

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPÉRIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

N° _____

Titre

**LES ACCOUCHEMENTS
ASSISTES A L'HÔPITAL DE GAO
A PROPOS DE 799 CAS**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 23 / 06 / 2008

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et

D'Odonto-Stomatologie

PAR : Mr. Moulaye DJITEYE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

PRESIDENT : Professeur Amadou Dolo

MEMBRES : Docteur Binta Keita

Docteur Alassane Traoré

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Niani Mounkoro

CO-DIRECTEUR DE THESE : Docteur Youssouf Traoré

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Je rends grâce à ALLah, le tout puissant qui m'a montré ce jour tant glorieux. Comme de coutume tout travail commence un jour et finit un autre. Je dédie ce travail à mon père Mahamane Djitèye.

Cher père, le moment tant attendu est venu, ce travail a pu être réalisé grâce à vos conseils qui resteront gravés dans nos mémoires, vous nous avez appris la gestion de la vie, l'humanisme, l'entraide au sein de la famille, le bon sens. Puisse Dieu vous accorder longévité et prospérité pour que vous soyez là encore à nos cotés.

REMERCIEMENTS

Il arrive toujours un moment où l'on doit terminer un travail qui a été entamé. Tout étudiant, armé d'une bonne volonté, une ardeur, une abnégation, quant à l'objectif de réussite aux derniers moments de ses études, s'aperçoit qu'il a besoin d'un grand concours d'aide, d'orientation, d'encadrement par ses proches collaborateurs, camarades et encadreurs.

Le chemin parcouru depuis sept ans est un morceau de vie balisé par des rencontres et des amitiés, proches et lointaines. Mes remerciements s'adressent:

A ma mère et à mes oncles

Pour leur soutien et encouragement durant mes études

A mon tuteur Assalia Moussa Maïga

Pour son soutien indéfectible durant mes études

A mes amis

Pour leur appui matériel et moral

A mes frères et sœurs

Je vous demande merci et courage

A tout le personnel de l'hôpital de Gao

Pour leur encadrement et leur appui
moral et financier

**A tout le personnel du service de gynéco
obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré**

Pour leur encadrement

Remerciements aux membres du jury

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Amadou Ingré DOLO

- **Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique**
- **Chef de service de Gynéco-Obstétrique du CHU Gabriel TOURE**
- **Président fondateur de la société malienne de gynécologie-obstétrique (SOMAGO)**
- **Secrétaire général de la société africaine de gynécologie obstétrique (SAGO)**
- **Président de la cellule Malienne du réseau africain de prévention de la mortalité maternelle.**

Honorable Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcées notre admiration.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine. Au-delà du maître vous êtes un père par vos conseils qui n'ont jamais cessé de nous éclairer.

Nous sommes fiers d'être votre élève.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie. Que Dieu nous permette de vous rendre un hommage particulier pour tout ce que vous faites pour la promotion de la médecine au Mali et surtout pour votre combat contre la mortalité maternelle.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre plus haute considération.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Alassane TRAORE

- **Gynécologue Obstétricien**
- **Chef de service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital de Gao.**

Cher maître nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez.

Recevez, ici notre reconnaissance et notre plus grand respect, pour nous avoir permis de réaliser ce travail dans votre service.

Docteur Binta Keita

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique**
- **Chef de division de la santé de la reproduction de la direction nationale de la santé.**

Cher maître, c'est un grand plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré votre emploi du temps chargé. Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait alliés à vos qualités humaines font de vous un maître admiré et admirable. Veuillez croire à l'assurance de mes sentiments les plus respectueux

NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur Niani MOUNKORO

- **Gynécologue obstétricien**
- **Assistant chef de clinique à la FMPOS**

Cher maître, grand est notre honneur de vous avoir comme directeur de cette thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la splendeur de vos enseignements et de l'ampleur de votre expérience. Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Youssouf TRAORE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Secrétaire général de la SOMAGO**

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Vous n'avez ménagé ni votre temps, ni votre patience dans la rédaction de cette thèse. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de nous faire des bons médecins. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude, merci infiniment.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	1
II.	OBJECTIFS	4
	1- Objectif général :	4
	2- Objectifs spécifiques :	4
III.	GENERALITES	5
	1- Historique de l'accouchement :	5
	2- Définition de l'accouchement normal :	5
	3- Définition de l'accouchement assisté :	6
	4- Définition d'accoucheur qualifié :	6
	5- Rappel anatomique de la filière pelvigénitale:	11
	5.1- Le bassin :	11
	5.1.1- L'orifice supérieur ou détroit supérieur :	12
	5.1.2- L'excavation pelvienne :	16
	5.1.3- L'orifice inférieur ou détroit inférieur :	17
	5.2- Le diaphragme Pelvigénital :	18
	5.3- Anatomie de l'utérus gravide :	19
	5.3.1- Le corps de l'utérus :	19
	5.3.2- Le segment inférieur :	21
	5.3.3- Le col de l'utérus :	22
	6- Déroulement de l'accouchement normal :	23
	6.1- Définition :	23
	6.2- Le déroulement du travail d'accouchement :	23
	6.2- 1 La première période = Période d'effacement et dilatation	23
	6.2- 2 La deuxième période du travail d'accouchement = Période d'expulsion.....	24
	6.2- 3 La troisième période du travail d'accouchement = Délivrance.....	24
	7- Les éléments de surveillances du travail d'accouchement :	25
	7.1- Les paramètres de surveillance pendant le travail d'accouchement :	25
	7.2- Les paramètres de surveillance du post-partum immédiat :	25
	8- Les complications possibles si accouchement non assisté :	26
IV.	METHODOLOGIE.....	27
	1- Cadre d'étude :	27
	1.1- Présentation géographique et organisation administrative :	27
	1.2- Carte sanitaire de la région :	28
	1.3- Présentation de l'Hôpital de Gao :	28
	1.4- Personnel socio sanitaire :	29
	1.5- Description du service de gynéco obstétrique :	31
	2- Type d'étude :	33
	3- Période d'étude :	33
	4- Population d'étude :	33
	5- Echantillonnage :	33
	5.1- Critères d'inclusion :	33
	5.2- Critères de non inclusion :	33
	6- Variables étudiées :	34
	7- Définitions opérationnelles :	35
	8- Support des données :	35
	9- Traitement des données :	35
V.	RESULTATS.....	36

1- Fréquences :.....	36
2- Caractères sociodémographiques :	36
3- Données cliniques des femmes à l'admission :	41
4- Pronostic :	46
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :.....	54
1- Approche méthodologique :.....	54
2- Fréquences :.....	54
3- Données sociodémographiques :.....	55
4- Données cliniques :.....	56
5- Pronostic :.....	58
5.1- Pronostic maternel :.....	58
5.2- Pronostic foetal :.....	58
VII. CONCLUSION :.....	60
VIII. RECOMMANDATIONS :	62
1- Aux autorités sanitaires et politiques :.....	62
2- Aux prestataires :.....	62
3- Aux populations :.....	62
IX. REFERENCES	64
ANNEXES	67

ABREVIATIONS

BGR : bassin généralement rétréci

BDCF : bruit du cœur fœtal

DFP : disproportion foeto- pelvienne

CU : contraction utérine

HTA : hypertension artérielle

HU : hauteur utérine

HRP : hématome retroplacentaire

HDD : hémorragie de la délivrance

LA : liquide amniotique

RU : rupture utérine

PP : placenta praevia

SOEB : soins obstétricaux essentiels de base

SOEC : soins obstétricaux essentiels complets

SFA : souffrance fœtale aigue

SFN : souffrance néo natale

TA : tension artérielle

T : température

Π : pouls

OMS : organisation mondiale de la santé

DNS : direction nationale de la santé

EDS : Enquête démographique et de Santé

CPS : Cellule de la planification et de la statistique

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement ont, depuis l'origine des temps, fait courir à la femme un risque mortel [5].

Il incombe aux obstétriciens de minimiser ce risque en créant de bonnes conditions pour faciliter l'accouchement. Ce qui doit les amener à privilégier l'assistance qualifiée à l'accouchement.

Selon Wendy. J. Graham, cette notion se définit comme étant « un partenariat de personnels qualifiés (de professionnels de santé) capables de prendre en charge les accouchements normaux ou compliqués et un environnement adéquat avec l'équipement, les médicaments, les fournitures et le transport en cas de référence. »

De même, la déclaration commune de l'OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale, publiée en 1999, soutient que le terme d'accoucheur qualifié « désigne exclusivement des personnes ayant des compétences obstétricales (médecin, sage femme, infirmier) qui ont suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge les accouchements normaux, diagnostiquer, prendre en charge ou référer les complications obstétricales ». [29].

La minimisation de ce risque nécessite une augmentation considérable de la fréquence des accouchements assistés, autrement dit, une réduction des accouchements non assistés. Pour atteindre ce but, en Afrique, des efforts doivent être consentis si l'on se réfère au rapport de l'OMS paru en avril 2005 sur le taux des accouchements assistés à travers le monde.

En voici les statistiques :

Afrique : 46 %

Asie du sud est : 47%

Asie du sud ouest sans l'inde : 49%

Méditerranée : 50%

Pacifique occidentale : 90%

Amérique : 91%

Europe 97 % [21].

Dans le cas du Mali, le taux des accouchements assistés est encore plus faible comparativement au taux global de l'Afrique. Selon la CPS [1], ce taux était respectivement de 49% en 2004 et de 53% en 2005 contre 55% en 2006. Il est urgent aujourd'hui de sensibiliser les femmes afin qu'elles évitent, autant que possible, les risques liés aux accouchements non assistés. En effet, force est de constater que beaucoup d'entre elles sont victimes de lésions graves suite aux complications des accouchements non assistés. Il s'agit entre autres des déchirures des parties molles, des fistules vésicovaginales, des ruptures utérines etc.

Néanmoins, le Mali consent des efforts considérables en vue d'améliorer le taux des accouchements assistés. Ainsi, nous assistons actuellement à la prolifération des infrastructures, à l'usage des équipements sanitaires adéquats et à la formation des prestataires.

Au centre de santé de référence de la commune V de Bamako par exemple, nous constatons une baisse des taux de mortalité néonatale, de mortinatalité et de mortalité maternelle depuis l'introduction du partogramme en 1998 [18].

Le taux de mortalité néonatale est passé de 21/1000 à 19/1000 ; celui de la mortinatalité de 33/1000 à 17/1000 et celui de la mortalité maternelle de 206,6/100000 naissances vivantes à 131/100000 naissances vivantes.

La région de Gao se caractérise par l'accessibilité difficile des centres de santé et le nombre insuffisant des agents de santé. Ceci peut, entre autres, engendrer une diminution de la fréquentation des centres et le nombre des accouchements assistés.

Peu d'études ont été faites sur les accouchements assistés au Mali et en particulier à Gao. Nous avons alors initié ce travail afin d'étudier les accouchements assistés à l'hôpital de Gao.

Il est important de faire assister les accouchements par un personnel qualifié afin de réduire les risques. Ce personnel doit être apte à prodiguer les soins obstétricaux essentiels de base et complets.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1- Objectif général :

Etudier les accouchements assistés à l'hôpital de Gao

2- Objectifs spécifiques :

Déterminer la fréquence des accouchements assistés à l'hôpital de Gao.

Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant été assistées à l'accouchement.

Décrire les principales complications maternelles et fœtales au cours des accouchements assistés dans notre service.

GENERALITES

III. GENERALITES

1- Historique de l'accouchement :

L'accouchement était considéré comme un événement à risque.

SORANUS D'EPHESE fut le père de l'obstétrique. Il démontra que le fœtus est propulsé non pas par ses efforts propres, mais par les contractions utérines. Il inventa également la version podalique qui, durant 17 siècles, demeurera la principale opération obstétricale.

A la fin du 16^{ème} siècle, Peter Chamberlain inventa une pince : le Forceps, capable de saisir la tête fœtale et l'extraire hors de la filière génitale.

Vers 1750, le forceps fut allégé par William Smelle et André Levret [5].

La césarienne comme cesure sont dérivés du verbe latin coedere qui veut dire couper. Les deux mots ont été créés à la même époque, le premier par Ambroise Paré, le second par clément Marot [19].

2- Définition de l'accouchement normal :

L'accouchement normal : se définit comme : « l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du foetus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois » (28SA). [19].

Il se déroule en trois périodes :

- La première est la période d'effacement et de dilatation du col
- La deuxième est la sortie du fœtus hors des voies génitales maternelles
- La troisième est la sortie des annexes

3- Définition de l'accouchement assisté :

Selon l'article conjoint de Wendy J Graham, Jacqueline S Bell, Colin HW Bullough l'assistance qualifiée à l'accouchement se définit comme : « Un partenariat de personnel qualifié (capable de prendre en charge des accouchements normaux et compliqués).

Un environnement adéquat avec l'équipement les fournitures les médicaments et le transport en cas de référence » [29].

4- Définition d'accoucheur qualifié :

Le terme d'accoucheur qualifié selon la déclaration commune de l'UNICEF /L 'OMS/FUNAP/Banque Mondiale99 « désigne exclusivement des personnes ayant des compétences obstétricales (médecin sage femme ou infirmier) qui ont suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge des accouchements normaux et diagnostiquer prendre en charge ou transférer des complications obstétricales » [29].

Ces compétences obstétricales sont un ensemble de compétence théorique et pratique qui permettent à un agent de santé de fournir des soins de santé de base pendant toute la période qui entoure la naissance et de donner les premiers soins en cas de complication ou d'urgence Ainsi ces soins obstétricaux se résument :

- En soins obstétricaux essentiels de base dite « compétence minimale » et
- En soins obstétricaux essentiels complets dites « compétences additionnelles »

La maîtrise de ces soins est indispensable pour la réalisation d'un accouchement qualifié, c'est la raison pour laquelle l'accoucheur (se) doit avoir les compétences nécessaires afin de répondre aux critères énumérés comme suit :

- Réaliser un interrogatoire détaillé
- Faire preuve d'une bonne sensibilité culturelle et de compétence inter personnelle

- Procéder à un examen général,
- Identifier une anomalie
- Dépister les pathologies fréquentes ou endémiques dans la région.
- Savoir contrôler les signes vitaux (température, pouls, fréquence respiratoire, pression artérielle).
- Ausculter le rythme cardiaque fœtal.
- Calculer la date probable et le terme de la grossesse.
- Fournir une intervention adéquate (incluant la référence) en cas :
 - D'infection ;
 - De mort fœtal intra utérine
 - D'anomalie de présentation à terme ;
 - De grossesse multiple
 - D'anémie et de malnutrition
 - De pré éclampsie et d'éclampsie ;
 - De rupture prématurée des membranes
 - D'hémorragies vaginales sévères (suggérant un placenta praevia)
- D'autres problèmes affectant la santé comme par exemple le diabète, hydramnios, une menace d'accouchement prématuré, un retard de croissance in utero
- Réaliser un examen abdominal, et identifier les anomalies et les circonstances qui peuvent augmenter le risque maternel.
- Mesurer le rythme, évaluer l'efficacité des contractions utérines, suivre la réponse de la femme à la douleur.

- Procéder à un toucher vaginal, décrire l'état des membranes et la couleur du liquide amniotique, la dilatation cervicale et la présentation.
- Employer le partogramme ou équivalent.
- Reconnaître la présence d'un méconium dans le liquide amniotique.
- Reconnaître une détresse fœtale et réagir en conséquence
- Conduire un accouchement par le sommet en employant des manœuvres manuelles appropriées et des précautions aseptiques
- Pratiquer si nécessaire une épisiotomie et la suturer
- Réaliser une gestion physiologique ou active de la délivrance
- Gérer l'hémorragie du post-partum
- Réaliser les actions et techniques adéquates en cas de :
 - convulsion
 - infection importante
 - choc
 - perte de connaissance
 - saignement vaginal (durant la grossesse et le post-partum)
 - dystocie des épaules
 - procidence du cordon
- Prévoir un environnement chaud et sans danger pour la mère et le nouveau né.
 - s'assurer que la respiration est bien établit
 - Commencer par les mesures de réanimation du nouveau né.
 - Examiner le nouveau né.
 - Evaluer son adaptation a la vie extra utérine.

- En cas de problème prévoir une référence vers l'échelon sanitaire supérieur si nécessaire.
- Rassembler toute l'information disponible, noter les résultats pertinents dans les dossiers médicaux de la mère et de l'enfant, les avertir des prochaines visites de contrôle.
- Réaliser une évaluation immédiate, puis périodique de la femme pendant la période du post-partum.
- Poser une perfusion intraveineuse et administrer des solutions parentérales.
- Prescrire et/ou administrer quand approprier :
 - Analgésiques
 - Antibiotiques
 - Anticonvulsivants
 - Antipaludéens
 - Vaccins
 - Supplément de fer
 - Ocytociques
- Faire des références appropriées et en temps utile pour des soins d'urgence ou supplémentaires.
- Identifier les sièges et autres problèmes de présentation et organiser la référence en début de travail.
- Faciliter les liens entre les structures sanitaires communautaires et les institutions de référence.
- Développer une pensée critique (ce qui inclut l'auto évaluation et la réflexion sur ces propres pratiques)
- Respecter les diverses cultures et traditions

- Utiliser ces compétences de gestionnaire pour organiser son environnement de travail et évaluer l'efficacité du service délivré

L'accoucheur (se) qualifié(e) peut avoir les compétences additionnelles suivantes :

- Prévoir la nécessité d'un accouchement par forceps ou ventouse, réaliser un accouchement par ventouse
- Gérer les complications tardives du travail en pratiquant les manœuvres adéquates.
- Identifier et gérer la souffrance fœtale
- Identifier et gérer les naissances multiples
- Réaliser une délivrance artificielle en cas de rétention placentaire.
- Identifier et réparer les déchirures du col.

41 Employer des compétences de gestionnaire pour améliorer la prestation de services [29].

5- Rappel anatomique de la filière pelvigénitale:

Le Canal Pelvigénital

Pendant l'accouchement le fœtus qui est contenu dans l'utérus puis engainé par le vagin, doit traverser la filière pelvigénitale formée de :

- un canal osseux : le bassin
- un diaphragme musculoaponévrotique comprenant les deux étages du périnée.

5.1- Le bassin :

Le bassin est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'il soutient et les membres inférieurs. Il est formé par la réunion de quatre os :

En avant et latéralement, les deux os iliaques

En arrière le sacrum et le coccyx.

Ces os sont unis entre eux par quatre articulations dont trois sont des symphyses :

- ❖ La symphyse pubienne en avant ;
- ❖ Les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement ;
- ❖ L'articulation sacro coccygienne, en arrière et en bas les lignes innominées divisent le bassin en deux parties :

- En haut le grand bassin constitué par l'évasement des ailes iliaques, la face antérieure de la colonne lombaire et la face supérieure des aillères sacrés. Le grand bassin n'a pas d'intérêt obstétrical.

- En bas le petit bassin ou pelvis, canal osseux auquel on décrit deux orifices et une excavation. Son anatomie doit être précisée, puisque c'est sa traversée qui constitue l'essentiel du travail d'accouchement.

5.1.1- L'orifice supérieur ou détroit supérieur :

C'est le plan de l'engagement de la présentation, sépare le petit bassin du grand bassin.

Il est formé :

- En avant, par le bord supérieur de la symphyse pubienne et des corps des pubis, les crêtes pectinéales, les éminences ilio-pectiné ;

De chaque côté par la ligne innominée, puis le bord antérieur des aillères sacrés

- En arrière par le bord antérieur de l'articulation sacro lombaire, qui prend le nom de promontoire à cause de la saillie qu'il fait en avant.

Les diamètres du détroit supérieur sont :

.Les diamètres antéropostérieurs vont du pubis au promontoire :

- Le diamètre promonto-suspubien est 11cm ;
- Le diamètre promonto rétropubien est le diamètre utile: 10,5cm ;
- Le diamètre promonto-sous pubien est de : 12cm

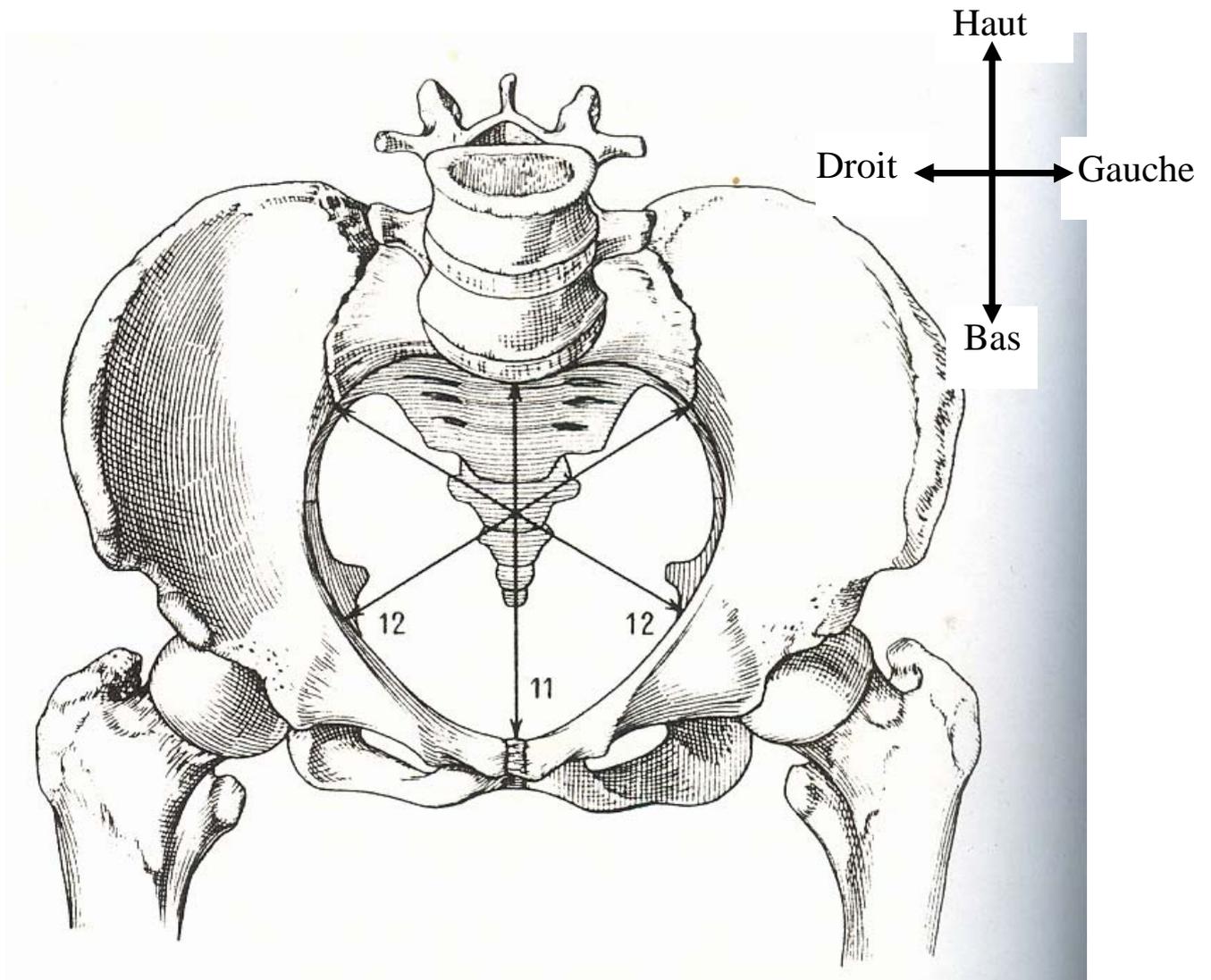


FIG. 1-Détroit supérieur : Diamètres antéro-postérieur et obliques
in Merger [19]

- Les diamètres transverses :

- Le diamètre transverse maximum est de 13 ; 5cm mais situe trop en arrière, n'est pas utilisable par la présentation

- Le diamètre utile est le transverse médian ; situé à égale distance du promontoire et de la symphyse il mesure 13c m

- Les diamètres obliques : vont de l'imminence iléo pectinée a la symphyse sacro iliaque du cote oppose celui qui part de l'imminence iléo pectinée gauche est le diamètre oblique gauche ; celui qui part de l'imminence iléo pectinée droite est le diamètre droit .ils mesurent 12cm.c'est le diamètre oblique gauche qui est toujours utilise par la présentation

- Le diamètre sacrocotyloïdien : réunit le promontoire à la région acétabulaire mesure : 9cm.son étude prend de l'importance dans les bassins asymétriques.

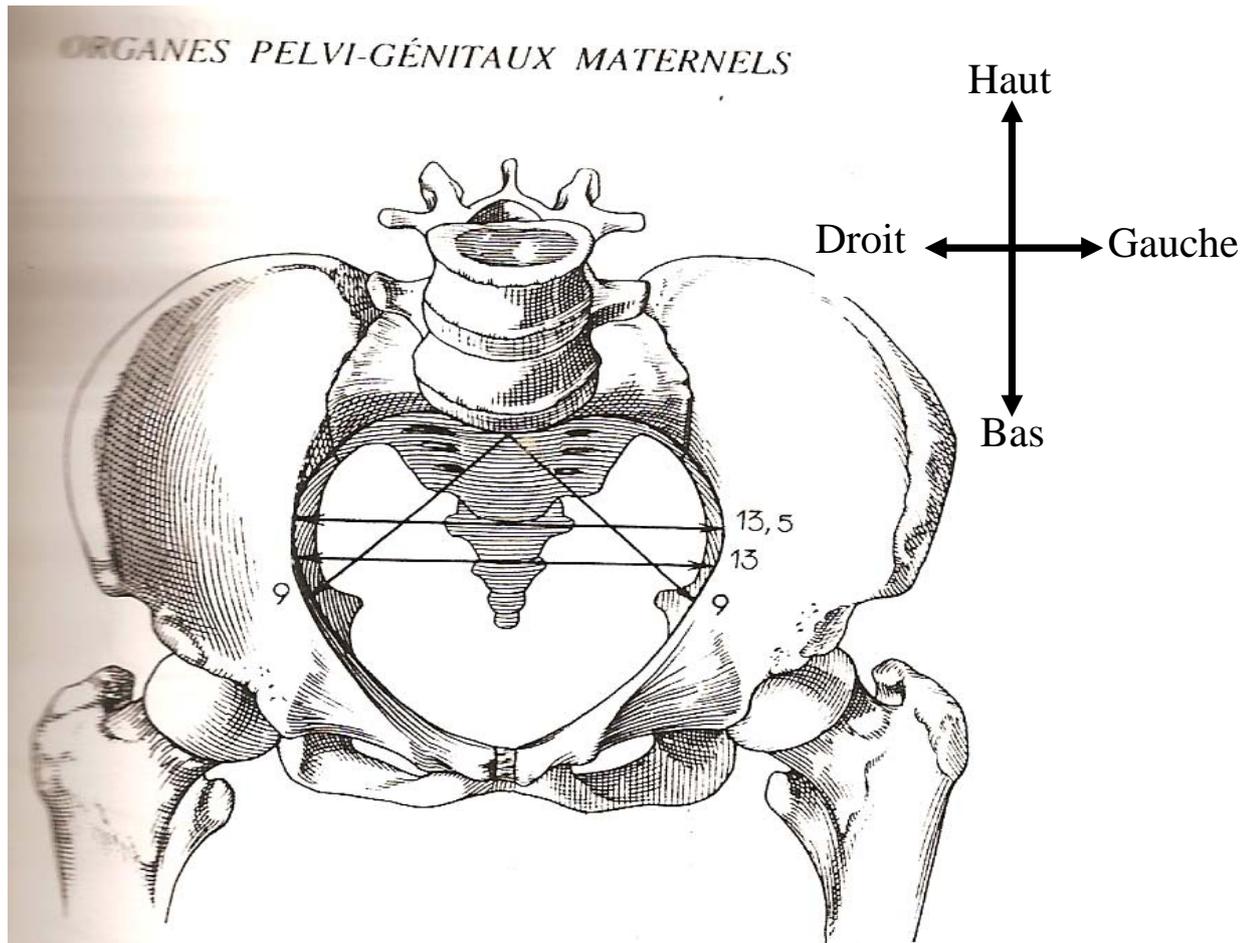


FIG. 2 Déroit supérieur : diamètres transverses et sacro_cotyloïdien in Merger [19]

5.1.2- L'excavation pelvienne :

C'est un canal dans le quel la présentation effectue sa descente et sa rotation est constituée

En avant par la face postérieure de la symphyse pubienne et des corps des pubis

En arrière par la vaste face antérieure du sacrum et du coccyx fortement concave de haut en bas ;

Latéralement, par la surface quadrilatère de l'os coxal répondant au fond du cotyle, par la face interne de l'épine sciatique et du corps de l'ischion.

Dans l'ensemble l'excavation pelvienne forme un tronc de tore avec un orifice supérieur a grand axe transversal et un orifice inférieur a grand axe antéropostérieur

Elle est divisée en deux étages par un léger rétrécissement qui sépare les épines sciatiques .Tous les diamètres de l'excavation pelvienne sont sensiblement égaux 12cm sauf le diamètre transversal du détroit moyen unissant les épines sciatiques qui n'a que 10,8cm

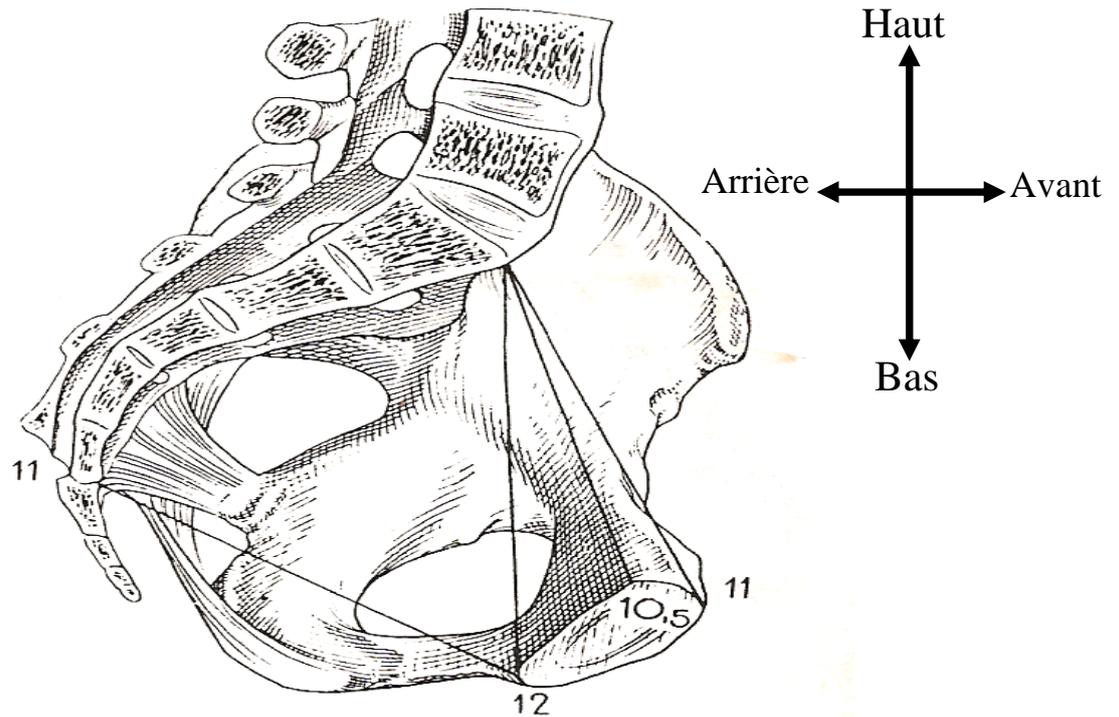


FIG. 3 Excavation pelvienne in Merger [19]

5.1.3- L'orifice inférieur ou détroit inférieur :

C'est le plan de dégagement de la présentation, ostéofibrineux limité :

En avant, par le bord inférieur de la symphyse pubienne

- En arrière par le coccyx

- Latéralement d'avant en arrière :

Par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et le bord inférieur des tubérosités ischiatiques

Le diamètre sous coccy-sous pubien est de 9,5cm mais il peut atteindre 12cm lorsque le coccyx est retropulsé

Le diamètre sous sacro sous pubien qui unit la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11cm

Le diamètre transverse bi ischiatique, entre les faces internes des tubérosités, est de 11cm.

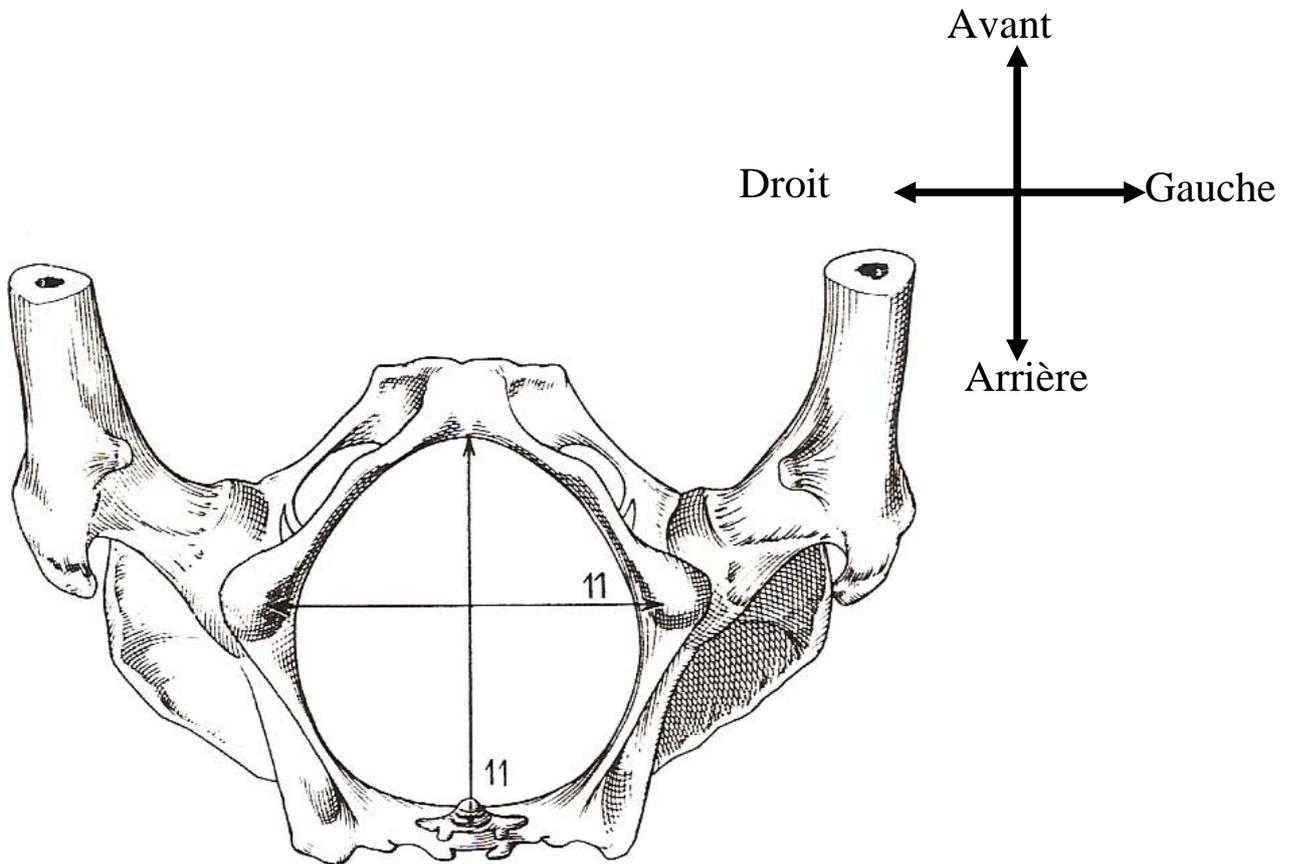


FIG. 4 Déroit inférieur in Merger [19]

5.2- Le diaphragme Pelvigénital :

La cavité pelvienne est formée en bas par un diaphragme musculoaponévrotique dont la concavité supérieure s'oppose à celle du diaphragme proprement dit. Ce diaphragme attaché sensiblement au pourtour du déroit moyen est formé de quatre muscles que sont les deux releveurs de l'anūs et les deux ischiococcygiens.

5.3- Anatomie de l'utérus gravide :

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

Au point de vu anatomique l'utérus gravide comprend trois parties :

Le corps, le col entre lesquels se développe dans les dernier mois, une portion propre à la gravidité, le segment inférieur

5.3.1- Le corps de l'utérus :

L'utérus augmente progressivement de volume et d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée.

L'augmentation est due à l'hypertrophie des éléments musculaires, à hyperplasie des éléments existants et à la métaplasie à partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf. Cette croissance se fait en deux périodes distinctes :

La première est la phase d'épaississement des parois

La seconde est la phase de distension.

Le passage de la première phase à la seconde phase porte le nom de conversion. Elle survient habituellement au cours de la vingtième semaine

L'utérus non gravide pèse environ 50g. A terme son poids varie de 900-1200g.

La capacité de l'utérus non gravide est de 2 à 3ml. A terme elle est de 4 à 5litres.

Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient, puis amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe. A terme leur épaisseur est de 8 à 10mm au niveau du fond, de 5 à 7mm au niveau du corps.

Après l'accouchement elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

L'utérus non gravide est ferme et se ramolli pendant la grossesse.

Situation : Pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xyphoïde.

Au début de la grossesse les rapports de l'utérus encore pelvien sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

La face antérieure répond directement à la paroi abdominale. Dans sa partie inférieure elle entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine.

En arrière l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée par la veine cave inférieure et l'aorte, avec les muscles psoas croisés par les uretères, avec une partie des anses grêles ;

En haut le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes. A droite, il répond au bord inférieur du foie et de la vésicule biliaire.

Le bord droit regarde en arrière et entre en contact avec le coecum et le colon ascendant ;

Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière, au colon descendant

Les trois tuniques de l'utérus se modifient au cours de la grossesse

La séreuse, c'est-à-dire le péritoine s'hypertrophie pour suivre le développement du muscle

La musculuse : est constituée de trois couches fibres lisses qui ne peuvent être mises en évidence que sur l'utérus distendu Le développement du muscle utérus gravide à la fois à l'hypertrophie de ses fibres musculaires, à

l'apparition des fibres néoformées à la transformation musculaire de fibres conjonctives du chorion de la muqueuse

La muqueuse : en dehors de la grossesse ; elle est constituée de deux couches : une profonde ou basale, de 0,5mm d'épaisseur, dont le stroma contient les culs de sac glandulaires ; une fonctionnelle dont l'épaisseur varie de 0,5 à 5mm du début à la fin du cycle et dont les tubes sont glandulaires. Dès l'implantation de l'œuf, la muqueuse se transforme en caduque ou déciduale mots qui évoquent sa chute après l'accouchement. Puis s'individualisent en trois caduques :

- La caduque basale ou inter utero placentaire, située entre le pôle profond de l'œuf et le muscle utérin
- La caduque ovulaire qui recouvre l'œuf dans sa partie superficielle et le sépare de la cavité utérine
- La caduque pariétale : qui répond à la partie extra placentaire de la cavité utérine

5.3.2- Le segment inférieur :

C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide situé entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et acquiert son plein développement pendant les trois derniers mois

- Caractère : son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps
- Limites : sa limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, la limite supérieure marquée par le changement d'épaisseur de la paroi

5.3.3- Le col de l'utérus :

Contrairement au corps, il se modifie peu pendant la grossesse. Son volume et sa forme restent ce qu'ils étaient. Sa situation, son origine et sa formation : le segment inférieur se développe au dépend de l'isthme utérin, zone ramollie dès le début de grossesse comme le prouve le signe de Hégar.

Sa direction ne change qu'à la fin de la grossesse lorsque la présentation s'accommode ou s'engage.

L'état de ces orifices : reste fermé jusqu'au début du travail chez la primipare, chez la multipare l'orifice externe est souvent ouvert [18].

6- Déroulement de l'accouchement normal :

6.1- Définition :

C'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse à atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée).

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier à celles du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers le dehors.

6.2- Le déroulement du travail d'accouchement :

Il comporte trois périodes :

6.2- 1 La première période = Période d'effacement et dilatation

Elle est marquée par l'apparition de contractions utérines (liées aux raccourcissements des fibres utérines) du travail et leurs conséquences et se termine lorsque la dilatation est complète.

La contraction utérine de travail d'accouchement à pour effet d'ouvrir l'utérus puis de pousser le fœtus vers le bas hors des voies génitales.

Ces contractions sont douloureuses, intermittentes, rythmées de durée variable de 15 à 20mn au début puis de plus en plus courte (2 ou 3 mn à la fin de la période de dilatation. Elles sont progressives de 15 à 20 secondes au début puis de 30 à 45 secondes à la fin.

Cette étape est la période la plus longue du travail d'accouchement. Elle est en moyenne dans les cas non pathologiques de 7 à 10 heures chez la primipare, de 3 à 6 heures chez la multipare.

6.2- 2 La deuxième période du travail d'accouchement = Période d'expulsion

Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend de la dilatation complète à la naissance. Elle comprend elle-même deux phases : la première est celle de l'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation ; la seconde est celle de l'expulsion proprement dite (phase la plus dangereuse de l'accouchement).

La durée de la période d'expulsion chez la primipare est de 1 à 2 heures dans les conditions normales.

L'expulsion proprement dite chez la primipare est de 20 mn, elle est de 15 mn chez la multipare. Elle ne doit pas dépasser 45 mn.

6.2- 3 La troisième période du travail d'accouchement = Délivrance

C'est l'expulsion du placenta et des membranes.

Elle évolue en trois phases :

- décollement du placenta
- expulsion proprement dite
- hémostase

Le décollement proprement dit est du à l'influence des contractions utérines.

Sa durée moyenne est de 30 à 45 mn [19].

7- Les éléments de surveillances du travail d'accouchement :

Le partogramme constitue un élément capital de la surveillance du travail d'accouchement et du post-partum immédiat. Ces différents paramètres nous donnent des informations sur la mère et le fœtus.

7.1- Les paramètres de surveillance pendant le travail d'accouchement :

les paramètres de surveillance du travail d'accouchement sont :

- les ATCD gynéco obstétricaux de la parturiente
- les facteurs de risque (HTA, diabète, taille <1,45m, âge <16ans, etc.)
- la hauteur utérine
- la courbe de dilatation du col
- les bruits du cœur fœtal
- l'état des membranes et du liquide amniotique
- la fréquence et l'intensité des contractions utérines
- le pouls, la température, la tension artérielle
- l'évolution de la présentation
- la protection du périnée pendant l'expulsion
- le délivre : le placenta et les membranes

7.2- Les paramètres de surveillance du post-partum immédiat :

les paramètres de surveillance du post-partum immédiat sont

- les constantes toutes les 15 mn pendant les deux premières heures (la tension artérielle, le pouls, la température)
- la coloration des muqueuses, le globe de sécurité et le saignement vulvaire

8- Les complications possibles si accouchement non assisté :

Ce sont

- les déchirures des parties molles
- les fistules vésicovaginales et/ou rectovaginales
- la rupture utérine
- la souffrance fœtale, mort fœtale, décès maternel
- décès périnatal

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital de Gao

1.1- Présentation géographique et organisation administrative :

Gao est la 7^{ème} région du Mali. Elle a une superficie de 170 566 Km² et est composée de quatre (4) cercles dont Gao, Ansongo, Bourem et Ménaka.

Ansongo : distant de 107 Km de Gao.

Ménaka : distant de 317 Km de Gao.

Bourem : distant de 95 Km de Gao.

La région de Gao compte 23 communes. Elle est limitée :

Au Nord par la Région de Kidal

Au Sud par la République du Burkina-Faso

A l'Est par la République du Niger.

A l'Ouest par la Région de Tombouctou.

Elle compte une population de 444 923 Habitants, soit une densité de 2,11Hbts/Km² et un taux d'accroissement de 1,2 % selon les statistiques de 2000.

Le climat est sahélien et fortement saharien au-delà de l'Azaouad. La région est traversée par le fleuve Niger sur près de 450 Km.

La région de Gao est une mosaïque de peuples et une zone de contact entre 2 civilisations arabo-songhoi.

Les langues de communication sont : Songhoi, Tamashek, Arabe et Français.

La population est composée de Songhoi, Arabes, Tamasheks, Peulhs, Bozos et Somonos.

1.2- Carte sanitaire de la région :

La région de Gao a soixante onze aires de santé dont 38 fonctionnelles qui se répartissent comme suit :

Cercle de Ménaka huit (8) aires dont 5 fonctionnelles.

Cercle de Gao 30 aires dont 18 fonctionnelles.

Cercle de Bourem 21 aires dont 8 fonctionnelles.

Cercle d'Ansongo 12 aires dont 7 fonctionnelles.

La région de Gao comporte quatre centres de santé de référence

Un hôpital

Un cabinet privé

Le centre médical interentreprise (CMIE) de l'INPS

L'infirmierie de la garnison

Le dispensaire confessionnel

Les tradithérapeutes

Cinq pharmacies dont 3 privées et deux étatiques

1.3- Présentation de l'Hôpital de Gao :

Créé en 1957 comme dispensaire colonial militaire, il a été érigé en Hôpital secondaire à l'indépendance en 1960 ensuite en Hôpital régional en 1972.

Il a été entièrement rénové en 1996. Il est le Centre Hospitalier de référence des cercles de la 7^{ème} région et de Kidal.

L'Hôpital de Gao est situé dans le 7^{ème} quartier (Sosso-Koïra) sur la route menant à l'Aéroport.

Il couvre une superficie de 7 730 m² et comprend 13 bâtiments répartis entre les différents services techniques, administratifs et les annexes.

Il est composé des services suivants :

- Le service administratif et financier : administration, comptabilité, surveillance générale, service social, système d'information sanitaire et bureau des entrées
- Le service de médecine générale et les unités de spécialité : médecine interne, ophtalmologie, dermatologie, oto-rhino-laryngologie, l'odontostomatologie, le centre d'appareillage orthopédique et de rééducation fonctionnelle (CAORF) qui se trouve en dehors de l'Hôpital ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service des urgences médicales ;
- Le service de gynéco obstétrique ;
- Les services médico-techniques constitués de l'échographie et de la radiologie considérées comme imagerie médicale, du laboratoire et de la pharmacie ;
- Le service de chirurgie avec une capacité d'hospitalisation de 38 lits, une salle climatisée. Il comprend le pavillon d'hospitalisation, l'unité du bloc opératoire, l'unité de l'anesthésie réanimation et l'unité de la« Petite chirurgie».
- Un hall de consultations externes (Chirurgie, Dermatologie, Ophtalmologie, Pédiatrie, ORL, médecine générale et l'Odontostomatologie) ;
 - Situation des moyens logistiques :
 - Trois véhicules dont une nouvelle ambulance qui facilite les évacuations sanitaires
 - 2 moto yamaha.

1.4- Personnel socio sanitaire :

Le personnel socio sanitaire est composé de maliens et d'expatriés Cubains :

Les maliens :

- deux médecins chirurgiens,

Moulaye Djitèye

- un médecin gynécologue obstétricien,
- un pharmacien,
- quatre médecins généralistes
- un chirurgien dentiste.

L'Hôpital bénéficie de l'appui de la coopération technique cubaine à travers :

- un chirurgien,
- un ophtalmologue,
- un dermatologue,
- une pédiatre,
- un médecin généraliste,
- une technicienne anesthésiste,
- une gynécologue obstétricienne.

Les Assistants Médicaux : Ils comprennent :

- un Assistant Médical en Anesthésie Réanimation
- un Assistant Médical en Radiologie.

Les Techniciens Supérieurs de Santé : Ils comprennent :

- trois Techniciens de Labo Pharmacie,
- un en ORL,
- trois en Ophtalmo,
- un en médecine,
- deux aux urgences,
- deux en chirurgie,
- un en kinésithérapie,

- un orthopédiste prothésiste,
- un en anesthésie -réanimation,
- un technicien sanitaire (hygiéniste)

Les Techniciens de Santé, 12 infirmiers de santé dont 9 contractuels :

- deux infirmières obstétriciennes,
- deux infirmiers en labo pharmacie,
- un en ophtalmologie
- deux en médecine,
- un en chirurgie,
- trois aides soignants,
- une matrone.

Les personnels de soutien composé de :

- un comptable,
- trois secrétaires,
- un maintenancier,
- trois gérants de pharmacie, -
- dix neuf manœuvres,
- deux cuisinières,
- deux Chauffeurs.

1.5- Description du service de gynéco obstétrique :

Le service de gynéco obstétrique dispose de 32 lits d'hospitalisation repartis dans 8 salles, 2 bureaux de consultation externe , une salle de consling ,une salle de Planning

Familial, une Salle de CPN, une salle de garde une salle de pansement et une salle d'accouchement équipée de :

- deux tables d'accouchement
- quatre lits d'observation
- Un oxygénateur mobile
- Une lampe de photothérapie
- Une couveuse
- Une pouponnière
- Un pèse bébé
- deux tables et 2 chariots
- Et d'autres matériels (valves, spéculum, curettes, tire col, bougie de Hégar etc.)

Cependant le service ne dispose ni ventouse, ni forceps, ni de bloc opératoire approprié

La salle d'accouchement, le bloc opératoire, et les salles d'hospitalisations sont assez distants les uns des autres (environ 60 mètres les séparent) ce qui entraîne souvent un retard dans la prise en charge des urgences obstétricales, et constitue un problème dans le suivi des malades opérées

Le personnel est composé de :

- deux gynécologues (un malien et un cubain)
- une sage femme titulaire
- quatre infirmières obstétriciennes dont 3 contractuelles
- une matrone
- trois sages femmes stagiaires
- deux manœuvres

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive

3- Période d'étude :

Elle s'étend sur 12 mois allant de Février 2006 à Janvier 2007

4- Population d'étude :

Notre étude a porté sur toutes les parturientes ayant accouché à l'hôpital pendant la période d'étude

5- Echantillonnage :

5.1- Critères d'inclusion :

Toute parturiente admise à l'hôpital, ayant bénéficié d'un accouchement assisté quelle que soit la voie.

5.2- Critères de non inclusion :

Ne sont pas incluses dans notre étude, toutes parturientes n'ayant pas accouché à l'hôpital.

6- Variables étudiées :

Les paramètres suivants ont été étudiés au cours de cette étude :

Variables quantitatives

- l'âge
- l'a gestité
- la parité = nombre d'accouchement ; primipare=un, paucipare= deux à trois, multipare=quatre à six, grande multipare supérieure ou égale à sept
- Le poids
- La température en degré celsius
- Le pouls
- La durée d'hospitalisation en jour
- La hauteur utérine en cm
- Les bruits du cœur foetal
- l'intervalle intergénésique en mois
- La provenance en Km
- La dilatation du col en cm
- **Le score d'Apgar lors des premières et cinquième**

Variables qualitatives

- le niveau d'instruction des parturientes et celui du procréateur
- la principale occupation de parturiente,
- le statut matrimonial
- la profession du procréateur
- l'état clinique du bassin,
- la voie d'accouchement

- Les complications maternelles et fœtales
- Le motif de transfert en pédiatrie
- Le pronostic vital de la mère et du nouveau né

7- Définitions opérationnelles :

- La surveillance du post partum immédiat : elle est bien faite, si pendant les deux premières heures les constantes sont bien prises et le saignement est vérifié ; et mal faite, dans le cas contraire.

Les parturientes doivent restées sous surveillance au moins 6h sans complication et au delà de 6h en cas de complication

- Le partogramme est bien fait si tous les paramètres sont correctement mentionnés et mal fait si au moins deux paramètres manquent ou incorrectement mentionnés
- Accouchement non assisté : Il s'agit d'un accouchement réalisé par un personnel non qualifié
- La réanimation du nouveau né (consiste à la désobstruction des voies aériennes, oxygénation, massage cardiaque externe, réchauffement)

8- Support des données :

Les données ont été recueillies à partir des partogrammes, le registre d'accouchement, le registre de compte rendu du bloc opératoire, les carnets de CPN et les fiches d'évacuation.

9- Traitement des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI INFO version 6.04

- Les tests statistiques utilisés sont le Khi^2 de Pearson, et le Khi^2 corrigé de Yates

RESULTATS

V. RESULTATS

1- Fréquences :

- Nombre total des accouchements assistés : 799
- Nombre total des accouchements non assistés : 17
- Fréquence des accouchements assistés : 97,91%

2- Caractères sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des parturientes en fonction des tranches d'âge.

Age	Fréquence	Pourcentage
15-30	639	79,08
31-35	60	7,50
36-40	50	6,26
41-45	3	0,38
Indéterminée	47	5,88
Total	799	100

79,8 % de nos parturientes ont un âge compris entre 15 et 30 ans. L'âge moyen est de 24 ans avec des extrêmes allant de 15 à 45 ans.

Tableau II : Répartition des parturientes en fonction du statut matrimoniale

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Marié	722	90,36
Célibataire	59	7,38
Divorcé	8	1
Veuve	5	0,63
Indéterminée	5	0,63
Total	799	100

90,36 % de nos parturientes étaient mariées.

Tableau III: Répartition des parturientes en fonction de leur provenance.

Provenance	Fréquence	Pourcentage
≤ 5Km	492	61,58
6-10	143	17,89
11-15	33	4,13
16-20	13	1,62
21-30	29	3,63
31-40	16	2
>40	66	8,26
Non spécifiée	7	0,88
Total	799	100

La majorité de nos parturientes habitent dans rayon de 5Km de l'hôpital, la distance moyenne est de 6,11Km avec des extrêmes de 700 m à 107 km

Tableau IV : Répartition des parturientes en fonction de la sérologie VIH

Sérologie VIH	Fréquence	Pourcentage
Positive	4	0,7
Négative	44	7,7
Non faite	527	91,6
Total	575	100

Chez 91,6 % des parturientes la sérologie n'a pas été faite

Tableau V: Répartition des parturientes en fonction de l'intervalle intergénésique.

Intervalle intergénésique	Fréquence	Pourcentage
12 mois	256	32,04
24 mois	226	28,29
36 mois et plus	70	8,76
Primigestes et autres nullipares	247	39,91
Total	799	100

Plus de la moitié de nos parturientes avaient un intervalle inter génésique court (entre 12 et 24 mois)

Tableau VI: Répartition des parturientes en fonction de la Gésité

Gésité	Fréquence	Pourcentage
1	309	38,67
2	301	37,67
3	85	10,65
>3	104	13,01
Total	799	100

38,67 % de nos parturientes sont des primigestes. La gésité moyenne est de 2,11 avec des extrêmes allant de 1 à 12.

Tableau VII: Répartition des parturientes en fonction de la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Primipare	120	15,02
Pauci pare	610	76,35
Multipare	39	4,88
Grande multipare	30	3,75
Total	779	100

76,35 % de nos parturientes sont des paucipares. La parité moyenne est de 2,98 avec des extrêmes allant de 1 à 12.

Tableau VIII: Répartition des parturientes selon la scolarisation

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Scolarisées	520	65,08
Non Scolarisées	279	34,92
Total	799	100

65,8 % de nos parturientes sont scolarisées.

Tableau IX: Répartition des parturientes en fonction de leur profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	577	72,21
Elève ou Etudiante	85	10,63
Fonctionnaire	21	2,62
Commerçante	101	12,64
Autres	15	1,87
Total	799	100

72,21% de nos parturientes sont des ménagères.

Tableau X : Répartition des procréateurs selon la scolarisation

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisées	282	35,29
Scolarisées	517	64,71
Total	799	100

64,71% des procréateurs sont scolarisés

Tableau XI : Répartition des procréateurs en fonction de leur profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Salarié	184	23,02
Commerçant	141	17,64
Cultivateur	106	13,26
Eleveur	30	3,75
Transporteur	13	1,63
Manœuvre	25	3,13
Retraité	34	4,25
Artisan	11	1,37
Chauffeur	51	6,38
Autres	10	1,25
Manquant	194	24,28
Total	799	100

23,02 % des procréateurs sont des salariés. Dans 24,28% des cas, la profession des procréateurs n'a pas été spécifiée.

3- Données cliniques des femmes à l'admission :

Tableau XII: Constantes évaluées à l'admission

Constantes	Évaluées		Non évaluées	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
TA	768	96,12	31	3,87
Pouls	763	95,49	56	7
Température	751	93,99	48	6
Poids	44	5,50	745	93,24
HU	773	96,74	26	3,25
CUD	593	74,21	206	25,78
BDCF	799	100	0	0

Dans la majorité des cas les constantes sont évaluées à l'admission sauf le poids

Tableau XIII : Répartition des parturientes en fonction de l'état clinique du bassin

Etat du bassin	Fréquence	Pourcentage
Normal	573	71,71
Limite	116	14,52
Rétréci	18	10,89
Immature	87	2,25
Indéterminée	5	0,63
Total	799	100

71,71% des cas les parturientes ont un bassin normal

Tableau XIV: Répartition des parturientes selon l'engagement de la presentation.

Engagement de la présentation	Fréquence	Pourcentage
Oui	584	73,09
Non	215	26,91
Total	799	100

Chez 73,09% de nos parturientes la présentation était déjà engagée.

Tableau XV: Répartition des parturientes selon le niveau de dilatation du col.

Dilatation du col (cm)	Fréquence	Pourcentage
1-3	148	18,53
4-10	629	78,72
Non précisé	2	0,25
Total	799	100

Dans 78,72% des cas les parturientes arrivent en 2^{ème} phase du travail d'accouchement , dont 98 à dilatation complète (12,27%)

Tableau XVI: Répartition des parturientes en fonction de la réalisation du partogramme.

Partogramme	Fréquence	Pourcentage
Fait	580	72,59
Non retrouvé	219	27,41
Total	799	100

Dans 27,41% des cas le partogramme n'était pas trouvé. Sur les 219 parturientes n'ayant pas de partogramme, 188 étaient des urgences évacuées d'ailleurs et 31 d'entre elles sont du service.

Tableau XVII: Répartition des parturientes selon la qualité du partogramme.

Qualité du Partogramme	fréquence	Pourcentage
Bien fait	344	59,31
Mal fait	236	40,69
Total	580	100

Dans 59,31 % des cas le partogramme était bien fait.

Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon la surveillance du post-partum immédiat.

Surveillance	Fréquence	Pourcentage
Faite	745	93,24
Fiche non retrouvée	54	6,76
Total	799	100

Dans 6,76 % des cas la fiche de surveillance n'a pas été retrouvée.

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon la qualité de la surveillance du post partum immédiat.

Qualité de la surveillance	Fréquence	pourcentage
Bien faite	703	94,36
Mal faite	42	5 ,64
Total	745	100

Dans 94,36 % des cas la surveillance du pospartum immédiat a été bien faite.

Tableau XX: Répartition des parturientes selon la durée entre l'indication et l'extraction du fœtus.

Durée	Fréquence	Pourcentage
<30mn	18	12,16
30-1h	59	39,86
1h-1h30	47	31,76
1h30-2h	24	16,21
Total	148	100

Dans 39,86 % des cas la durée entre la prise de décision de la césarienne et l'extraction du fœtus est comprise entre 30mn et 1h de temps.

Tableau XXI: Répartition des parturientes selon la qualification de l'accoucheur.

Qualification	Fréquence	Pourcentage
Infirmière obstétricienne	270	33,79
Interne	107	13,39
Matrone	46	05,76
Médecin	232	29,04
Sage femme	144	18,02
Total	799	100

33,79% des accouchements sont réalisés par les infirmières obstétriciennes.

S4- Pronostic :

Tableau XXII: Répartition des parturientes selon les complications apparues à l'accouchement.

Type de complication	Fréquence	Pourcentage
Aucune	760	95 ,11
Déchirure périnéale	4	0,5
HTA	9	1,12
Anémie	8	1,0
Suppuration	8	1,0
HDD	3	0,37
Impotence Fonctionnelle des MI	1	0,12
Fièvre inexpliquée	3	0 ,37
Lésion vésicale	1	0,12
Eclampsie	2	0,25
Total	799	100

Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon le pronostic vital maternel

Pronostic vital	Fréquence	Pourcentage
Décédées	4	0,5
Vivantes	795	99,5
Total	799	100

Nous avons enregistré 4 décès dont un en per-operatoire par choc hémorragique ; deux cas d'éclampsie et un cas d'anémie sévère suite à un placenta praevia hémorragique.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation en jour	Fréquence	Pourcentage
0-10	738	92,37
11-20	60	7,51
21 et Plus	1	0,12
Total	799	100

La durée moyenne d'hospitalisation est de 5 jours avec des extrêmes allant de 3 à 45.

Tableau XXV: Répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne

Indication	fréquence	Pourcentage
Dystocies mécaniques	108	48,3
Eclampsie	28	12,5
Dilatation stationnaire	21	9,4
SFA	15	6,7
HRP	10	4,5
Autres	42	18,5
Total	224	100

Les dystocies mécaniques et l'éclampsie constituent les indications les plus fréquentes avec respectivement 48,3 % et 12,5 %

Tableau XXVI: Répartition des Nouveaux nés en fonction du score d'Apgar

Score d'Apgar	1 ^{ère} minute		5 ^{ème} minute	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
0-3	100	12,35	55	6,79
4-7	322	39,75	120	14,81
8 et Plus	388	47,90	635	78,4
Total	810	100	810	100

Plus de la moitié des Nouveaux nés ont un score favorable à la 5^{ième} minute.

Tableau XXVII : Répartition des Nouveau nés en fonction de la réanimation

Réanimation	Fréquence	Pourcentage
Oui	179	22,10
Non	631	77,9
Total	810	100

22,10% des nouveaux nés ont été réanimés (il s'agit de l'aspiration des mucosités, de l'oxygénation et du massage cardiaque externe).

Tableau XXIII: Répartition des nouveaux nés selon le motif de transfert en pédiatrie

Motif de transfert	Fréquence	Pourcentage
Non transféré	739	91,23
SFN	52	6,42
Fièvre	10	1,24
Prématurité	9	1,11
Total	810	100

La souffrance fœtale néonatale est la première cause de transfert en pédiatrie

Tableau XXIX: Répartition des nouveaux nés en fonction du pronostic vital

Etat nouveaux nés	Fréquence	Pourcentage
Décédés	49	6,05
Vivants	761	93,95
Total	810	100

6,05% des Nouveaux nés sont décédés dont 25 morts nés frais, 9 macérés et 15 décès néonataux précoces.

Tableau XXX: Répartition des complications en fonction du type d'accouchement

Voie d'accouchement	Voie basse	Voie haute	Total
Type de complications			
Déchirure périnéale	4	0	4 (10,52)
Lésion vésicale	0	1	1 (2,63)
HDD	1	2	3 (7,89)
HTA	0	9	9 (23 ,68)
Anémie	0	8	8 (21,05)
Suppuration pariétale	0	8	8 (21,05)
Fièvre inexpliquée	0	3	3 (7,89)
Eclampsie	0	2	2 (25,26)
Impotence fonctionnelle	0	1	1 (2,63)
Total	5 (13,16%)	34 (86,84)	39(100)

Tableau XXXI: Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement et du pronostic vital

Pronostic vital	Vivantes	Décédées	Total
Voie d'accouchement			
Voie basse	575	0	575(71,56%)
Voie haute	220	4	224(88,04%)
Total	795(99,5%)	4(0,5%)	799(100%)

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel suite aux accouchements par voie basse mais 4 cas de décès maternel ont été constatés par voie haute dont une en per-opératoire par choc hémorragique et trois dans les suites opératoires.

$\text{Khi}^2=261,5$ $P=0,000001$ ce qui explique que le pronostic vital maternel est meilleur par voie basse que par voie haute.

Tableau XXXII: Répartition des nouveaux nés en fonction du pronostic vital et la voie d'accouchement

Pronostic vital	Vivant	Décédé	Total
Voie d'accouchement			
Voie basse	566	15	581 (71,23)
Voie haute	195	34	229 (28,27)
Total	761 (93,95)	49 (6,05)	810 (100%)

Le pronostic vital des nouveaux nés est meilleur par voie basse que par voie haute
 $\text{Khi}^2=43,48$ $P=0,000000$

Tableau XXXIII: Répartition des complications chez les nouveaux nés en fonction du score d'Apgar

Type de complication	SFA	Fièvre	Prématurité	Total
Score d'Apgar				
0-3	12	0	6	18 (36,62%)
4-7	40	10	3	45 (63,38%)
8 et plus	0	0	0	0 (0 %)
Total	52(73,24%)	10(14,08%)	9 (12,68%)	71 (100%)

La souffrance fœtale est la première cause de référence en pédiatrie $\text{Khi}^2=22,14$
 $P=0,000016$

Tableau XXXIV: Relation entre les complications maternelles et la qualification de l'accoucheur.

Qualification	médecin	Sage femme	Infirmière	Matrone	Total
Type Complication					
Déchirure périnéale	0	0	3(7,62)	1(2,56)	4 (10,25)
Lésion vésicale	1(2,56)	0	0	0	1 (2,56)
HDD	2(5,12)	0	1(2,56)	0	3 (7,69)
HTA	9 (23,07)	0	0	0	9 (23,07)
Anémie	8 (20,51)	0	0	0	8 (20,51)
Suppuration pariétale	8 (20,51)	0	0	0	8 (20,51)
Fièvre inexpliquée	3(7,62)	0	0	0	3 (7,62)
Eclampsie	2(5,12)	0	0	0	2 (5,12)
Impotence fonctionnelle	1(2,56)	0	0	0	1 (2,56)
Total	34 (87,17%)	0 (0%)	4 (10,25%)	1 (2,56%)	39 (100%)

Nous n'avons pas enregistré de complications suite aux accouchements réalisés par les sages femmes

Tableau XXXV: Répartition de nouveaux nés en fonction du score d'Apagar et de la qualification de l'accoucheur

Qualification	Médecin	Sage femme	Infirmière	Matrone	Interne	Total
Score d'Apagar						
0-3	15 (27,27%)	11 (20%)	16 (29,09%)	5 (9,09%)	8 (11,55%)	55 (100%)
4-7	34 (28,33%)	16 (13,33%)	40 (33,33%)	10 (8,33%)	20 (16,66%)	120 (100%)
8 et plus	190 (29,92%)	120 (18,89%)	214 (37,7%)	32 (5,03%)	79 (12,44%)	635 (100%)
Total	239 (29,5%)	147 (18,14%)	270 (33,33%)	47 (5,80%)	107 (13,20)	810 (100%)

Le score d'Apagar est surtout lié à la proportion d'accouchements réalisés par les différentes catégories professionnelles et pas nécessairement à leur qualification.

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSIONS**

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1- Approche méthodologique :

Le Caractère prospectif de notre étude ne nous a pas permis d'avoir toutes les données. Les rubriques (manquantes, non précisées, non retrouvées, indéterminées) s'expliquent par le fait que les fiches d'enquête ont quelque fois été remplies par certains personnels au cours des gardes. Etant donné qu'il s'agit d'une étude prospective, nous avons, dans la plupart des cas, interrogé nos patientes afin d'avoir les données les plus exhaustives. La revue de la littérature africaine, en particulier malienne, n'a pas permis d'avoir assez d'études sur les accouchements assistés. Ainsi les discussions des différents résultats que nous avons obtenus ont été faites à partir des pathologies traitées spécifiquement par les auteurs.

2- Fréquences :

L'hôpital régional de Gao fait moins d'accouchement par an que les autres hôpitaux régionaux accepté celui de Tombouctou comme l'atteste le tableau ci-dessous.

Tableau XXXVI: Fréquence des accouchements assistés dans les différents hôpitaux du Mali [1]

Hôpital	Nombre d'accouchement	
	2005	2006
Gabriel Touré	2760	2797
Point G	1160	1106
Kayes	3414	3803
Mopti	529	924
Ségou	1418	1992
Sikasso	4026	3798
Tombouctou	58	274
Notre étude	662	801
Total	14027	15495

Au cours de notre étude nous avons enregistré 799 accouchements assistés dont les 2 /3 ont été effectués par voie basse. Durant la même période, nous avons enregistré 17 accouchements non assistés. Au total, nous en avons obtenu une fréquence globale de 97, 91 % à la maternité de l'hôpital de Gao, ce taux est proche de celui de 2005 (99, 39%). Le taux très élevé ne reflète pas celle de la région toute entière, car nous pensons que certains accouchements non assistés ne parviennent pas à hôpital.

En outre, le taux d'accouchement assisté varie d'un pays à un autre comme l'atteste le tableau ci-dessous.

Tableau XXXVII: Taux moyen des accouchements assistés par personnel qualifié par pays de 2000 à 2006 [30].

Pays	Taux moyen en pourcentage	Période
France	99	2000-2006
Afrique du Sud	92	2000-2006
Tunisie	90	2000-2006
Côte d'Ivoire	68,6	2000-2006
Cameroun	63	2000-2006
Burkina-Faso	54	2000-2006
Sénégal	52	2000-2006
Niger	33	2000-2006
Mali	41	2000-2006

L'analyse de ce tableau montre que le Mali est l'un des pays qui ont le taux d'accouchement assisté le plus bas au monde.

3- Données sociodémographiques :

Nos patientes étaient jeunes dans la plupart des cas, avec un âge moyen de 24 ans. Cette tendance est observée par la plupart des auteurs maliens : Bagayogo [2] a trouvé

que la plupart de ses parturientes étaient âgées de 35 ans ; chez Sangaré [23], les plus âges avaient 25 ans,

Elles étaient majoritairement des paucipares avec 76, 16 %,

Sangaré [23] rapporte dans sa série 55, 5% de pauci pares.

Dans notre série, l'intervalle inter génésique était généralement court (moins de 12 mois dans 32, 4 % des cas alors qu'ailleurs [23], il était deux fois plus long.

Nos parturientes étaient majoritairement mariées (90, 36 %) comme chez Sangaré [23], Coulibaly [5], Tchurenten [25] qui ont donné des taux respectifs de 87 %, 86%, 83 % et 85 %.

Elles étaient scolarisées dans 65, 08 % des cas quoique leur niveau de scolarisation ne soit pas élevé. Elles ont pour la plupart comme activité le ménage (72%). Le taux de scolarisation élevé dans notre série pourrait expliquer la fréquence élevée des accouchements assistés (97,71 %).

En effet, le couple comprendra mieux l'intérêt à accoucher dans une structure de santé si le niveau scolaire est élevé.

4- Données cliniques :

A l'admission de chaque patiente, un examen clinique est fait et les données sont consignées sur le partographe. Pour des raisons de disponibilité de certains appareils (tensiomètre, thermomètre, pèse personne), la tension artérielle, la température et le poids n'ont pas été évalués pour toutes les parturientes.

La mensuration de la hauteur utérine qui est une composante de l'examen obstétrical n'a été mesurée que dans 96, 74 % des cas tandis que l'appréciation des contractions utérines n'a été faite que chez 3 patientes sur 4, et l'évaluation du bassin a été réalisée dans 99, 34 % des cas. Cet examen a permis de conclure que le bassin était normal dans 71 % des cas, taux inférieur à celui obtenu dans une étude sur les urgences obstétricales faite à Mopti par Saye [24] (83 %).

La plupart de nos parturientes ont été reçues en deuxième phase du travail d'accouchement (78, 72 %) dont 98 à dilatation complète (12,27 %). Il s'agit de parturientes dont le travail a été fait soit dans une structure de santé soit à domicile. Ces faits concourent à rendre le pronostic aléatoire.

Le partogramme a été fait chez plus de la moitié de nos patientes tandis que chez 27, 4 % de nos patientes, il n'avait pas été réalisé. La qualité de cet outil n'a été jugé satisfaisant que dans 51, 39 % des cas. Ce qui implique que des efforts doivent être consentis pour faire bénéficier à toutes les parturientes la confection du partogramme tout en l'améliorant. Ceci devrait permettre de réduire considérablement le taux de mortalité maternelle, néonatale et de la mortinatalité.

Les accouchements dans notre service ont été effectués dans 1/3 des cas par les infirmières obstétriciennes (33, 79 %) suivis des médecins (29, 04 %). Ceux-ci ont surtout pratiqué des césariennes et effectué quelques accouchements par voie basse. 18,2 % des accouchements ont été effectués par les sages femmes. La fréquence élevée des accouchements réalisés par les infirmières obstétriciennes s'explique par le fait qu'elles sont majoritaires dans le service. En effet, le service ne dispose que d'une sage-femme, assistée de 3 stagiaires.

Nous avons noté des insuffisances dans l'examen obstétrical à l'admission en particulier dans la qualité du partogramme qui est jugé mal fait dans 40, 69 % des cas ; la surveillance du post partum immédiat a été mal faite dans 5, 64 % des cas. Ce qui pourrait être lié à la qualité des agents assurant la prise en charge des parturientes (Tableau XXI)

5- Pronostic :

Les complications maternofoetales ont été variées

5.1- Pronostic maternel :

Les complications maternelles ont été dominées par l'HTA (1, 12 %), l'anémie (1, 0 %), la suppuration pariétale (1,0 %) les déchirures périnéales (0, 5 %), les hémorragies de la délivrance (0, 37 %), et les décès maternels 4 cas soit 0, 5 % contre 6 cas de décès obtenus par Diallo [10] en 2005, tous chez des patientes césarisées. Ce qui nous amène à dire que les patientes césarisées présentaient plus de complication à l'admission.

5.2- Pronostic foetal :

Avant la naissance en salle d'accouchement les seuls moyens utilisés pour évaluer le pronostic des nouveaux nés étaient : l'auscultation des BDCF au stéthoscope de PINARD et la nature du liquide amniotique.

A la naissance, l'évaluation du score d'Apgar a permis de constater que 78,4% des nouveaux nés avaient un score compris entre 8 et 10 ; 14,81% des nouveaux nés avaient entre 4 et 7 et 6,79% entre 0 et 3. Dans l'ensemble, le pronostic des nouveaux nés était satisfaisant.

Nous ne saurons établir un jugement rationnel entre le score d'Apgar et la qualification des accoucheurs, car les différentes catégories professionnelles n'ont pas effectué le même nombre d'accouchement si l'on se réfère au tableau (XXI).

La fréquence élevée des nouveaux nés accouchés par les infirmières obstétriciennes pour chaque classe de score donné tableau (XXXIV) résulte du fait qu'elles ont réalisé plus d'accouchements.

La souffrance fœtale aigüe est la première complication survenue chez les nouveaux nés avec une fréquence de 6,42 % et constitue le premier motif de transfert des nouveaux nés en pédiatrie. Ce taux de souffrance est plus élevé que celui obtenu par Traoré [28]

4,5% bien que notre échantillon soit plus bas. La souffrance fœtale aiguë doit être reconnue dès le début du travail. Dans notre série, des efforts doivent être faits dans ce sens.

22,10% des nouveaux nés ont été réanimés ; la réanimation des nouveaux nés a été faite dans la plupart des cas au bloc opératoire par l'anesthésiste. Les gestes de réanimation étaient très peu maîtrisés; la majorité des prestataires ne sachant ni aspirer correctement ni faire un massage cardiaque externe.

Quant à l'oxygénation, elle a toujours lieu hors du service étant donné que le service ne dispose pas d'un système d'oxygénation. Suite à ces complications, 8,77% de nos nouveaux nés ont été transférés en pédiatrie.

Les conditions de transfert des nouveaux nés dans notre série n'ont pas été satisfaisantes pour diverses raisons : la distance entre la salle d'accouchement et la pédiatrie est de 80m, la distance entre le bloc opératoire et la pédiatrie est de 100m.

Au cours du transport des nouveaux nés, il n'y a ni oxygénation continue ni échauffement et l'environnement hospitalier n'est pas aseptique. Ces conditions expliquent en partie que 6,5% des nouveaux nés soient décédés dont 1,85% de décès néo natal précoce.

L'analyse de ces fréquences implique que des efforts doivent être faits par rapport à la surveillance du fœtus au cours du travail d'accouchement et en réanimation du nouveau né.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital de Gao de février 2006 à janvier 2007. Elle a permis une analyse des accouchements assistés. Ainsi, bien qu'étant la référence régionale, l'hôpital de Gao présente quelques difficultés :

- La salle d'accouchement, petite et isolée du bloc opératoire de la salle de garde, des salles d'hospitalisation et du service de pédiatrie.
- L'insuffisance du plateau technique
- L'absence de ventouse, de forceps, d'aspirateur, d'oxygène en salle d'accouchement.
- L'absence du bloc opératoire approprié au service de gynéco obstétrique.

Dans l'ensemble, la qualité des soins obstétricaux est satisfaisante et le pronostic vital, maternel et fœtal est bon.

L'analyse du niveau d'instruction des parturientes, leurs activités économiques expliquent leur retard à l'arrivée.

S'agissant des caractéristiques des parturientes, nous pouvons retenir qu'elles sont majoritairement jeunes (78,88% d'entre elles ont un âge compris entre 15 et 30 ans). 72% d'entre elles sont ménagères. De même 78,16% sont primigestes.

L'accouchement par voie basse a été majoritairement fait par les infirmières obstétriciennes (33,79%) et les médecins ont surtout effectué des césariennes (29,04%).

La qualité du partogramme était satisfaisante dans 59,31% des cas.

Les principales complications chez la mère ont surtout été dominées par : l'HTA (1,12%), l'anémie (1,0%), la suppuration pariétale (1,0%), les décès maternels (0,5%) etc.

Les indications de la césarienne ont été dominées par : les dystocies mécaniques 48,3 % et l'éclampsie 12,5%.

Les complications chez les nouveaux-nés sont dominés par : la souffrance foetale aiguë (73, 24%) la fièvre (14,28%) et la prématurité (12,68%). Les décès (6,05%).

L'amélioration du plateau technique, d'une salle d'accouchement couplée à celle d'un effectif qualifié peut contribuer à rendre l'accouchement assisté plus sécurisant à l'hôpital de Gao.

RECOMMANDATION

VIII. RECOMMANDATIONS :

1- Aux autorités sanitaires et politiques :

- Améliorer l'état des structures par rapport à leur capacité d'accueil et créer un bloc opératoire à proximité de la maternité
- Améliorer le plateau technique en dotant le service en : ventouses, forceps, aspirateurs et un système d'oxygénation
- Renforcer le système référence/évacuation
- Organiser des séances de sensibilisation par rapport au mariage précoce et aux grossesses rapprochées
- Organiser des séances de formation à l'endroit des prestataires afin de mieux gérer les urgences obstétricales ou à défaut les diagnostiquer et faire des références à temps

2- Aux prestataires :

- Surveiller rigoureusement les parturientes dès le début du travail
- Renforcer le partenariat entre tous les agents impliqués dans la prise en charge des parturientes et des nouveaux nés
- Remplir correctement le partogramme
- Améliorer les performances des uns et des autres en réanimation du nouveau né
- Faire un partogramme dès l'admission des parturientes

3- Aux populations :

- Sensibiliser les femmes à accoucher dans un centre de santé afin de diminuer au maximum les risques liés à l'accouchement non assisté
- Eviter les mariages précoces
- Améliorer le niveau des femmes en les aidant à atteindre un niveau scolaire acceptable (secondaire ou supérieur)

REFERENCES

IX. REFERENCES

- 1-Anonyme** :Données Statistiques de l'hôpital de Gao 2005, Cellule de la planification et de la statistique du Ministère de la Santé au Mali de 2004 à 2006
- 2-Bagayogo N.** Pronostic materno-fœtal des grossesses mal suivies à propos d'une étude cas témoins dans le service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine Bamako 2004. 04-M-39.
- 3-Conable.B.** La maternité sans risque. Forum mondial de la santé Oms Genève 1987 ; 8(2) : 164-170
- 4-Coulibaly B.** Accouchement à risque au Centre de Référence de la Commune IV du District de Bamako a propos de 334 cas. Thèse de médecine 2004. 04-M-85.
- 5- Coulibaly F.** La qualité de l'accouchement en Communes V et VI de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2001. 01-M-46. 87pages.
- 6-De Stanne, De Bernis L.** Mortalité maternelle : les causes. L'enfant en milieu tropical 1990 : 187-188.
- 7-Dembélé D.** Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II de Bamako thèse de médecine 2002 M-158
- 8- Diallo F.B., Diallo A.B., Diallo Y., Goma O., Camara Y., Cisse M., Diallo M.S.** mortalité maternelle et facteur de risques liés au mode de vie, Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45 (12)
- 9- Diallo F.B., Diallo T.S., Sylla M., Onivogui F., Diallo M.C., Balde I.S., Diallo M.S.** Problèmes médicaux et socioculturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales (CPN) et d'accouchements assistés dans les 4 régions naturelles de la Guinée. Médecine d'Afrique Noire : 1990, 46 (1).
- 10-Diallo O.** La césarienne : Aspects épidémiologiques et pronostic materno-fœtal à l'hôpital de Gao. Thèse de médecine Bamako 2005. 05-M-290
- 11-Enquête** démographique et de santé au Mali EDS – MII 1995-1996

12-Enquête démographique et de santé au Mali EDS – MII 2001

13-Habsatou T. Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain. Thèse de médecine FMPOS Bamako 2000. 00-M-62

14-Hirsch G. Facteurs de risque et conséquences materno-fœtales des accouchements hors maternité Thèse de médecine, Paris 1988. Numéro 49

15-Isenalumbe A. E. L'intégration des accoucheuses traditionnelles au système de soins de santé Forum mondial de santé 1990 ; 11 (2) : 205-211

16- Lansac J. Body G. Perotin F. Marret H. Pratique de l'accouchement 3^e édition Paris 2001 p 525.

17-Labama L. Accouchement a domicile, un risque pour la mère et l'enfant. Panorama médical Kisangani (RDC) 1995 ; 12 : 720-723

18-M. Bamba. Etude critique des paramètres du partogramme. Thèse de médecine, Bamako 1998. 98-M-52

19-Merger R. – Lévy J. – Melchior J. Précis d'obstétrique, Masson 6^{ème} édition Paris 1995 p 597

20-OMS Genève 1993. Accouchement traditionnel. Déclaration conjointe OMS/FNUAP/UNICEF.

21-Rapport OMS santé sur le monde 2005

22- Rapport sur la santé dans le monde OMS 2003 : Lutte contre la mortalité maternelle, rendre la grossesse plus sûre En p 23-33.

23-Sangaré M. Les accouchements à domicile dans le service de Gynécologie obstétrique de Hôpital du Point G à Bamako à propos de 292 cas. Thèse de médecine Bamako 2005. 05-M-19.

24-Saye M. Les urgences obstétricales à l'Hôpital Régionale SOMINE DOLO de Mopti. Thèse de médecine Bamako 2005. 05-M-120.

25-Tchuerenten Nem (Danielle épouse) Etude de la mortalité maternelle au Centre de Référence de la Commune V du District de Bamako de 1998-2002 à propos de 160 cas. Thèse de médecine Bamako 2004. 04-M-27.

26-Thiam H.D. Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain à propos de 200 accouchements à Bamako et à Kolondieba. Thèse de médecine Bamako 2000. 00-M-62- 60 pages.

27-Tougnia M M. T. Utilisation de l'ocytocine au cours de la parturition dans les maternités Renée Cisse et du Centre de Santé de Référence de la Commune IV de Bamako thèse de médecine 2004 04-M-52.

28-Traoré B. A. Souffrance fœtale aigüe à la maternité Renée Gynécologie de Hamdallaye de Bamako : Aspects épidémiologiques, étiologiques, cliniques et évolutifs à court terme. Thèse de médecine Bamako 2001. 01-M-129.

29-Wendy J G , Jacqueline S B. Colin H W B: l'assistance qualifiée à l'accouchement peut-elle réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement in Réduire les risques de la maternité stratégie et évidence scientifique P 105- 139. Studies in Health organization € policy, 18-2001.

30- www.unicef.org/french/infobycountry/Pays_statistics.html: Taux moyen des accouchements assistés par personnel qualifié par pays de 2000 à 2006, consulté le 14 mai 2008.

ANNEXES

Fiche signalitique

Nom : Djiteye

Prénom : Moulaye

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Les accouchements assistés à l'hôpital de Gao à propos de 799 cas

Année universitaire : 2006-2007

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie et obstétrique

Résumé de la thèse :

Il s'agit d'une étude descriptive avec collecte prospective (allant de février 2006 à janvier 2007). Elle a porté sur 799 femmes qui ont accouché dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital de Gao. Pendant cette période, nous avons enregistré 799 accouchements assistés et 17 accouchements à domicile. La fréquence des accouchements assistés est de 97,91%.

Les parturientes étaient majoritairement jeunes (78,88%), avec un âge moyen de 24 ans et des extrêmes allant de 15 à 45 ans. Elles étaient primigestes dans 70,16% des cas avec une gestité moyenne de 2,11. Leur activité principale est le ménage (72,21%) des cas. Elles sont mariées dans 90,36% des cas. Les complications chez les femmes ont été dominées par : l'HTA (1,12%), l'anémie (1,0%) et la suppuration pariétale (1,0%). Les complications chez les nouveaux-nés ont été dominées par : la souffrance fœtale aiguë (22,8%), la fièvre (1,24%) et la prématurité (1,1%).

Le pronostic vital maternel et fœtal était bon et la qualité des soins obstétricaux est satisfaisante.

LES ACCOUCHEMENTS ASSISTES

Février 2006-Janvier 2007

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1. Structure :.....

Q2. Dossier n° :.....

Q3. Date d'entrée...../...../.....heure :.....

Q4. Date d'accouchement.... /...../.....Heure.....

Q5. Nom et prénoms :.....

Q6. Age.....

Q7. Ethnie :

1. Sonrhäi
2. Tamashek
3. Bambara
4. Peuhls
5. Autre

Q8. Adresse :

1. Château
2. Gadeye
3. Farandjirey
4. Aljannabandia
5. Djoulabougou
6. Saneye
7. Sossokoira
8. Boulgoundje
9. Camp I
10. Camp II
11. Autres

Q9. Statut matrimonial :.....

1. Mariée
2. Célibataire
3. Divorcée
4. Veuve

Q10. Statut VIH :

1. positif
2. négatif
3. inconnu

Q11. Niveau d'instruction :.....

1. Non scolarisé
2. Scolarisée

Q12. Profession :.....

1. Ménagère
2. Elève ou étudiant
3. Fonctionnaire
4. Commerçante
5. Autres

Q13. Procréateur, préciser.....

Profession :.....

Niveau d'instruction :.....

II. ADMISSION

Q14. Mode d'admission :

1. Evacuée
2. Référée
3. Venue d'elle même

Q15. Moyen d'admission :

1. Par ambulance
2. Transport en commun
3. Voiture personnelle
4. Autres.....
si 1,2,4 préciser et donner le coût du transport.....

Q16. Provenance (lieu et distance parcourue en Km) :.....

1. < 5km
2. 6-10km
3. 11-15km
4. 16-20km
5. 21-30km
6. 31-40km
7. >40km

Q17. Motif d'admission :

III. ANTECEDANTS

Q18. MEDICAUX :

FAMILIAUX :

1. HTA
2. Diabète
3. Drépanocytose
4. Aucun
5. Autre, Si autre, préciser.....

PERSONNELS :

1. HTA
2. Diabète
3. Drépanocytose

4. O+
5. A+
6. B+
7. AB+
8. O-
9. A-
10. B-
11. AB-
12. Indéterminé
13. Autre, Si autre, préciser.....

Q19. CHIRURGICAUX

1. OUI
 2. NON
- Si oui préciser.....

Q20. GYNECOLOGIQUES :

1. Fibrome
2. Fistule vésico - vaginale
3. Périnéorraphie
4. Cure de prolapsus
5. Autres, Si autre, préciser.....
6. Aucun

Q21. OBSTETRIQUES :

- Gestité :.....
- Avortement :
- Enfant vivant :
- Parité :.....

Accouchement dystocique :

1. Oui
2. Non

Mort- né : macéré

1. Oui
2. NON

Intervalle intergénésiq.

Forceps

1. Oui
2. Non

Ventouse

1. Oui
2. Non

IV. GROSSESSE ACTUELLE

Q22. AG :

Q23. CPN :

- a. Nombre :
- b. Autres :
- c. Lieu :
- d. Qualification du prestataire.....
 1. Sage femme
 2. Infirmière
 3. Médecin

V. EXAMEN PHYSIQUE

A. EXAMEN GENERAL :

Q24. TA (en mmHg) :.....

Q25. Poids (en Kg) :.....

Q26. Température (en degré celsius) :.....

Q27. Taille (en m) :.....

Q28. FR (cycle/mn) :.....

Q29. Pouls (pulsation/mn) :.....

Q30. Conscience :.....

1. Bonne
2. Obnubilée
3. Altérée

Q31. Etat général :.....

1. Bon
2. Passable
3. Mauvais

Q32. Muqueuses :.....

1. Bien colorées
2. Moyennement colorées
3. Pales
4. Ictériques

Q33. Présence d'œdème :.....

1. Oui
2. Non

B. EXAMEN OBSTETRICAL :

Q34. HU (en cm) :.....

Q35. CU :

1. Oui
2. Non

Si oui, nombre de CU/10mn..... Durée.....Fréquence.....Intensité
Régulière : Oui ou NON

Q36. BCF :

1. Oui
2. Non

Si oui, donner la fréquence en battement/mn

Q37. BCF :

1. Réguliers
2. Irréguliers

Q38-Présentation :

1. Céphalique
2. Transverse
3. Siège

Q39. COL :

Consistance : Direction :.....

Dilatation :cm

Q40. Engagement de la présentation

1. OUI
2. NON

Si oui donner le degré d'engagement.....

Q41. Poche des eaux :

1. Intacte
2. Rompue
3. Fissurée

Si rompu, donner la délai.....

Q42. Liquide amniotique :

1. Clair
2. Teinté
3. Sanglant

Q43. Bassin :

1. Normal
2. Limite
3. Rétréci

Autre, Si autre, préciser.....

Q44. Voie d'accouchement :

1. Voie naturelle
2. Césarienne

Si césarienne préciser l'indication.....

VI. ACCOUCHEMENT

Q45. Surveillance du travail assurée par

Nombre d'années d'expérience.....

Q46. Date et heure du début du travail :.....

Q47. Accouchement effectué par :.....

1. Médecin :
2. Sage femme :
3. Matrone :
4. Interne en médecine

5. Stagiaire école infirmière

Q48. Surveillance et accouchement effectués par le même agent

1. OUI
2. NON

Q49. Surveillance et accouchement effectués par des agents différents :

.....

1. OUI
2. NON

MARCHE DU TRAVAIL :

Q50. Dilatation du col : Durée et fin

- 1^{ère} Période du travail
- 2^{ème} Période du travail.....
- 3^{ème} Période du travail.....

Q51. Membranes amniotiques : délai de rupture.....

1. Rupture spontanée :
2. Rupture artificielle des membranes :

Q52-Liquide amniotique :

1. clair
2. Teinté
3. Sanglant :

Q53-Expulsion :.....

Q54-Durée totale du travail :.....

Q55-Thérapeutique :.....Episiotomie :...

Délai de suture

Q56-Type d'accouchement :

1. Eutocique
2. Dystocique

Q57-Partogramme :

1. Oui
2. Non

Partogramme bien rempli :

1. Oui
2. Non

VII. INTERVENTION

Q58-TYPE D'ACCOUCHEMENT :

1. Voie Naturelle
2. Forceps
3. Ventouse
4. Césarienne
5. Autres

Q59.Indication :.....Date :.....Heure :.....

Q60. Nature.....

Q61. Opérateur

Q62. Complication de l'Accouchement :

VIII. ISSUE DE L'ACCOUCHEMENT

Q63.NOUVEAU –NE

a. Nombre :.....

b. Sexe :.....

1. Masculin
2. Féminin

c. Vivant :

1. OUI :
2. NON :

Si **oui**, donner l'apgar à la 1ere minute, et à la 5^{ème} minute :.....

1. 0-3
2. 4-7
3. 8-10

d. Réanimé :.....

1. OUI
2. NON

e. Mesure anthropométrique : **Poids** (en g) :.....**Taille** (en cm) :.....**PC** (en cm).....**PT** (en cm) :.....

f. Transféré en pédiatrie :

1. OUI
2. NON

Si oui , donner : - **Le motif de référence** :.....

- **La durée du séjour** :.....

g.L'évolution :

1. favorable
2. décédé

g. Malformation :

1. OUI
2. NON

Si oui, préciser.....

Placenta :

1. Complet
2. Incomplet

IX. EVOLUTION DU POST-PARTUM

Q64. Suites :

1. Simples
2. Compliquées :

Si compliquée, préciser le type de complications :.....

Q65. Décès maternel :

1. OUI
2. NON

Si oui, préciser la cause du décès

et les circonstances

Q66. Durée de surveillance post-partum immédiate :.....

Q67. Durée d'hospitalisation:.....

Q68. Frais d' hospitalisation :.....

Q69. Coût total de la prise en charge de la parturiente :.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure