiazem 60 mg TABRAD
- TAMET 500 (Metformine 500 mg TABRAD)
- TAMET 850 (Metformine 850 mg TABRAD).
- TAMCLAV 625 (Amoxi-clav 625 mg)
- TAMCLAV 1 g (Amoxi-clav 1 g TABRAD)
- TAMCLAV S (Amoxi-clav Suspension 312.5 mg TABRAD)
- TABRAZOLE 500 (Metronidazole 500 mg TABRAD)
- Cyferfolz (Sirop de fer, Acide folique ou B9, B12 et Zinc)

*Les Médicaments ci-après sont en cours d'homologation :*

- TABZIDE 25 (Hydrochlorothiazide 25 mg TABRAD)
- TABVAL 160 (Valsartan 160 mg TABRAD)

*Plusieurs autres médicaments sont en développement.*

*Pour toute information, demande et/ou suggestion  
Avec nos Salutations Confraternelles*

675 121 511 

info@tabrad.eu 



## *Mot du: Dr MINKA NGOM Esthelle Présidente du CTO*

Et de 2!

C'est un réel plaisir et un honneur pour moi, Présidente du Comité Technique d'Organisation de la Conférence Interdisciplinaire de la Santé, d'avoir organisé ces deux sessions inaugurales.

La conférence interdisciplinaire de la santé a pour objectif de rassembler le corps médical et paramédical autour d'un sujet de santé publique.

La toute première édition s'est tenue en Mars 2018 et a été un franc succès. Fort de ce succès dans les petites choses, nous avons réaffirmé un intérêt à l'organisation de cette seconde session sous le thème de : « Réduire la mortalité maternelle et périnatale au Cameroun : Quels outils diagnostiques et thérapeutiques ? ».

Les enjeux étant réels au vu de la conjoncture, le personnel de santé que nous sommes devront travailler au quotidien en synergie dans un environnement difficile et pour des résultats qui devraient être à la hauteur des attentes de nos patients.

Notre contribution dans le système de santé de notre pays reste vitale. Tout ceci nécessite que nous soyons toujours prêts à mutualiser nos compétences et nos forces pour approcher l'atteinte de ces objectifs qui s'imposent à nous.

C'est dans cet esprit que nous saluons votre participation massive aux sessions de partage qui seront organisées; et nous vous invitons à y mettre du vôtre pour que cette 2eme édition soit un succès retentissant.

Dr MINKA NGOM Esthelle  
Présidente du CTO

# Naturelle, Pure et Equilibrée depuis 40 ans



Eau Minérale Naturelle

source  
**Tangui**<sup>®</sup>

**SEMC** Société des Eaux Minérales du Cameroun  
L'Expert en Eaux Minérales



Glacières pour une Terre durable  
**brgm**

**VICHY**  
LABORATOIRES

Je suis la Pureté, je suis la Qualité

# Mot du responsable du Programme Scientifique de la CISa 2019

Fidèle à son souhait de rendre annuel ce rendez-vous du donner et du recevoir scientifique au sein de la communauté « Santé » du Cameroun, MedCamer a organisé la deuxième édition de la CISa.

La session 2019 se penche sur la mortalité maternelle et périnatale, sujet hautement sensible et encore très préoccupant dans notre pays. Il s'agit également d'un excellent terrain d'application de l'interdisciplinarité voulue par la CISa. C'est ainsi que le panel d'intervenants s'étendra de médecins généralistes à gynécologues obstétriciens, en passant par infirmiers, sages-femmes, anthropologues, psychologues, pharmaciens, pédiatres, anesthésistes, médecins légistes, ingénieurs qualité, infectiologues, experts en simulation interprofessionnelle, cardiologues et endocrinologues.

A côté des sessions classiques que sont les symposiums, les communications affichées et le concours Ma thèse en 180 secondes, le programme scientifique s'est enrichi cette année de :

- Sessions interdisciplinaires, inhérentes à l'esprit de la CISa ;
- Session retour d'expérience, pour favoriser l'expression et le partage d'expérience des médecins généralistes et autres professionnels non spécialistes, principale cible de la CISa ;
- Session controversée, pour stimuler le débat et la réflexion autour de questions peu abordées et non tranchées par la littérature.

Un accent particulier a été mis sur les ateliers pratiques, dont le nombre et le temps ont été considérablement revus à la hausse. La session Droit et santé, désormais incontournable, permet aux professionnels de la santé de combler les nombreuses lacunes qu'ils connaissent dans ce domaine.

Un tel programme n'a pu être finalisé que grâce à la mise en commun de nombreuses intelligences issues de MedCamer ou non, associées à la bonne volonté de tous les intervenants sollicités. Notre reconnaissance va donc à chacun des membres du comité scientifique, qui ont donné de leur temps, et de leur savoir tout au long de ces 6 derniers mois. Au nom de ce comité, j'aimerais remercier chacun des orateurs, chacun des modérateurs et chacun des auteurs de communications affichées, pour la volonté et l'effort qu'ils consentent en vue de la réussite de cet événement. Notre reconnaissance va enfin à chacun d'entre vous qui aura fait le déplacement de Douala, pour participer à cette bourse de la connaissance.

**Dr Massongo Massongo,  
Vice-Président en charge des Affaires Juridiques et du Contentieux,  
Responsable du Programme Scientifique de la CISa 2019**



2<sup>e</sup> ÉDITION

# Conférence Interdisciplinaire de la Santé

Les 26 & 27 Avril 2019  
DOUALA GICAM – BONANJO

## PROGRAMME

Jour 1  
Vendredi  
26 avril 2019

Heure	Type session	Thèmes ou sujets	Durée	Intervenants	Modérateurs
07:00		Accueil Inscriptions	/	Secrétariat	/
08:15	Posters	Visite et évaluation des communications affichées	45 min	Auteurs	Pr Moifo Boniface
09:00	Concours	Ma Thèse en 180 secondes	45 min	Auteurs	Pr Moifo Boniface
09:45	Symposium 1	Le suivi de la grossesse par le médecin généraliste <ul style="list-style-type: none"> <li>Le minimum requis en périphérie</li> <li>Quand référer au spécialiste ?</li> </ul>	45 min	Dr Ndoumou Patrick Dr Tsingaing Jacques	Dr Sandjon Guy Dr Kamto Christian
10:30		Pause-café	20 min		
10:50	Interdisciplinaire extramédicale 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les causes socio-culturelles des décès maternels au Cameroun</li> <li>Comportements à risque, mobilisation communautaire et mortalité maternelle et périnatale</li> <li>Interruptions volontaires de grossesse : implications morales, déontologiques et juridiques</li> </ul>	20 min 20 min 20 min	Dr Wogaing Jeannette Dr Owona Otu Pascal Dr Etoa Mebara François Xavier	Pr Dzudie Anastase Dr Kamwe Carrol
11:50	Cérémonie d'ouverture	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allocutions</li> <li>Arrêt sur image : <i>MedCamer, 10 ans d'histoire et d'action</i></li> <li>Leçon inaugurale : <i>La mortalité maternelle, regard critique sur le Cameroun de 1960 à 2018</i></li> <li>Visite des stands</li> <li>Intermèdes</li> </ul>	15 min 10 min 30 min 35 min 10 min	Divers Président Medcamer Pr Mboudou Emile Participants /	/
13:30		Pause Déjeuner	60 min		
14:30	Droit et santé	La responsabilité médicale : civile, administrative, pénale et disciplinaire Exemple : Demande d'expertise pour mort suspecte	50 min	Dr Etoa Mebara François Xavier	
15:20	Symposium 2	Maternité, hygiène et infections <ul style="list-style-type: none"> <li>Hygiène, qualité et sécurité en salle d'accouchement</li> <li>Quelle place pour les antibiotiques après l'accouchement ?</li> </ul>	45 min	Mme Ndjoko Fatimatou Dr Mafo Estelle	Pr Mbatchou Hugo Dr Guymeya Cyriane
16:05	Partenaire 1	PRODIPHARM	15 min	/	/
16:20		Pause-café	20 min		
16:40	Retour expérience	<ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai récupéré des prématurés en l'absence de couveuses</li> <li>Comment je gère une fièvre avec test de paludisme négatif ?</li> </ul>	25 min 25 min	Dr Njiengwe Erero Dr Mayoh Fanny	Dr Dja Celestine Dr Ndoumou Patrick
17:30	Interdisciplinaire médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Place de l'anesthésiste en gynécologie-obstétrique</li> <li>Trésors et pièges des radiographies du squelette</li> <li>L'information médicale à l'ère du numérique : où en sommes-nous ?</li> </ul>	20 min 20 min 20 min	Dr Ngouatna Serge Dr Haoua Tebere Dr Bediang Georges	Pr Moifo Boniface Dr Nissack Gisèle
18:30		Fin des travaux Jour 1			

2<sup>e</sup> ÉDITION

# Conférence Interdisciplinaire de la Santé

Les 26 & 27 Avril 2019  
DOUALA GICAM – BONANJO

## PROGRAMME

Jour 2  
Samedi  
27 avril 2019

Heure	Type session	Thèmes ou sujets	Durée	Intervenants	Moderateurs
07:00		<b>Accueil Inscriptions</b>		Secrétariat	/
08:00	Symposium 3	<b>Grossesses pathologiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète, grossesse, accouchement et post-partum</li> <li>• HTA, grossesse, accouchement et post-partum</li> </ul>	45 min	Dr Mbango Noel D. Dr Ndom Marie S.	Pr Choukem S P Dr Ndom Marie S
08:45	Ateliers 1	<b>Lecture, interprétation et implications du partogramme (grande salle)</b>	60 min	Dr Foguem Eveline Dr Guimeya Cyriane	/
		<b>Dystocie des épaules - avec simulateur 1 (Petite salle)</b>	60 min	Dr Bogne Valery	/
09:45	Inter-disciplinaire extramédical e 2	<b>Management des situations de crise dans un service médical</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail en équipe en situation de crise</li> <li>• Bénéfices cliniques de la simulation interprofessionnelle dans la santé mère-enfant en situation de crise</li> </ul>	25 min 25 min	Dr Morin Francine Dr Bogne Valery	Dr Betsem Edouard Dr Tsingaing Jacques
10:45	Ateliers 2	<b>Réanimation néonatale – avec mannequin 1 (petite salle)</b>	60 min	Dr Nissack Gisèle	
	Pause-café		15 min		
11:00	Symposium 4	<b>L'évaluation du nouveau-né</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil et examen du nouveau-né de la naissance à la première semaine</li> <li>• Les nouveau-nés dysmatures</li> </ul>	45 min	Dr Eloumou Patrick Dr Nissack Gisèle	Pr Tchente Charl. Dr Penda Ida
11:45	Controverse	<b>Maltraitance et violences obstétricales en structures de soins : mythe ou réalité ?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention en faveur de la réalité des violences</li> <li>• Intervention relativisant ces violences</li> <li>• Discussion</li> </ul>	15 min 15 min 15 min	Dr Dlieuga Bernard Dr Kamto Saurel /	Dr Morin Francine Dr Eyoum Christian
		Ateliers 3	<b>Dystocie des épaules - avec simulateur 2 (Petite salle)</b>	60 min	Dr Bogne Valery
12:30	Partenaire 2	<b>Les Enfants Monique – Les Fous de Cœur</b>	15 min	M Tchato Jules	/
12:45	Symposium 5	<b>Urgences obstétricales, diagnostic et prise en charge</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgences du premier semestre : GEU et avortements septiques</li> <li>• Hémorragies du troisième trimestre et accouchement</li> <li>• Infections maternelles et périnatales (chorio-amnionite, endométrites, septicémies)</li> </ul>	45 min	Dr Toukam Eve Dr Chendjou B Pr Tchente Charlotte	Dr Foguem Eveline Dr Ndzie Atangana Etienne
13:30	Pause Déjeuner		60 min		
14:30	Inter-disciplinaire extramédical e 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychologie de la grossesse et de la maternité</li> <li>• Place de la sage-femme dans le parcours de soins</li> <li>• Rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soins</li> </ul>	20 min 20 min 20 min	Dr Djatche Joel Mme Ngah Rachel Dr Deuboue Linda	Dr Bogne Valery Dr Wogaing J
	Ateliers 4	<b>Réanimation néonatale – avec mannequin 2 (petite salle)</b>	60 min	Dr Nissack Gisèle	/
15:30	Partenaire 3		15 min		
15:45	Ateliers 5	<b>Les trésors cachés de :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La numération formule sanguine</li> <li>• L'ionogramme sanguin avec urée et créatinine (grande salle)</li> </ul>	30 min 30 min	Dr Lendem Isabelle Dr Balepna Jean Yves	/
		<b>Réanimation néonatale – avec mannequin 3 (petite salle)</b>	60 min	Dr Nissack Gisèle	/
16:45	Cérémonie de clôture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remise des prix MEDCAMER AWARDS</li> </ul>	15 min	CTO	
17:00	Assemblée Générale MedCamer		90 min	Membres	
18:30	Fin des travaux CISA				
20:30	Dîner de Gala MedCamer sur invitation				

# Leçon inaugurale : La mortalité maternelle, regard critique sur le Cameroun de 1960 à 2018



*Pr MBOUDOU Emile T., Gynécologue Obstétricien – Chirurgie laparoscopique et oncologique en gynécologie, Université de Yaoundé 1, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala (Directeur Général), Douala, Cameroun.*

La mortalité maternelle (MM) est un drame mondial, avec un net déséquilibre selon le niveau de développement des pays, en effet 99% des cas de décès surviennent dans les pays en développement. Ce qui laisse supposer que la MM, est tributaire du pouvoir économique, car hormis certaines curiosités, le taux de MM est souvent proportionnel au PIB (Produit Intérieur Brut) de chaque pays, certaines situations paradoxales relevées, donnent à penser que le seul aspect économique est insuffisant pour expliquer les données décrites.

La situation du Cameroun reste préoccupante, en effet depuis son indépendance, et malgré son potentiel, économique et naturel, la MM reste assez élevée. Si les chiffres des premières années après l'indépendance ne sont pas disponibles, nous devons reconnaître que depuis la mise en place des enquêtes démographiques et de santé (EDS) dans les années 80, les chiffres de la MM sont restées en constante augmentation avec parfois même des périodes d'accélération, même si nous constatons heureusement un infléchissement de la courbe ces dernières années, pour atteindre 586 décès/100 000 NV de nos jours.

La mortalité maternelle est souvent considérée comme un indicateur fondamental de l'organisation du système de santé d'un pays.

Au Cameroun, la prévalence de la MM ne se présente pas avec la même acuité sur toute l'étendue du territoire, la diversité géographique, socioculturelle reste un facteur fondamental dans le déterminisme des variations locales.

Pourtant, de nombreuses initiatives ont été mises en œuvre avec l'appui des bailleurs de fonds pour y remédier depuis plusieurs décennies, avec des résultats que nous connaissons.

Pour réduire de manière notable et durable la mortalité maternelle au Cameroun, il est temps de mettre en place des mécanismes et des actions ayant donné des résultats probants dans d'autres pays, en les adaptant certes à notre propre contexte.

Pour y arriver, un engagement politique de haut niveau est un préalable fondamental, celui-ci doit conduire à la mise en place des actions à haut impact, avec l'appui des acteurs divers.

En reconnaissant les efforts actuels qui sont faits par les pouvoirs publics, nous devons cependant en tant qu'acteurs directs, multiplier des actions et continuer le plaidoyer afin d'une meilleure connaissance et d'une plus grande implication de l'État pour la réduction de ce véritable fléau.

### *P01 : Le chèque santé, outil de riposte contre la mortalité maternelle et néonatale dans le septentrion ?*

*Dr Au Nino Baleba, médecin de santé publique et des systèmes d'information en santé. Enseignant associé à l'Université de Dschang au Cameroun, Président de l'association K'mer Health Members et Directeur de Publication du Magazine Docta. ob1\_nino@yahoo.fr*

La **mortalité maternelle** et **néonatale** demeure un réel problème de santé publique dans le monde, en particulier dans les pays en développement. Les causes les plus observées sont la pauvreté, le manque d'éducation, l'accès difficile aux soins et le manque de suivi depuis la conception jusqu'à l'accouchement. Au **Cameroun**, le **chèque santé** fait partie des mesures prises par le gouvernement pour réduire la **mortalité maternelle**. Mis en œuvre dans le Septentrion, c'est un mécanisme de prépaiement contributif ciblant les femmes enceintes et les nouveaux nés pour couvrir les frais médicaux et non médicaux liés à la grossesse, l'accouchement et le suivi post-natal. Le principal objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité du chèque santé dans la région de l'Extrême nord Cameroun. Pour atteindre cet objectif, nous avons fait le choix d'une étude quasi expérimentale avant-après ici ailleurs avec appariement d'un groupe expérimental au groupe d'intervention. La collecte de données s'est faite pendant la période allant de Mars à Juin 2017 et était basée sur la revue des registres et rapports d'activités des formations sanitaires ciblées par l'étude. Le recrutement en consultations prénatales est passé de 60% avant le projet à 62% dans le groupe d'intervention contre 47% avant le projet à 45% après le projet dans le groupe contrôle. Les Consultations post natales sont passées de 0% avant le projet à 26% après le projet dans le groupe cible alors que dans le groupe témoin, le taux de consultations post natales est passé de 6% avant à 1% après. Les accouchements assistés ont évolué de 15% depuis l'instauration du projet **chèque santé**. Le taux de césariennes réalisées dans les formations sanitaires a augmenté de 1% dans le groupe d'intervention. Le **chèque santé** a permis un accroissement des indicateurs en matière de santé maternelle et néonatale et de ce fait contribué à améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux dans la région de l'Extrême nord Cameroun. Il faudrait donc envisager de l'étendre sur tout le territoire national afin de réduire les taux de **mortalité maternelle et néonatale**.

### *P02 : Giant vulvar leiomyoma : successful management in a poor setting of a common neoplasm in an uncommon site.*

*BANG Guy Aristide<sup>1</sup>*

*(guyaristidebang@yahoo.fr), SAVOM*

*Eric Patrick<sup>2</sup> (esavom@yahoo.*

*fr), METOGO NTSAMA Junie*

*Annick<sup>3</sup> (junimell@yahoo.fr), MISSI*

*Amanda Marlène<sup>4</sup> (missiamanda@yahoo.fr)*

*<sup>1</sup> General surgery unit, Yaoundé University Teaching Hospital (CAMEROON).*

*<sup>2</sup> Limbé regional hospital (CAMEROON).*

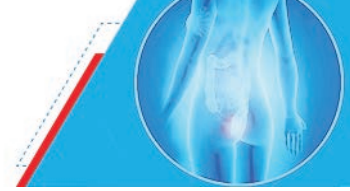
*<sup>3</sup> CRACHER (CAMEROON).*

*<sup>4</sup> Central Hospital of Yaounde (CAMEROON)*

*Corresponding author: BANG Guy Aristide, General surgery unit, Yaoundé University Teaching Hospital (CAMEROON). guyaristidebang@yahoo.fr*

#### **ABSTRACT :**

*In clinical practice, leiomyoma of the vulva are infrequent and rarely encountered. We report the case of a 36-year-old Cameroonian with a 10-year history of a left labia majora swelling. After evaluating history and clinical examination, a decision of excision of this tumor was taken. Intraoperatively, the mass was well circumscribed with a weight of 480 grams. The cosmetic result was good. Histopathology confirmed the diagnosis of vulvar leiomyoma.*



## **PO3 : Pathologie anale révélant un abus sexuel sur mineurs : trois observations d'une réalité souvent déniée en milieu africain**

**BANG GA <sup>1</sup>, BWELE G <sup>2</sup>, SAVOM EP <sup>1</sup>, TCHOPKENG C <sup>1</sup>, NGO NONGA B <sup>1</sup>, ESSOMBA A-**

<sup>1</sup> Centre Hospitalier et universitaire de Yaoundé

<sup>2</sup> Hôpital Central de Yaoundé

**Corresponding author : BANG Guy Aristide, General surgery unit, Yaoundé University Teaching Hospital (CAMEROON). [guyaristidebang@yahoo.fr](mailto:guyaristidebang@yahoo.fr)**

**Introduction :** Les cas d'abus sexuels sur mineurs tant intra, qu'extra familiaux font régulièrement la une de l'actualité en Occident. Leur existence en milieu africain, et au Cameroun plus particulièrement, bien que déjà prouvée par de nombreuses études reste largement sous-évaluée, ce d'autant plus que les familles préfèrent généralement un arrangement à l'amiable au déshonneur d'un procès public. Dans la grande majorité des cas, les victimes dévoilent leur abus de longues années plus tard.

**Observation :** Les auteurs rapportent trois observations de trois enfants de sexe féminin, âgés de 20 mois, 3 ans et 8 ans, dont l'abus a été dévoilé au décours de pathologie anale ayant nécessité une prise en charge chirurgicale. Il s'agissait d'un cas de rupture sphinctérienne, d'abcès anal et d'une sténose anale. Une prise en charge psychosociale a été instituée par la suite. Les suites opératoires ont été favorables dans tous les cas.

**Conclusion :** Les abus sexuels envers les mineurs demeurent une réalité en milieu camerounais et sont souvent révélés par des pathologies chirurgicales de la région ano-rectale. Il s'agit d'une triste réalité qui nous interpelle tous.

## **PO4 : Suicidalité et risque de mortalité maternelle : tendances épidémiologiques chez les mères adolescentes au Cameroun**

**DJATCHE Joël <sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Projet de Prise en charge psychosociale des mères adolescentes,

Association UNIPSY, Yaoundé, Cameroun.

Djatché Joël, Association UNIPSY, [joel1darchi@gmail.com](mailto:joel1darchi@gmail.com)

**Introduction :** Selon l'Institut National de la Statistique camerounais (2011), 42% des mères sont âgées de 12 à 19 ans, et aucune ne reçoit de soins de santé mentale. Selon Vedrinne et Weber (2000), la dimension de la suicidalité est constituée comme un continuum qui va du faible risque au risque le plus élevé, comprenant les idées de mort, les idées suicidaires, l'intention ou le projet suicidaire, le passage à l'acte (tentative) et, éventuellement sa récurrence. L'objectif de l'auteur est de contribuer à décrire l'état des lieux de la suicidalité chez les mères adolescentes au Cameroun.

**Méthode :** La démarche se déploie par des entretiens cliniques d'évaluation psychologique comprenant une thématique sur la suicidalité. Sont explorés le contexte d'apparition passé et/ou présent, la fréquence et durée des items suivants : idées de mort, idées suicidaires, projet/scénario suicidaires, tentatives suicidaires et conduites à risque. Cette évaluation s'appuie systématiquement sur tous les éléments suivants : Guide mhGAP, guide d'évaluation de la suicidalité (Laflamme et al, 2007), l'exploration des processus psychiques (parentalité, identité, les pensées et émotions etc.). Sont identifiées des mères adolescentes en situation de crise ou risque imminent de suicide. Et, un calcul de proportion pour chaque item.

**Résultats :** En 3 ans, 1365 mères adolescentes ont été évaluées et 354 avaient des idées de mort (26%), 297 des pensées suicidaires (19,5%), 75 des projets suicidaires (5,49%), 77 des conduites à risque (5,64%) et 35 des tentatives de suicide (2,56%). Le risque imminent de suicide a été diagnostiqué chez 215, soit 15,75% présentant un risque de mortalité maternelle.

**Conclusion :** Ces évaluations ont contribué à ressortir la problématique de suicidalité des mères adolescentes au Cameroun. Le taux de 15,75% de risque imminent de suicide nous semble bien élevé et soulignant ainsi, l'importance du dépistage systématique des idéations/actes auto-agressifs/suicidaires chez ces dernières.



## Sessions posters et concours MT180

**P05 : Entre invraisemblance populaire et défi clinique, les conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent au Cameroun : une étude de cas.**

**Kamwe Ayimnei Carrol<sup>1</sup>, Eyoum Christian<sup>1</sup>, Njiengwe Erero<sup>1</sup>, Pola Christine<sup>1</sup>, Longue Aurore<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Institut Convergence Psy-Santé, Douala, Cameroun

<sup>2</sup> Service de Psychiatrie, Hôpital Laquintinie, Douala, Cameroun

**Auteur Correspondant : Kamwe Ayimnei Carrol,**  
Institut Convergence Psy-Santé, kamwe06@gmail.com

**Introduction :** Il est généralement difficile pour les adultes/parents d'envisager la possibilité réelle pour un enfant d'avoir des problèmes d'ordre psychologique et pire, d'avoir des conduites suicidaires. On entendra des parents dire par exemple : « un enfant a quel problème à part manger et étudier ? ». Selon l'OMS présenté par DeAngelis (2004), d'ici à 2020, les troubles neuropsychiatriques de l'enfance seront augmentés de 50% mondialement. De plus, ce sera une des cinq causes les plus fréquentes de morbidité, de mortalité et de dysfonctionnement. Au Cameroun, ETOUKE (2017) signale une prévalence significative d'idéations suicidaires dans les antécédents émotionnels des adolescents évalués dans son étude.

**Méthode :** Au travers d'un cas clinique, nous repérons et examinons les enjeux cognitifs, émotionnels et systémiques pouvant médier cette problématique silencieuse ; partant de cette réflexion, nous proposons un algorithme simplifié de prise en charge d'un enfant/adolescent en crise suicidaire.

**Résultats :** La littérature actuelle bien que relativement pauvre en la matière montre que c'est une problématique présente, l'entrée en adolescence (13 ans) étant un moment phare (Mekaoui, 2016), le genre féminin étant le plus représenté au Maroc par exemple.

**Conclusion :** La prise en charge des conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent devrait s'inscrire dans le modèle bio-psycho-social, et s'appuyer sur l'administration d'un score d'Évaluation du Potentiel Suicidaire.



## P06 : Premature baby development: what are the determining factors ?

Gilles C. NDJOMO MScI, <sup>4</sup>, Erero F. NJIENGWE PsyDI,<sup>3,4</sup>, Béatrice MOUDZE MDI,<sup>2</sup>, Léa MOGUEM FOTSO MDI,<sup>2</sup>, Odette N.-GUIFO MDI.

<sup>1</sup> Cameroon Kangaroo Foundation, Douala, Cameroun.

<sup>2</sup> Neonatology Service of Douala Laquintinie Hospital, Douala, Cameroun.

<sup>3</sup> Laboratory of Behavioral Sciences and Applied Psychology, University of Douala, Douala, Cameroun.

<sup>4</sup> Institut of Applied Psychopathology and Trauma Center « Convergence Psy-Santé », Douala, Cameroun.

Gilles C. NDJOMO, Cameroon Kangaroo Foundation, ndjomo28@gmail.com

**Introduction :** Premature birth is known as a situation that can threaten the further development of the new born. This work raises in a preventive perspective the need for identifying the factors that govern the development of the premature baby's abilities. The final goal is to suggest preventive actions that could protect and promote a more secure abilities development in preterm babies.

**Method :** We performed 265 assessments of premature Kangaroo Mother Care (KMC) babies between 26 and 37 weeks of gestational age using the Griffiths Mental Development Scales (GMDS). These babies were between 5 and 20 months of corrected age at the time of the assessment. The developmental test results of the babies were cross-tabulated with antenatal, perinatal and postnatal informations related to the babies parameters and the care received by them.

**Results :** A first striking result is that there is no significant correlation between the gestational age and the general Developmental Quotient (DQ) of KMC infants and no significant correlation between the gestational age and the DQ of each of the dimensions assessed by the GMDS. Another result is that the weight of the baby at 40 weeks is significantly correlated with the general DQ and with the DQ of each of the dimensions assessed by the GMDS.

**Conclusion :** We have noticed that the GMDS is a reliable tool for reporting child development. About the results, we can say that contrary to many studies that claim a link between the degree of prematurity and a risk of disruption in baby's development, our results suggest that the degree of prematurity has no influence on the premature baby's abilities development providing the child is under KMC. Our results suggest that KMC can act as a preventive factor in the process of promoting the development of preterm baby's abilities.

**P07 : Le nouveau-né prématuré ou de petit poids de naissance peut-il survivre en l'absence de couveuses à bébés ? La Méthode Mère-Kangourou (MMK) et l'expérience de l'Hôpital Laquintinie de Douala comme levier pour l'amélioration de la survie des nouveau-nés en Afrique.**

**Erero F. NJIENGWE, Psy-DI,<sup>3</sup> ; Gilles C. NDJOMO, MSc<sup>1</sup> ; Odette GUIFO, M.D<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup> Douala, Cameroun.

<sup>2</sup> Cameroon Kangaroo Foundation, Douala, Cameroun.

<sup>3</sup> Laboratory of Behavioral Sciences and Applied Psychology, University of Douala, Douala, Cameroun.

**Résumé :** Notre travail met en évidence les limites auxquelles sont confrontés les États africains qui conditionnent la baisse de la mortalité néonatale à l'acquisition des incubateurs. Il propose la Méthode Mère Kangourou (MMK) qui se présente comme une alternative plus adaptée tant aux ressources qu'aux valeurs humaines et familiales des peuples Africains. Nous terminons par une expérience qui valide l'applicabilité de cette méthode au contexte Africain.

**P08 : Approche multifactorielle de l'impact de la demande d'asile sur la psychopathologie des migrants suivis à l'équipe mobile précarité santé mentale du Havre, France.**

**Njanjo Mireille <sup>1</sup>, Ngameni Elodie <sup>1</sup>, Kokou-Kpolou Kossigan <sup>2</sup>, De Foucher Capuccine <sup>3</sup>, Jehel Louis <sup>4</sup>, Lopez Gérard <sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Groupe Hospitalier du Havre (Hôpital Flaubert, Hôpital Pierre Janet), Université Paris Descartes

<sup>2</sup> Université de Picardie Jules Verne, Amiens

<sup>3</sup> Université de Paris Descartes

<sup>4</sup> CHU de Martinique, Université Paris Descartes

<sup>5</sup> Université Paris Descartes.

**Auteur correspondant : Ngameni Elodie Gaëlle,** Groupe Hospitalier du Havre, Université Sorbonne Paris Cité, ngamenielodie@gmail.com

**Introduction :** La psychopathologie des migrants est généralement rapportée soit à une étiopathogénie originelle, soit aux conditions traumatiques de la migration, soit aux contraintes d'adaptation au pays d'accueil.

**Matériel et méthodes :** L'objectif de notre travail était d'étudier l'impact du statut migratoire sur la psychopathologie des migrants en situation de précarité. Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale sur la période du 1er mars au 30 juin 2017, à l'équipe mobile précarité santé mentale du Havre (EMPSM).

**Résultats :** Sur les 110 migrants ayant remplis les critères d'inclusion, 51,8% (n=57) étaient des hommes. La moyenne d'âge était de 33,71 ans avec des extrêmes de 18 et 58 ans. Quatorze virgule cinq pour cent des patients avaient obtenus le statut de réfugié au moment de l'étude.

**Discussion :** C'est la combinaison de la période de transit, du nombre d'évènement traumatique vécu, plus précisément du nombre de torture subi qui seraient responsables de la recrudescence de la dépression et de l'anxiété chez les réfugiés. Spécifiquement, s'agissant de la dépression, c'est le syndrome de répétition ou le processus de reviviscence cognitive qui en constituerait le mécanisme déclencheur ou de maintien.

**Conclusion :** Il ressort que l'obtention du statut de réfugié considéré comme une étape importante de la reconstruction psychique du migrant ne fait pas disparaître totalement le sentiment d'insécurité car, finalement la migration constituerait une perte de repères socio culturels à laquelle il faudra s'adapter sur le long terme.





## *P09 : Monitoring des variables psychologiques en pré-per-post partum: une contribution à la lutte contre la mortalité maternelle et néo-natale au Cameroun.*

*Erero F. Njiengwé; Aurore Longue; Christian Eyoum; Gilles C. Ndjomo; Christine Pola; Carrol Kamwe Ayimnei*

*(Institut de Psychopathologie Appliquée et Trauma Center «Convergence Psy-Santé»)*

Les décès maternels se répartissent entre décès par cause obstétricale directe et décès par cause obstétricale indirecte, les facteurs comme l'âge, la nationalité et la région comptant comme principaux facteurs individuels liés à la mortalité maternelle. L'effet des facteurs psychologiques a aussi été évalué, ceux-ci interagissant avec les facteurs médicaux et sociaux dans la série de causes susceptibles d'entraîner un travail prématuré et, éventuellement un accouchement difficile. Les antécédents en termes d'histoire de couple ou de partenaires infertiles peuvent aussi renseigner la liste des facteurs de risque.

Notre contribution vise, sur la base d'une étude menée auprès de personnes en difficulté de procréation à Douala, mais aussi sur la base de la maîtrise de protocoles recommandés par l'OMS et les autorités sanitaires de quelques pays, à suggérer en amont ou tout simplement en pré-per-post partum, le monitoring des variables psychologiques identifiées dans cette étude.

L'ambition de notre proposition est préventive et met l'accent sur l'importance des sciences du mental et du comportement dans les stratégies de santé publique, tant au niveau des politiques publiques que des protocoles opérationnels d'intervention clinique. Un schéma d'évaluation clinique et d'intervention psychologique est proposé pour les soins prénatals, la formation de personnel qualifié, ainsi que les interventions d'urgence obstétricale et néonatales.



### *P10 : Ainhum, a rare mutilating dermatological disease in a female Cameroonian : a case report*

*Diego Nitcheu Tchouakam<sup>1,2</sup>, Joel Noutakdie Tochie<sup>1,3</sup>, Marc Leroy Guifo<sup>3,4</sup>, Simon Pierre Choukem<sup>1,5,6</sup>*

<sup>1</sup> Health and Human Development (2HD) Research Group, Douala, Cameroon.

<sup>2</sup> Bogo District Hospital, Bogo, Cameroon.

<sup>3</sup> Department of Surgery and Specialities, Faculty of Medicine and Biomedical Sciences, University of Yaoundé 1, Cameroon

<sup>4</sup> Department of Surgery, U niversity Hospital Center, Yaounde, Cameroon

<sup>5</sup> Department of Internal Medicine, Douala General Hospital, Douala, Cameroon.

<sup>6</sup> Faculty of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Dschang, Dschang, Cameroon

#### **Abstract**

**Background :** Ainhum is an idiopathic dermatological disease characterised by a progressive constricting ring around the fifth toe, which may lead to spontaneous auto-amputation of the affected toe. Timely diagnosis and treatment are the key elements to avert amputations with resultant mutilating deformities, permanent handicaps and psychological sequellae. Though common in Africans, there are scare report of ainhum in the Cameroonian literature. Herein, we report the case of an adult Cameroonian woman presenting with ainhum, perhaps the first case reported from Cameroon.

**Case presentation :** A 54-year old Cameroonian was admitted to our primary healthcare centre with a 6-month history of a painful constriction band developing the base of her right 5th toe. Her past history was uneventful. Based on the absence of trauma and spontaneous onset of the condition, the diagnosis of ainhum. She was managed surgically by excision of the band, disarticulated at right fifth metatarsophalangeal joint and skin closure. Her post-operative course after one year was uneventful.

**Conclusion :** Here we presented a case of ainhum, apparently the first in the Cameroonian literature. In view of the potential mutilating deformities with permanent physical disabilities and psychological trauma, we draw clinicians' attention, especially wound care specialists to this rare but real pathology in our country, for a timely diagnosis and management.



## *P11 : «Near miss» et mortalité maternelle à l'Hôpital Régional de Garoua*

*Mboutchouang Sandra<sup>1</sup>, Nana Philip<sup>2</sup>, Mve Valère<sup>3</sup>, Eyoko Sandrine<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Médecin chef, Centre médical SOS, Mbalmayo - Cameroun, sandracheb@yahoo.fr

<sup>2</sup> Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Central de Yaoundé, Yaoundé - Cameroun

<sup>3</sup> Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Yaoundé, Yaoundé - Cameroun, mvekoh@yahoo.com

<sup>4</sup> Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Régional de Garoua, Garoua - Cameroun, eyanns@yahoo.fr

**Introduction :** La mortalité maternelle est un problème de santé publique au Cameroun avec un ratio de 669 à 782 décès pour 100 000 naissances entre 2004 et 2011. Le «near miss» maternel est un concept adopté par l'OMS depuis 2009 pour étudier les facteurs associés aux décès maternels. L'objectif général de ce travail était d'identifier les facteurs de risque des «near miss» et des décès maternels à l'Hôpital Régional de Garoua.

**Méthode :** Nous avons mené une étude cas-témoins avec collecte prospective des données du 15 janvier au 6 avril 2018. Les cas étaient les femmes enceintes, en travail ou ayant accouché ou en post partum répondant aux critères de «near miss» définis à partir des critères de l'OMS et les témoins étaient celles ayant eu un accouchement normal, appartenant au même groupe d'âge que les cas. Le ratio était de 1 cas pour 2 témoins. Une régression logistique a été faite pour identifier les facteurs de risque.

**Resultats :** Nous avons recrutés 162 femmes soit 54 cas pour 108 témoins. Notre population d'étude était constituée de femmes jeunes avec une moyenne d'âge de 25,35 ± 6,5 ans, mariées et majoritairement nullipares dans les deux groupes. Les facteurs de risque étaient : l'absence de suivi prénatal (OR =6,75 ; IC=1,86-24,48), l'analphabétisme du conjoint (OR=7,75; IC=2,88-20,80), la gestité ≥ 5 (OR=2,78 ; IC=1,04- 7,44) et la référence (OR=16,37 ; IC=5,50-48,69).

**Conclusion :** Cette étude a permis d'identifier les facteurs de risque des «near miss» et des décès maternels dans une zone de forte prévalence. L'absence de suivi prénatal demeure incriminée.

**P12** :Risk factors for ectopic pregnancy in a population of Cameroonian women : A case-control study

Yvette Audrey Assouni Mindjah<sup>1\*</sup>, Félix Essiben<sup>2</sup>, Pascal Foumane<sup>2</sup>, Julius Sama Dohbit<sup>2</sup>, Emile Telesphore Mboudou<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Medicine and Biomedical Sciences, University of Yaoundé I, Yaoundé - Cameroon,

<sup>2</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine and Biomedical Sciences, University of Yaoundé I, Yaoundé - Cameroon

\* amy.t.2017@gmail.com

**Abstract**

**Objective :** To identify the risk factors for ectopic pregnancy (EP) in a population of Cameroonian women.

**Sample and methods :** We performed a matched case-control study; 88 women with diagnosed EP (cases), and 176 women with first trimester intrauterine pregnancy (IUP) (controls), who underwent questionnaires. Odds Ratio (OR) and 95% confidence intervals (CIs) were calculated and adjusted for potential confounding factors via multivariate logistic regression analysis.

**Results :** Of the fifteen identified risk factors, 4 were independently associated with increased odds of EP: prior pelvic inflammatory disease (PID) (adjusted odds ratio [AOR] 13.18; 95% CI 6.1927.42), followed by current use of levonorgestrel-only pills for emergency contraception (LNG-EC) (AOR 10.15; 95% CI 2.21–46.56), previous use of depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) (AOR 3.01; 95% CI 1.04–8.69) and smoking at the time of conception (AOR 2.68; 95% CI 1.12–6.40).

**Conclusion :** The present study confirms the wide variety of EP's risk factors. Moreover, some new findings including current use of LNG-EC, previous use of DMPA, smoking at the time of conception are noteworthy. Thus, in our limited resources country where prevention remains the cornerstone for reducing EP chances of occurrence, clinicians should do enough counselling, especially to women with known risk factors. The necessity to facilitate access to more equipment to enable early diagnosis of EP is very crucial and should be seriously considered, in order to reduce the burden of EP in Cameroonian women.



### *P13 : Etude de la malnutrition chez les enfants âgés de 06 à 59 mois dans le district de santé de Garoua 1 Nord\_Cameroun*

*Okfa Tchadeu Boris Steve<sup>1</sup>, Ngogang Jeanne<sup>2</sup>, Kouemeni Elisabeth Lysette<sup>2</sup>, Sanou Sobze Martin<sup>3</sup>, Djeunang Dongho Ghyslaine Bruna<sup>4,5</sup>, Tsiotsa Tsapi Armand<sup>4,5</sup>*

<sup>1</sup> *filière médecine, faculté des sciences de la santé, Université des Montagnes, Bangangté - Cameroun*

<sup>2</sup> *département de biochimie et immunologie, faculté des sciences de la santé, Université des Montagnes, Bangangté - Cameroun*

<sup>4</sup> *faculté de médecine, université de Dschang, Dschang - Cameroun*

<sup>5</sup> *département de maladies infectieuses et santé publique, Université de Rome la Sapienza, Rome - Italie*

<sup>6</sup> *faculté des sciences technologiques, Université évangélique du Cameroun, Bandjoun - Cameroun*

#### *Adresse du correspondant :*

*Okfa Tchadeu Boris Steve, université des montagnes, okfatchadeuborissteve@gmail.com*

**Introduction :** La malnutrition est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant l'ensemble de carences, excès ou déséquilibres dans l'apport énergétique et/ou nutritionnel d'une personne. En Afrique la malnutrition est responsable de 5 à 15% de décès chez les enfants âgés de moins de 05 ans ce qui représente 1 à 2 millions de décès/an. Notre étude a pour objectif principal de Déterminer la fréquence de la malnutrition chez les enfants âgés de 06 à 59 mois dans le District de santé de Garoua I.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive sur une durée de 10 mois de mars à novembre 2018. Les données ont été collectées grâce à un questionnaire administré aux parents en mode face à face avec prise de paramètres anthropométriques de l'enfant. Nous avons procédé à un échantillonnage consécutif en communauté dans les domiciles.

**Résultats :** Au total 491 enfants dans 332 ménages ont été admis dans l'étude répartis sur 08 aires de santé dont la tranche d'âge la plus fréquemment rencontrée était celle des nourrissons avec une prédominance masculine avec un âge médian de 29,62 mois. Des 491 enfants nous une malnutrition globale à 67% et une prédominance masculine, 51 (12,3%) présentent une malnutrition aigüe globale et 28 (6,8%) une malnutrition aigüe sévère. La prévalence de l'insuffisance pondérale globale dans notre étude est de 20,7% et 13% pour l'insuffisance pondérale sévère. La malnutrition chronique a une prévalence de 48,5% et 32,1% pour la malnutrition sévère.

**Conclusion :** La taille de la famille est un facteur de risque commun aux différents types de malnutrition sauf pour la malnutrition chronique qui est influencée par le faible nombre de repas quotidiens. Dans ces deux cas de malnutrition le sexe masculin est le plus concerné.

## *P14 : Utilisation de la double contraception et facteurs associés, chez les femmes séropositives au VIH suivies au centre de traitement agréé de l'hôpital central de Yaoundé, Cameroun.*

*Mbu Robinson E<sup>1, 2</sup>, Essiben Felix<sup>1, 3</sup>, Tsafack Marcellin<sup>3</sup>*

*1 : département de Médecine et spécialités, Faculté de Médecine et des sciences biomédicales, Université de Yaoundé 1, Yaoundé - Cameroun*

*2 : Direction de la santé de reproduction, ministère de la santé publique du Cameroun, Cameroun*

*3 : Département de médecine générale, Institut supérieur de Technologie médicale, Yaoundé - Cameroun*

### *Auteur correspondant*

*Tsafack Marcellin, Institut supérieur de Technologie médicale nkolondom, m\_tsafack@yahoo.fr.*

**Introduction :** La double méthode contraceptive (DMC) est recommandée comme moyen de prévention des grossesses indésirées et des IST. Un comportement sexuel à moindre risque pour une santé sexuelle et reproductive chez les femmes séropositives au VIH est primordial pour leur bien-être et celui de leurs partenaires et enfants. L'objectif de cette étude, était d'évaluer la fréquence d'utilisation de la DMC et facteurs associés, chez les femmes séropositives au VIH suivies au centre de traitement agréé (CTA) de l'hôpital central de Yaoundé (HCY).

**Méthodes :** Une étude transversale analytique a été réalisée pendant une durée de 6 mois incluant toute femme en âge de procréer, qui a consenti à participer à l'étude. La collecte des données était par administration de questionnaire en face à face. Les participantes ont été réparties en 2 groupes et comparées selon les caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Le logiciel epi-infos 7.1.3.3 a été utilisé pour l'analyse. L'analyse par régression logistique multivariée a été faite. Toute différence était statistiquement significative lorsque la p-value était < 0,05.

**Résultats :** Seulement 33,3% de la population d'étude pratiquaient la DMC. Les facteurs tels que l'âge > 35 ans (OR=0,29 [0,14-0,60], p=0,001), le fait d'avoir un ou plus d'un rapport sexuel par semaine, (OR=0,25[0,10- 0,60], p=0,001), une parité (OR=0,29 [0,14-0,58], p=0,001) et une gestité de moins de trois (OR=0,28 [0,12-0,65], p=0,003) et aucun antécédent d'avortement (OR=0,24 [0,10-0,56], p=0,001) étaient associés à la pratique de la DMC. Tous, étaient des facteurs protecteurs.

**Conclusion :** La prévalence de la DMC chez les femmes séropositives au VIH suivies au CTA de l'HCY est faible. Les facteurs tels qu'un âge de plus 35 ans, une parité et un nombre de gestes de moins de trois, un ou plus d'un rapport sexuel par semaine et aucun antécédent d'avortement étaient associés à la pratique de la DMC



## **P15 : Non-adhérence aux médicaments antiépileptiques et facteurs associés chez les patients épileptiques à l'Hôpital Laquintinie de Douala**

**Franck Remy TACHOM WAFFO<sup>1, 2</sup>, Jacques DOUMBE<sup>3</sup>, Serges TCHOUKOUA<sup>3, 4</sup>, Callixte KUATE TEGUEU<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université des Montagnes, Bangangté - Cameroun

<sup>2</sup> Faculté de médecine et des sciences Pharmaceutiques, Université de Douala - Cameroun

<sup>3</sup> Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université des Montagnes, Bangangté - Cameroun

<sup>4</sup> Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun

<sup>5</sup> Service de Neurologie, Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun

**Auteur présentateur : Tachom Waffo Franck Remy**, Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université des Montagnes, Bangangté, Cameroun. [tachom90@yahoo.com](mailto:tachom90@yahoo.com) +(237) 690480277

**Introduction :** L'épilepsie est une maladie neurologique chronique, affectant les personnes de tous les âges et toute condition socio-économique dans le monde. Parmi les personnes diagnostiquées avec l'épilepsie, la grande majorité sont traitées avec des médicaments antiépileptiques et près de 70% d'entre eux seront libres de crises après un suivi régulier. Cependant, environ un tiers des patients atteints d'épilepsie continuent de faire des crises malgré des doses appropriées de médicament antiépileptique. Une mauvaise adhésion aux MAE pourrait être la cause la plus importante de mauvais contrôle des crises d'épilepsie. Le but de notre étude était de déterminer la prévalence et les facteurs associés à la non-adhérence aux médicaments antiépileptiques dans un hôpital de référence de la ville de Douala.

**Méthodologie :** Une étude transversale a été réalisée sur 102 consentants et remplissant les critères d'inclusion. La non-adhérence aux antiépileptiques a été mesurée par l'échelle d'Adhérence au Médicament de Morisky à 8 items et une analyse en régression logistique a été utilisée pour rechercher les facteurs associés à la non adhérence.

**Résultats :** Parmi les 102 patients recrutés, 82,35% (84) avaient une mauvaise adhérence aux médicaments antiépileptiques et les facteurs statistiquement associés à la non adhérence étaient l'oubli d'une ou plusieurs prises ( $P < 0,00001$ ), l'absence de moyens financiers chez 45,45% des patients ( $P < 0,00001$ ), l'insuffisance d'informations sur la maladie chez 22,73% des patients ( $P < 0,00001$ ) et l'indisponibilité des médicaments en pharmacie chez 11,36% ( $P < 0,00001$ ).

**Conclusion :** La non adhérence aux médicaments des PAE est fréquente au Cameroun. Des stratégies de communication et formation des patients s'avèrent nécessaires pour améliorer leur adhérence et limiter les conséquences de non adhérence telles la récurrence des crises et une mauvaise qualité de vie.



### *P16 : Trends of antibacterial resistance at the national reference laboratory in Cameroon : comparison of the situation between 2010 and 2017*

*Massongo M<sup>1,2</sup>, Ngando L<sup>3</sup>, Pefura Yone EW<sup>2</sup>, Ariane NZouankeu<sup>3</sup>, Mbanzouen W<sup>3</sup>, Tchatchueng J<sup>4</sup>, Barger D<sup>1</sup>, Tejiokem MC<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> University of Bordeaux, Bordeaux School of Public Health (ISPED), Inserm 1219 Bordeaux Population Health, Bordeaux, France

<sup>2</sup> Hôpital de Jamot, Yaoundé, Cameroon

<sup>3</sup> Service de Bactériologie, Centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé, Cameroun, Membre du Réseau International des Instituts Pasteur

<sup>4</sup> Service d'Epidémiologie et de Santé Publique, Centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé, Cameroun, Membre du Réseau International des Instituts Pasteur

Corresponding author: Massongo Massongo, [massongom@gmail.com](mailto:massongom@gmail.com).

**Introduction :** Antimicrobial resistance represents a growing public health threat. In response to this threat, one of the World Health Organization's Global Action Plan's five strategic objectives is to "strengthening knowledge through surveillance and research". Sub-Saharan African countries are still far from achieving this objective. We aimed to estimate and compare the prevalences of antibacterial resistance in 2010 and 2017 in Cameroon.

**Methods :** We conducted a retrospective study on all clinical specimens cultured in Centre Pasteur du Cameroun (CPC), the National reference laboratory, in 2010 and 2017. Data were extracted from the CPC's laboratory data information system (GLIMS) software and then managed and analyzed using R. Bacterial resistance prevalences were calculated in each year and then compared using chi square or Fisher's tests and relative changes were calculated. We estimated the prevalence of acquired resistance in the whole sample, determined resistance categories (multi-, ultra- and pan- resistances) for *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* species, *Enterococcus* species and *Enterobacteriaceae*, and sought to identify WHO priority resistances.

**Results :** From a total of 55,144 cultures initially identified, 10,234 isolates were finally selected, among which the prevalence of acquired resistance to antibiotics was close to 100%. Most of WHO priority bacterial resistances increased from 2010 to 2017. The most marked increases expressed as relative change between the above-mentioned periods were: imipenem-resistant *Acinetobacter* (6.2% vs 21.6%; +248.4% ;  $p=0.02$ ), imipenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa* (13.5% vs 23.5% ; +74.1% ;  $p<0.01$ ), 3<sup>rd</sup> generation-resistant *Enterobacteriaceae* (23.8% vs 40.4% ; +65.8% ;  $p<10^{-15}$ ), methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (27.3% vs 46.0% ; +68.6% ;  $p<0.002$ ), fluoroquinolon-resistant *Salmonella* (3.9% vs 9.5% ; +142.9% ;  $p=0.03$ ) and fluoroquinolon-resistant *Enterobacteriaceae* (32.6% vs 54.0% ; +65.8% ;  $p<10^{-15}$ ). Multi-drug resistance was high in both years (78.1% vs 79.2% ;  $p=0.07$ ). We saw a decrease in ultra-drug resistance which approached the borderline of significance (7.3% vs 5.0% ;  $p=0.07$ ). No pan-drug resistance has been identified.

**Conclusion :** Bacterial resistance to antibiotics of clinical relevance in Cameroon was high and appeared to increase between 2010 and 2017. There is a need for regular surveillance of antibacterial resistance to inform public health strategies and empirically inform prescription practices.



# ProDiPharm

Pharmaceutical & Medical  
Promotion Agency





# Symposia : Symposium 1

## Le suivi de la grossesse par le médecin généraliste

### Le minimum requis en périphérie pour le suivi d'une grossesse

*Dr Ndoudoumou Patrick, Médecin Généraliste, Directeur Hôpital de District de Meyomessala, Meyomessala, Cameroun*

Au Cameroun la mortalité maternelle est estimée à 669/100 000 naissances (profil sanitaire du Cameroun 2016), beaucoup de ces décès surviennent en périphérie où vit une grande partie de la population camerounaise. En périphérie le médecin est souvent confronté à des difficultés d'ordre technique, matériel, socio économique et culturel. Il fait face à un certain nombre de défis et doit par conséquent être un minimum outillé et apte à réaliser certains actes lui permettant de sauver ou sauvegarder des vies.

On entend par périphérie Localité éloignée d'un centre urbain, difficilement accessible, où parfois il manque eau et/ou électricité, dans laquelle vivent des populations autochtones avec un revenu en général modeste. Le médecin qui y exerce a besoin d'un minimum et de matériels mais surtout de plusieurs aptitudes pratiques, qui vont de la pratique d'un accouchement normal simple à la réalisation d'une hystérectomie.

Les contextes culturel, économique et social confrontent le médecins de brousse à des réalités dites de terrain qui parfois l'obligent à sortir des canons d'exercice académiques de la médecine.

### Quand référer au spécialiste ?

*Dr Jacques Tsingaing Kamgaing,*

*Gynécologue-Obstétricien, Clinique Bel Air Plus, Bonapriso Douala-Cameroun, email : tsingaing@gmail.com*

*Dr Laura Catherine Kaptue Boujeka,*

*Médecin généraliste, Clinique Bel Air Plus, kaptue.laura@yahoo.fr*

Résumé : La consultation prénatale est un exercice préventif d'importance capitale. Elle permet l'identification des risques dès la première consultation et au cours de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Afin d'assurer une expérience positive telle que recommandée par l'OMS, ce suivi de la grossesse peut être assuré par le personnel de santé (Infirmier accoucheur ou médecin) choisi par la futur maman/couple si la grossesse est normale. Il est important de savoir référer au gynéco-obstétricien dès que possible pour une prise de décision rapide en cas de facteur de risque identifié.

# Symposium 2

## Maternité, hygiène et infections



### Hygiène, qualité et sécurité en salle d'accouchement

*Mme Ndjoko à Rim Fatimatou,*

Ingénieur qualité, Centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé - Cameroun, ndjokoarimfatimatou@gmail.com.

- *Éléments d'hygiène et de sécurité dans une salle d'accouchement : hygiène des mains, nettoyage des surfaces et du matériel, désinfectants à utiliser, matériel jetable vs stérilisable ?*
- *Matériel minimum pour équiper une salle d'accouchement dans les normes de sécurité minimales acceptables*

D'importants progrès ont été accomplis au cours des deux dernières décennies dans la prise en charge des naissances au sein des établissements de santé. Pourtant, le recul de la mortalité maternelle et néonatale reste lent. Avec un nombre croissant d'accouchements dans les établissements de santé, l'attention est désormais mobilisée sur la qualité des soins étant donné l'impact que des soins de qualité médiocre ont sur la mortalité et la morbidité. Pour l'avenir, l'OMS aspire à un monde où « chaque femme enceinte et chaque nouveau-né bénéficient de soins de grande qualité pendant toute la durée de la grossesse, de l'accouchement et de la période post natale ».

Pour ce faire l'OMS a établi une définition de la « qualité des soins » et conçu un cadre de référence pour améliorer la qualité des soins pour les mères et les nouveau-nés pendant l'accouchement et la période qui l'entoure. Depuis 2016, le Cameroun s'est doté d'une nouvelle stratégie sectorielle de santé, a souscrit aux Objectifs de Développement Durable et a adopté les nouvelles recommandations de l'OMS en Santé reproductive, maternelle, néonatale. Face aux innovations et changements constants des recommandations sur le plan international, il était temps que le Cameroun actualise ses normes et standards en matière de Santé de reproduction. Il s'agit là d'un élément essentiel pour l'amélioration de la qualité des soins et des services. C'est dans ce contexte que nous proposons ce support de formation sur : la qualité des soins Prodigués à la mère et au bébé, l'hygiène et la sécurité du personnel, du bébé et de la mère en salle d'accouchement.

---

### Quelle place pour les antibiotiques après l'accouchement ? (15 minutes)

*Dr Mafo Nzonteu Estelle,*

Infectiologue, Hôpital Général de Douala, Douala - Cameroun

- *Protocoles d'antibiothérapies en salle d'accouchement ;*
- *Dépistage du streptocoque du groupe B*

## Symposium 3

### Grossesses pathologiques

#### Diabète, grossesse, accouchement et post-partum

*Dr Mbango épse  
Ekouta Noel Désirée*

Interniste

Endocrinologue,

HGOPED,

Douala - Cameroun.

*mbangoedisari@yahoo.*

*fr.*

● Protocole de dépistage,

● Traitement et suivi  
d'un diabète gestationnel  
et diabète pré-existant à  
la grossesse

«Le diabète en grossesse présente un enjeu majeur, en raison du risque maternel et foetal immédiat et à long terme. La prise en charge consiste en un dépistage approprié, des mesures hygiéno diététiques, l'utilisation de l'insuline et de la metformine de façon judicieuse ; et enfin un suivi rapproché et régulier pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum.»

#### HTA, grossesse, accouchement et post-partum

*Dr Ndom Marie Solange*

Cardiologue, Hôpital Laquintinie,

Douala - Cameroun. *msndom@yahoo.fr*

● Protocole de dépistage, de traitement et de suivi d'une pré-Eclampsie et/ou d'une HTA gravidique ou pré-existante à la grossesse

● Quand induire l'accouchement ?

● Quel mode d'accouchement?

L'HTA touche 5 - 10 % des grossesses, elle est la première cause de morbi-mortalité materno-foetale. La moitié d'entre elles sont atteintes d'une HTA essentielle (indépendante de la grossesse) et l'autre moitié d'une hypertension induite par la grossesse, (HTA gravidique à partir de la 20SA). L'HTA gravidique multiplie par trois le risque foetal.

Quel que soit le terme de la grossesse, l'HTA est définie pour une PAS $\geq$ 140mmHg et/ou PAD $\geq$ 90mmHg. On parlera d'HTA modérée 140-159 /90-109mmHg et d'HTA sévère  $\geq$ 160/110mmHg. On distinguera : l'HTA gestationnelle sans élévation pathologique de la protéinurie (constatée après la 20SA); la Pré-éclampsie définie par une HTA (contrôlée ou non) associée à une protéinurie pathologique découverte après la 20SA et l'éclampsie définie par une crise convulsive tonico-clonique dans un contexte de pathologie hypertensive de la grossesse.

La surveillance de la pression artérielle au cours de la grossesse peut nécessiter des mesures ambulatoires de la PA et l'auto-mesure. La recherche de protéinurie doit être mensuelle.

Les molécules recommandées dans le traitement de l'HTA sur grossesse sont : Alpha méthyl-Dopa, Labétolol, Nicardipine, Nifédipine. Les IEC et les ARAII sont contre-indiqués. Le traitement médicamenteux est requis pour toute HTA sévère et est suggéré en cas d'HTA modérée avec un risque cardio-vasculaire élevé.

La prise en charge de la pré-éclampsie est fonction du terme gestationnel et de la sévérité.

Un traitement par bétaméthasone injectable pour maturation foetale est recommandé en cas de pré-éclampsie avant 34 SA et si une prise en charge néo-natale est envisagée.

L'éclampsie est une indication formelle à l'évacuation utérine quel que soit le terme de la grossesse.

L'extraction foetale sera fonction des possibilités obstétricales.

L'Aspirine à faible dose est indiquée en prévention uniquement chez les patientes ayant un antécédent de pré-éclampsie.

La prise en charge d'une HTA sur grossesse nécessite une surveillance pluridisciplinaire.

# Symposium 4

## L'évaluation du nouveau-né



### Les nouveau-nés dysmatures

**Dr Nissack Gisèle**

Pédiatre, Centre Hospitalier Marne La Vallée,  
Jossigny, France

● Examen et prise en charge des prématurés et des nouveaux nés avec RCIU

Cette session traitera des nouveaux nés à risque, les prématurés, les nouveaux nés post terme, les dysmatures, c'est-à-dire des nouveaux nés petits pour l'âge gestationnel, et les nouveaux nés grands pour l'âge gestationnel. Chacun de ces types de bébés présentent des particularités à connaître afin d'en assurer une meilleure prise en charge.

Les trois causes principales de mortalité néonatales en Afrique et au Cameroun sont la prématurité, l'asphyxie, les infections, les proportions varient selon les centres, les niveaux de soins.

Les grands prématurés, les moins de 30SA, ne sont pas majoritaires mais, nécessitent une prise en charge très spécialisée. Le pronostic des autres prématurés peut être amélioré par une prise en charge initiale adéquate. Il en est de même pour les nouveaux nés dysmatures. La plupart des décès de cette population survient dans les 24 premières heures, d'où l'importance de la prise en charge initiale.

Le but de cette session est d'informer les professionnels sur les particularités de ces bébés, de leur fournir les outils pour en assurer une prise en charge initiale optimale.

*Drs Gisèle Nissack, Dr Ngom Marcel*

### Accueil et examen du nouveau-né à la naissance, les pathologies de la 1ère semaine (20 min)

**Dr Eloumou Bissassa Patrick**

Pédiatre Néonatalogiste,  
Hôpital Général, Douala,  
Cameroun.

● Protocole d'examen systématique du nouveau-né, à la recherche des signes de malformations éventuellement manqués en prénatal.

● Les signes d'alerte la première semaine



## Symposium 5

### Urgences obstétricales, diagnostic et prise en charge

#### Urgences du premier trimestre : Grossesses extra-utérines et avortements septiques

**Dr Toukam Michèle-Eve,**

Chirurgien Gynécologue-obstétricienne, Clinique Kouam Samuel/Plénitude, Douala, Cameroun

- **GEU** : diagnostic et traitement ; quelles indications ? quelles procédures ?
- **Avortement clandestin** : Prise en charge, Reconnaître les signes de complications

#### GEU : Take home messages

**Trépied** : Examen clinique + BHCG plasmatiques + Echographie pelvienne endovaginale.

- MINIMUM 2 CONSULTATIONS A 48H D'INTERVALLE SAUF URGENCE++++++
- Importance du diagnostic précoce : appareil d'échographie de qualité, courbe d'apprentissage.
- Traitement médical dans la majorité des cas si diagnostic précoce
- Si chirurgie : LAPAROSCOPIE, laparoconversion si instabilité hémodynamique.

#### Avortements septiques : Take Home messages

- Législation sur l'avortement
- Urgence réanimatoire et chirurgicale
- Vidange utérine : traitement médical ++++
- Aspiration endo utérine prudente si échec du traitement médical, pas de curetage utérin.
- Préservation de la fertilité ultérieure

---

#### Hémorragies 3e trimestre et accouchement (10 min)

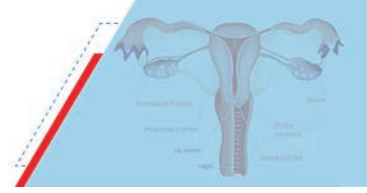
**Dr Chendjou Brice**

Gynécologue-obstétricien, Cabinet de Gynécologie Bonapriso, Douala, Cameroun.

- Savoir suspecter et connaître les modalités de prise en charge de : Placenta praeviae, Hématome rétro placentaire, Hémorragie de la délivrance

# Symposium 5

## Urgences obstétricales, diagnostic et prise en charge



### Diagnostic et traitement des fièvres périnatales : chorioamniotite, endométrites, mastites, abcès de sein, septicémies

Pr Tchente Nguéack Charlotte

Agrégée de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Général - Université de Douala, Cameroun.

#### ● Diagnostic et traitement des fièvres périnatales : chorioamniotite, endométrites, mastites, abcès de sein, septicémies

Les fièvres périnatales (survenant autour de l'accouchement) font suite le plus souvent à une infection. L'infection représente la 3ème cause de mortalité maternelle en Afrique selon l'organisation mondiale de la santé. Son diagnostic a été amélioré par la bactériologie et le traitement amélioré par la découverte des nouveaux antibiotiques, d'où la nécessité d'identifier précocement les différents germes en cause afin d'en réduire la morbidité.

Les germes en cause sont des bactéries qui colonisent le sac gestationnel ou les voies génitales par voie ascendante et rarement par voie hématogène. Pour ce qui est des mastites, la contamination se fait par contiguïté ou par voie hématogène. Les facteurs favorisant varient en fonction de l'entité clinique. Le diagnostic clinique repose sur la fièvre avec ou sans altération de l'état général, associée aux signes locaux d'inflammation, une suppuration, un travail prématuré en cas de chorioamniotite ou des signes de choc en cas de septicémies. Les prélèvements en vue de l'identification des germes en cause doivent être réalisés avant toute antibiothérapie probabiliste. Le traitement étiologique dépend du résultat bactériologique. Les traitements adjuvants comportent les antipyrétiques, les ocytociques, les anti-inflammatoires. La prévention reste la meilleure arme de lutte contre l'infection périnatale, ce par le respect de l'asepsie et la prévention des infections sexuellement transmissibles.

En conclusion, il s'agit des infections que nous pouvons prévenir ou tout au moins traiter efficacement afin de réduire la mortalité maternelle et périnatale.



## Sessions interdisciplinaires Interdisciplinaire médicale

### Place de l'anesthésiste gynécologie-obstétrique (15 min)

**Dr Ngouatna Serge**

Médecin Anesthésiste, Centre des Urgences de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun.

● Quel est le rôle d'un médecin anesthésiste en salle de naissance ?  
● Collaboration avec le gynécologue et anticipation des grosses complications :

- péridurale si suspicion d'extraction fœtale par instrument,
- césarienne catastrophique,
- management de l'hémorragie de la délivrance,

### Trésors et pièges des radiographies du squelette (15 min)

**Dr Haoua Teber,**

Radiologue, Hôpital Régional de Ngaoundéré, Cameroun.

Indications à la portée du médecin généraliste : Fractures, Arthroses, Arthrites, Rhumatismes, Infections et Tumeurs osseuses.

### L'information médicale à l'ère du numérique :

*Où en sommes-nous ? Que pouvons-nous ?*

**Dr Georges Bediang**

Faculty of Medicine and Biomedical Sciences, University of Yaoundé I

P.O Box: 1364, Yaoundé - Cameroon ; E-mail : bediang@yahoo.com

L'information médicale fait référence aux données relatives à l'histoire médicale d'un patient, à ses symptômes, au diagnostic, aux procédures et aux résultats cliniques obtenus au cours de sa prise en charge. Cette information médicale est souvent saisie et conservée dans un dossier médical ou un dossier patient.

Dans le domaine des soins, on sait qu'il est impossible d'atteindre les performances attendues en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité des soins sans une bonne gestion de cette information médicale. Au Cameroun, la gestion de cette information médicale en milieu de soins se fait encore en se basant essentiellement sur du papier, ce qui met en exergue de nombreuses limites inhérentes à ce type de support et lesquelles sont de plus en plus décriées par les professionnels de la santé. Ces difficultés sont davantage amplifiées dans notre contexte si on tient compte de l'isolement de certains professionnels de la santé et des difficultés d'accès géographiques et financiers pour accéder aux soins.

C'est dans l'optique d'améliorer cette situation que certaines initiatives basées sur le numérique ou les technologies de l'information ont été (ou sont) mises en place progressivement dans notre pays. Bien que cette pénétration du numérique soit encore embryonnaire et très souvent orientée pour la gestion des processus financiers (paiement des actes, etc.), on peut noter l'existence de certaines initiatives qui tendent à relever les différents défis liés à l'implémentation du numérique en santé. Au cours de l'exposé, quelques projets pilotes implémentés en milieu clinique dans notre contexte seront décrits. Un accent sera mis sur les défis qu'il reste à relever pour une meilleure intégration et appropriation du numérique en milieu de soins.





# Sessions interdisciplinaires

## Interdisciplinaire extra médicale 1

### *Sociocultural risk factors affecting pregnancy and childbirth*

**Dr Wogaing Jeannette**

Anthropologue de la santé, Université de Douala, Douala - Cameroun.  
wogaing@yahoo.fr.

- *Quels sont les déterminants sociaux et culturels de la mortalité maternelle ?*
- *Quelles responsabilités des différents intervenants sociaux et professionnels ?*
- *Quelles pistes de solutions ?*

Numbers of girls and women in pregnancy in the Cameroonian context are divided between endogenous knowledge, traditional and modern practices around the process of childbirth. This situation helps to register a death of a girl or a pregnant woman every two hours. Based on observations, interviews and life stories with expectant mothers, medical and paramedical staff living in rural and urban areas, we have come to the conclusion that the direct and indirect obstetric causes of maternal deaths are not the only causes of deaths of girls and women during pregnancy. Much more, it is a set of interrelated sociocultural factors interlocking with one another that contribute to the preventable deaths of the latter. Therefore, taking into account the reality experienced by the parturients can contribute effectively to reduce the risk factors that affect pregnancy and childbirth.

### *Comportements à risque, mobilisation communautaire et mortalité maternelle et périnatale.*

**Dr Owona Otu Pascal**

Consultant en comportements à risque, Bikok - Cameroun, dr.pascalowonaotu@gmail.com.

Les femmes et les enfants de moins de 05 ans font partie des groupes dits « vulnérables », pour lesquels des mesures sont particulièrement prises dans tous les systèmes de santé. La mortalité materno-infantile constitue de ce fait un indicateur de santé qu'il convient de surveiller, en utilisant tous les atouts ainsi que les forces en présence. Plusieurs axes d'intervention sont aujourd'hui reconnus comme étant primordiaux dans la lutte contre la mortalité maternelle et péri natale dans un contexte comme celui du Cameroun. La formation pratique des professionnels de santé en fait partie.

Par contre, des aspects tels que la mobilisation communautaire et la sensibilisation des populations sont souvent peu évoquées lors de congrès de ce genre. C'est donc l'occasion de présenter aux professionnels de santé le rôle qui est également le leur dans la prévention, dans un environnement (notamment dans les localités retirées) où ils représentent souvent des personnes ressources qui doivent être polyvalentes. Il s'agit aussi de s'ouvrir aux autres spécialités ou professions pouvant intervenir dans le processus d'appropriation des questions de santé par les populations elles-mêmes. C'est pourquoi le concept de « prévention des comportements à risques » et l'intérêt de la mise sur pieds de mécanismes de mobilisation communautaire leur seront présentés, afin de leur permettre d'avoir une vision plus large des actions qu'ils doivent poser au sein et en dehors de leur bureau de consultation ou de la salle d'accouchement. N'est-ce pas l'occasion de rappeler que la médecine a pour but de restaurer, mais aussi de préserver la santé des populations ?

### Interdisciplinaire extra médicale 1

Interruptions volontaires de grossesse : implications morales, déontologiques et juridiques

**Dr Etoa Mebara François Xavier**  
Médecin Légiste / Expert Droit Médical,  
Chef DS New-Bell,  
Douala - Cameroun. Mefranxavs@yahoo.fr

- Comment est vécue l'IVG par les praticiens ? par les femmes concernées ?
- Y a-t-il des complications psychologiques à terme ?
- Rappel de la législation au Cameroun

L'avortement est une perte ou une expulsion d'un embryon ou d'un fœtus lors d'une grossesse

Il peut être :

Involontaire, spontané

Volontaire, provoqué soit pour des raisons personnelles, soit pour des raisons médicales donc thérapeutiques. On parle alors d'interruption volontaire de grossesse.

On distingue néanmoins deux types

Les avortements dits criminels

Les avortements dits thérapeutiques ceux autorisés par la loi

Il est donc important de savoir pour nous praticiens, quelles sont les procédures requises ou mieux les préalables pour pratiquer un avortement, même thérapeutique dans notre contexte. Pour ne pas tomber sous le coup de la répression législative.

Il est clair que l'avortement soulève des dilemmes éthiques et même des questions bioéthiques, nous allons nous atteler à répondre ensemble à ces questions.

### Interdisciplinaire extra médicale 2

Le travail en équipe en situation de crise

**Dr Morin Francine**

Médecine interne et obstétricale, Instructeur en simulation et interdisciplinarité,  
CHU Sainte Justine – Université de Montréal,  
Canada. fmorin@aei.ca.

- Comment gérer la tension et maintenir cohésion et efficacité de l'équipe de travail lorsque le service traverse des perturbations aiguës ?

Présentation et élaboration sur l'importance du travail d'équipe avec emphase sur la collaboration interprofessionnelle horizontalisée.

Nous discuterons des principes de gestion de situations critiques en milieu à haut risque tel la salle d'accouchement et présenterons divers outils de TeamSTEPPS, ayant comme buts : une communication efficace, une meilleure attribution du leadership, une distribution des responsabilités et charge de travail optimale et une diminution des erreurs de fixation.

Nous aborderons l'importance du débriefing tant pour la pratique du travail d'équipe en simulation que pour la gestion de conflits en milieu hospitalier.

#### Liens/articles :

TeamSTEPPS® Pocket Guide App  
<http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/practice-performance-innovation/optimizing-crisis-resource-management-improve-patient-safety-team-performance-f.pdf>  
Brindley PG1, Reynolds SF. Improving verbal communication in critical care medicine. J Crit Care. 2011 Apr;26(2):155-9.  
Rudolph J, Simon R, Dufresne R, Raemer D (2006) There's no such thing as 'nonjudgmental' debriefing: a theory and method for good judgment. Simul Healthc 1:49-55



## Interdisciplinaire extra médicale 2

Bénéfices cliniques  
de la simulation  
interprofessionnelle  
dans la santé  
mère-enfant en  
situation de crise

**Dr Bogne Valéry,**  
Gynécologue-obstétricien,  
Instructeur en simulation.  
Hôpital Universitaire  
Erasme, ULB, Bruxelles,  
Belgique

● Comment appliquer et bénéficier des techniques de simulation, pour apprendre à gérer des crises dans le domaine de la gynécologie obstétrique et de pédiatrie

## Interdisciplinaire extra médicale 3 Psychologie de la naissance et de la maternité

**Djatché Joël**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Projet de Prise en charge psychosociale des mères adolescentes,  
Association UNIPSY, Yaoundé, Cameroun, joel1darchi@gmail.com

**Introduction :** Au Cameroun, la santé mentale maternelle est une dimension de la santé maternelle qui semble être absente de la formation et de la pratique des prestataires de santé, surtout ceux des services mères-enfant. Pourtant les risques psychopathologiques de la naissance peuvent détériorer considérablement la santé physique et mentale des parents et entraver le bon développement de l'enfant. L'objectif de l'auteur est de présenter quelques aspects des bouleversements de la naissance, du stress périnatal et ses facteurs, et des risques psychopathologiques de la naissance.

**Méthodes :** Une étude transversale analytique à La démarche a consisté faire une modeste revue de la littérature scientifique des auteurs ayant travaillé et effectué des recherches dans le domaine de la périnatalité psychique. Cette présentation s'appuie également sur l'expérience clinique du projet de prise en charge psychologique des mères adolescentes en période périnatale qui dure depuis 5 ans au Cameroun.

**Résultats :** Autant que faire se peut, l'essentiel du contenu de cette présentation s'articulera autour des processus psychologiques de la naissance tel que la transparence psychique, l'ambivalence ; les facteurs de stress périnatal ; et les troubles de la périnatalité tels que : le baby blues, la dépression périnatale, l'anxiété et psychotraumatisme liés à la naissance et la psychose puerpérale. Quelques conséquences sur la santé de la mère, du père et le développement de l'enfant seront également évoqués.

**Conclusion :** Cette présentation contribuera très modestement, à accroître chez les participants, les informations sur les risques de santé de la mère et du développement bébé. Le but étant d'améliorer la promotion, la prévention, et la prise en charge dans une perspective holistique autour de la naissance.



## Sessions interdisciplinaires

### Interdisciplinaire extra médicale 3

#### Le rôle du Pharmacien d'officine dans le parcours de soins

*Dr Deuboue Linda*

*Pharmacienne, Pharmacie des Congrès, Yaoundé.*

- Quelles sont les attributions du pharmacien et de la pharmacie de ville ?
- Le pharmacien peut-il effectuer des consultations ? Où s'arrête le conseil ?
- Que dit la législation ?

La qualité de professionnel de santé de proximité fait que la Pharmacie d'officine est une porte d'entrée facilement accessible au système de soins et un acteur incontournable dans la coordination de soins.

D'après la loi N°90-035 du 10 Août 1990 portant sur l'exercice et l'organisation de la profession de Pharmacien.

«La délivrance de médicaments au grand public est réservée exclusivement au Pharmacien».

Seul le Pharmacien d'officine est habilité à délivrer les médicaments au grand public contrairement au Pharmacien d'hôpital dont l'usage est interne et limitée aux patients de ladite structure. Il est d'abord là pour :

- Expliquer le médicament : son action, son fonctionnement, ses risques d'interaction et éventuellement sa fabrication. Ce qui fait de lui le spécialiste du médicament ;
- Apporter son aide au patient via le conseil pharmaceutique, ou la réorientation de celui-ci lorsque son champs de compétences est dépassé ;
- Participer au suivi thérapeutique des patients atteints des maladies chroniques (HTA, Diabète, Asthme....) ;
- Assurer la disponibilité des médicaments au sein de son officine et donc participer au bon fonctionnement de notre système de santé.

Bien qu'étant le spécialiste du médicament, il ne peut faire des consultations, ni délivrer des ordonnances médicales et encore moins établir des certificats et attestation de complaisance.

Vu son rôle social et sociétal, l'officine est en passe de devenir le poste de santé de proximité, la porte principale d'entrée dans le système de santé.

Son activité sera une dispensation du médicament plus dynamique, en relation avec les prescripteurs.



## Lecture, interprétation et implications du partogramme

*Dr Foguem Eveline*, Gynécologue Obstétricienne, Hôpital de District de Biyem Assi, Yaoundé, Cameroun. *Dr Guimeya Jiatsa Cyrienne*, Gynécologue-obstétricienne, CH EpiCURA, Ath et CHU Brugmann, Bruxelles, Belgique

- Savoir lire, interpréter utiliser et faire utiliser un partogramme
- Quelques mots sur le cardiotocogramme

## Prise en charge du travail en utilisant le partogramme

Le partogramme est l'enregistrement graphique de l'évolution du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus.

Il sert de « système d'alarme précoce » pour toute anomalie dans la progression du travail autorisant la mise en œuvre de mesures de prévention, de transfert de la patiente, d'accélération ou de terminaison du travail.

C'est un outil exclusivement destiné à la surveillance et à la conduite du travail. S'assurer qu'il n'y a aucune complication au cours de la grossesse qui nécessiterait une intervention immédiate.

Il est également un document médicolegal

Commencer le remplissage seulement si la femme est en travail donc remplissage en phase active (dilatation 4 cm). Noter sur la ligne d'alerte

## Composantes du partogramme

- 1 - Identité et institution d'accueil
  - 2 - Évolution du travail : appréciée par la qualité des contractions utérines, la dilatation du col et la descente du mobile fœtal.
  - 3 - État du fœtus : s'apprécie par le rythme cardiaque fœtal, la couleur du liquide amniotique et le modelage de la tête
  - 4 - État maternel : s'apprécie par la mesure de la pression artérielle, la température et les caractéristiques des urines.
  - 5 - Surveillance des suites de couches immédiates : la pression artérielle, le saignement. Lorsque le graphique dépasse la ligne d'alerte il faut réévaluer les paramètres de l'évolution du travail.
- Lorsque la ligne d'action est atteinte il faut prendre une décision de terminer au plus vite la grossesse.

## Réanimation néonatale

**Dr Nissack Gisèle**  
Pédiatre, Centre  
Hospitalier Marne La  
Vallée, Jossigny, France.  
gnissack@gmail.com.

● **Le nouveau-né ne va pas bien, à la naissance : que faire ?**

Au Cameroun, environ 65% (100% dans les villes), mettent leurs enfants au monde en présence d'un personnel de santé qualifié, la mortalité néonatale reste encore élevée. Cette mortalité survient fréquemment pendant les 24 premières heures et, les bébés nés prématurément y sont les plus exposés.

Pour sa deuxième Cisa, en plus des aspects théoriques, Medcamer met en place 3 ateliers de réanimation de néonatale, ateliers pratiques, visant à fournir aux participants des capacités pour venir en aide aux nouveau nés en détresse et sécuriser les naissances au Cameroun.

## Trésors cachés de la NFS

**Dr Lendem Ndzodo Isabelle**

Médecin Biologiste, Hôpital Laquintinie, Douala, Cameroun.  
isamachic@yahoo.fr

- **Quelles indications ?**
- **Quels éléments fondamentaux à regarder ? Quelle stratégie d'interprétation ?**
- **Quels diagnostics intelligents évoquer ?**

L'hémogramme ou Numération Formule Sanguine (NFS) est l'étude quantitative et qualitative des différents éléments figurés du sang : les globules blancs (GB), les globules rouges (GR) et les plaquettes. Il fait partie des examens les plus demandés au laboratoire. Ces indications sont nombreuses et concerne non seulement l'investigation des pathologies hématologiques mais aussi celles des autres systèmes. La réalisation de la NFS nécessite du sang veineux prélevé sous anticoagulant (EDTA ou citrate de sodium). Bien que cela ne soit pas obligatoire, il est préférable d'être à jeun pour éviter des interférences dans l'analyse de certains paramètres. Le respect du ratio anticoagulant/volume de sang est important. L'échantillon doit être analysé dans les 2h qui suivent le prélèvement afin d'avoir un bon décompte cytologique. Les analyses effectuées au cours d'une NFS sont : la numération des différentes cellules du sang et l'établissement de la formule leucocytaire, le dosage de l'hémoglobine, la mesure du volume globulaire moyen (VGM) et le calcul des constantes érythrocytaire/ plaquettaire (CCMH, TCMH, Hématocrite, IDR, IDP, VPM). Un frottis sanguin peut être nécessaire dans certains cas pour compléter l'analyse : la présence de cellules anormales, d'agrégats plaquettaires etc...

Les valeurs normales de l'hémogramme varient en fonction de l'âge et du sexe. Il existe également des variations physiologiques par exemple chez la femme enceinte ou chez le nouveau-né. Tous ces éléments doivent être pris en compte au cours de l'interprétation. Certaines erreurs peuvent survenir au cours de la réalisation d'une NFS par exemple un mauvais décompte des GB en présence d'érythroblaste ou des GR en cas d'hémolyse. Elles doivent être dépistées, prise en compte et corrigées

réanimation de néonatale, ateliers pratiques, visant à fournir aux participants des capacités pour venir en aide aux nouveau nés en détresse et sécuriser les naissances au Cameroun.



## Trésors cachés de l'ionogramme sanguin

*Dr Balepna Jean Yves*

*Néphrologue, Chef de Service de Néphrologie, Hôpital Laquintinie,  
Douala - Cameroun, jybalepna@hotmail.fr.*

- *Quelles indications ?*
- *Quelle stratégie d'analyse ?*
- *Quels éléments d'orientation selon les anomalies ?*

Les troubles de la natrémie sont indissociables et souvent secondaires à des troubles de l'eau. Leur interprétation ne peut se faire sans la clinique, et à vitesse d'installation dicte la prise en charge.

Les troubles de la kaliémie ne sont pas fréquents. Il est difficile d'avoir une hyperkaliémie en absence d'une insuffisance rénale. Une hypokaliémie sans hypertension artérielle est souvent secondaire à des pertes, et en contexte d'hypertension artérielle une implication hormonale est souvent présente.



### Comment je gère une fièvre avec test de paludisme négatif

*Dr Mayoh Fanny*

*Médecin Généraliste, CMA Magba*

Le paludisme est un problème majeur de santé publique au Cameroun. Le Test de Diagnostic Rapide (TDR) demandé généralement chez des patients présentant une fièvre, révélait un paludisme dans 56,2% des cas en 2018 au Cameroun. Ainsi, près de la moitié des patients présentant une fièvre ne souffraient pas de paludisme. Nous vous proposons de ce fait de vous faire un retour d'expérience sur la gestion de la fièvre en cas de TDR négatif au Centre Médical d'Arrondissement (CMA) de MAGBA.

La gestion de la fièvre passe par le diagnostic et le traitement de la maladie causale sous-jacente. La démarche diagnostique comprend un examen clinique minutieux et la réalisation des examens complémentaires. Lorsque la fièvre est associée à un signe d'appel vers un organe, le diagnostic est assez aisé. Certains protocoles de traitement sont disponibles et applicables pour ces cas-là et la guérison suit habituellement. Lorsqu' aucun signe d'appel n'est présent, nous mettons en route, selon le germe visé, une antibiothérapie probabiliste de première et seconde intention en fonction des molécules disponibles sur place. Dans la plupart de ces cas, la fièvre persiste et le malade est soit référé vers une formation sanitaire de plus haut niveau, soit il demande à rentrer en communauté avec ou sans avis médical. Pour certains cas complexes, nous prenons les avis d'autres médecins aux moyens des fora numériques dans lesquels nous sommes. Des problèmes tels que le manque intermittent d'électricité, la langue de communication, un plateau technique, des médicaments et du personnel qualifié limités rendent souvent plus difficile la gestion de la fièvre.

La gestion efficace de la fièvre en cas de TDR négatif dans notre contexte demande un clinicien bien formé, qui doit faire bien avec peu de moyens, savoir demander les avis des spécialistes et référer le patient à temps.

### J'ai récupéré des nouveau-nés en l'absence de couveuse

*Erero F. NJIENGWE,  
Psy·D1,<sup>3</sup>. ; Gilles C.  
NDJOMO, MSc<sup>1</sup>. ;  
Odette GUIFO, M·D<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> Institut of Applied  
Psychopathology and Trauma  
Center « Convergence Psy-  
Santé », Douala - Cameroun.

<sup>2</sup> Cameroon Kangaroo  
Foundation, Douala,  
Cameroun.

<sup>3</sup> Laboratory of Behavioral  
Sciences and Applied  
Psychology, University of  
Douala, Douala - Cameroun.

Notre travail met en évidence les limites auxquelles sont confrontés les États africains qui conditionnent la baisse de la mortalité néonatale à l'acquisition des incubateurs. Il propose la Méthode Mère Kangourou (MMK) qui se présente comme une alternative plus adaptée tant aux ressources qu'aux valeurs humaines et familiales des peuples Africains.

Nous terminons par une expérience qui valide l'applicabilité de cette méthode au contexte Africain.



# Session Controverse : les violences obstétricales, mythe ou réalité ?



## Intervention en faveur de la réalité des violences (15 minutes)

**Dr Dlieuga Kameni Bernard,**  
Gynécologue Obstétricien,  
Douala, Cameroun

- Études ou témoignages faisant état de violences
- Conséquences négatives de ces violences

## Intervention relativisant ces violences obstétricales

**Dr Kamto Fotso Christian Saurel,**  
Gynécologue-obstétricien, CH EpiCURA, Ath  
- Hôpital Érasme, Bruxelles, Belgique

Marie-Hélène Lahaie, dans son article « Qu'est-ce que la violence obstétricale ? », publié dans son blog « Marie accouche là »,<sup>4</sup> 2016, considère la violence obstétricale comme l'addition de deux types de violences : la violence institutionnelle et les violences basées sur le genre.

Elle la définit : « tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente. »

Dans une étude faite en Ethiopie, la prévalence de violence obstétricale est de 49.4%, dont 13.4% physique ; 14,1% liée à un manque d'intimité et de confidentialité ; 16,4% liée à l'abandon, 3.2% liée à la détention.

La question de la violence obstétricale, au-delà du volet éthique, nous interpelle sur le plan juridique : jusqu'où la volonté de la maman de prendre un risque jugé démesuré par le personnel soignant prime sur la vie du fœtus qui n'est pas encore né, et donc n'a pas encore de personnalité juridique ?!



## Session Droit et santé

*Dr Etoa Mebara François Xavier*

*Médecin Légiste / Expert Droit Médical, Chef DS New-Bell,  
Douala - Cameroun. Mefranxavs@yahoo.fr*

- *Définition du cadre légal de l'exercice du médecin*
- *Armes pour s'en sortir dans les situations délicates quotidiennes*

La responsabilité est un engagement solennel, une obligation morale/juridique de répondre de ses actes et d'en assumer les conséquences. Elle tire son fondement dans la « Faute » et non dans «l'erreur» qui se veut humaine.

La responsabilité médicale est celle encourue par un professionnel de soins ou encore par un établissement hospitalier en raison des dommages causés par des actes de prévention, de diagnostic ou des soins liés à la prise en charge proprement dite.

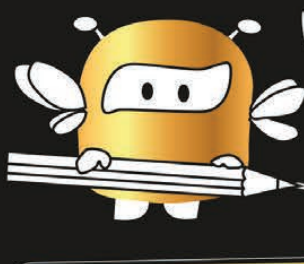
Même si celle-ci tire ses origines historiquement d'Hammourabi, et plus près de nous d'Hippocrate (Contemporaine) on distingue de nos jours deux types de Responsabilités : la responsabilité dite «**pécuniaire ou indemnisation**» et la responsabilité dite «sanction ou coercitive».

Pour que la responsabilité médicale d'un praticien ou de son employeur soit engagée il faut rapporter 3 préalables (la preuve d'une faute) :

- Faute commise par le praticien ou par l'équipe de soins
- Existence d'un préjudice causé au malade ou à un Tiers
- Lien de causalité entre la faute et le préjudice

Dans le cadre de sa pratique le professionnel de santé peut être amené à faire face à 4 types de Responsabilités réparties dans les deux modalités suscitées :

- Pour La responsabilité dite «pécuniaire ou indemnisation»
- La responsabilité civile
- La responsabilité administrative
- La responsabilité dite «sanction répressive, voire coercitive»
- La responsabilité pénale
- La responsabilité disciplinaire



Les grandes lignes  
de l'agence

Conseils & Stratégies  
Identité visuelle  
Communication Corporate

Marketing Opérationnel  
Événementiel

Digital



Nous essayer c'est nous adopter !

On essaye ?

+237 243 748 225 / 699 360 525  
contact@myinnovent.cm

CISA  2019



[www.medcamer.org](http://www.medcamer.org)

☎ INFOLINE : 677 395 358 / 699 884 178    ✉ [cisa@medcamer.org](mailto:cisa@medcamer.org)



DEDICATED TO GOOD HEALTH

