

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE, REPUBLIQUE DU MALI  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE **Un Peuple - Un But - Une Foi**  
@@@@@@@@ @@@@@@@@@@  
UNIVERSITE DE BAMAKO  
@@@@@@@@@@@@

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année universitaire 2007 – 2008

Thèse N° \_\_\_\_/

**EVALUATION DE L'ACCOUCHEMENT  
CHEZ LES GRANDES MULTIPARES AU  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE CVI  
A PROPOS DE 101 CAS**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le ..... / 200...

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-  
Stomatologie de BAMAKO (MALI)

Par Monsieur DIASSANA BOUBACAR  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

**JURY**

**Président du jury : Professeur Salif DIAKITE**  
**Membre : Docteur Moustaphe TOURE**  
**Codirecteur de thèse : Docteur Boubacar TRAORE**  
**Directeur de thèse : Professeur SY Assitan SOW**

# REMERCIEMENTS

A tous ceux de près ou de loin qui m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

A mes aînés encadreurs du centre de santé de référence de la commune VI :

Dr Coulibaly Pierre , tu a été pour moi un frère , un formateur consciencieux, engagé et ayant le souci du travail bien fait. Que Dieu te prête encore une longue vie.

Dr Traoré Aminata Cissé : nous reconnaissons en vous un encadreur passionné et précis. Votre sens de l'humanisme fait de vous un encadreur respecté et respectable.

Dr Diallo Mamadou : votre simplicité votre abord facile nous ont beaucoup marqué.

Dr Keita Sylvain , Dr Sinayoko, Dr Sidibé, Dr Diassana ,Dr Coulibaly, Dr cissé , Dr Dicko.

A tous mes promotionnaires faisant fonction d'interne au centre de santé de référence de la commune VI : Mountaga Kané ,Mountaga Touré, Sedou Sidibé, Alfouseini Karambé, Pierre klaver Karambé, Mariam Diacoumba.

A mes cadets.

A mes amis : Ousmane Guindo, Aboudou Samake, Alamako Camara, Salif Doumbia, Siaka Mallé, Mamadou Tapo, Aminata Berthé, Mariam Diakité

A toutes les sages femmes du centre de santé de référence de la commune VI ; pour les conseils précieux, soyez rassurées de ma reconnaissance

A tous les professeurs de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie.

# DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu, le clément et miséricordieux pour sa grâce.

Puisse DIEU le tout puissant m'éclairer par sa lumière divine.

Donne à mes yeux la lumière pour voir ce qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habileté et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à ma langue les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne- moi Dieu, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que

j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent ;

AMEN

A mon père

Tout au long de mon petit parcours et sur le peu de chose que l'éternel m'a permis d'acquérir ; j'ai rarement rencontré un père généreux comme toi. Tu t'es entièrement investi pour l'éducation et l'instruction de tes enfants.

Père, je pense à tout ce que vous avez enduré pour moi, œuvrant nuit et jour pour que j'aie de l'avant. Je me souviens de tes conseils (patience, modestie, courage) avec des paroles si douces

Aujourd'hui, à travers ce travail, je pense que tes conseils ont porté fruit.

Il n'est point nécessaire pour moi de te dire tout ce que je ressens ; mais reçois à travers ces quelques mots toute mon affection profonde et ma reconnaissance. Dieu t'accorde encore une longue vie «pour goûter aux fruits de l'arbre que tu as planté».

A ma mère

Tu resteras toujours pour moi une femme modèle, il n'est point nécessaire pour moi de te dire tout ce que je ressens ; mais reçois à travers ces quelques mots toute mon affection profonde et ma reconnaissance. Que Dieu t'accorde encore une longue vie «pour goûter au fruit de l'arbre que tu as planté».

A mon oncle

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ces parents. Sans tes conseils, tes prières, ton encouragement et tes bénédictions, ce travail n'aurait jamais être réalisé. Je prie Dieu de t'accorder une longue vie afin de pouvoir savourer les fruits de ton dévouement.

A tous mes frères et sœurs

Compréhension, disponibilité, attention, soutiens moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement.

A mes amis

Je n'oublierai jamais les moments partagés et les conseils prodigués. Recevez ici ma sincère gratitude.

# HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

**A notre maître et président de jury**

**Professeur Salif Diakité**

**- professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à la FMPOS**

**- gynécologue accoucheur au centre hospitalier universitaire de Gabriel Touré.**

Honorable maître, vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduit par votre spontanéité, votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur, Vos qualités d'homme de sciences font de vous un maître exemplaire.

Trouvez -ici cher maître l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

**A notre maître et membre de jury**

**Docteur Touré Moustaphe**

**- gynécologue-obstétricien**

**- médecin chef du centre de santé de référence de la commune IV.**

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en acceptant de juger ce travail, malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur dans le travail, vos qualités d'homme de sciences font de vous un maître exemplaire.

**A notre maître et co-directeur de thèse**

**Docteur Boubacar Traoré**

**- gynécologue-obstétricien**

**- médecin chef du centre de santé de référence de la commune VI**

Cher maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

A vos cotés, nous avons appris à aimer la gynécologie ; à apprécier le maître dans sa modestie, sa disponibilité et son sens de travail. Aussi nous avons découvert, vos connaissances sans limite et toujours d'actualité. Vos qualités de formateur et votre respect pour les autres. Vous avez été et resterez pour notre génération un miroir, un exemple à suivre.

Vous avez été pour nous plus qu'un maître mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre très sincère gratitude et profond attachement.

**A Notre maître et directeur de thèse**

**Professeur Sy Assitan Sow**

- **professeur titulaire de gynécologie-obstétrique à la FMPOS**
- **médecin chef de la gynécologie du centre de santé de référence de la commune II**
- **présidente de la SOMAGO**

Cher maître, c'est un immense plaisir que vous nous aviez fait en nous confiant ce travail.

Votre expérience, étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, vos qualités humaines et sociales et la spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté, font de vous un maître accompli ; admirable, respecté et respectable.

Cher maître, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et toute notre reconnaissance.

# ANNEXES

## **Fiche signalétique**

**NOM : DIASSANA**

**Prénom : BOUBACAR**

**Année universitaire : 2007**

**Ville de soutenance : BAMAKO**

**Pays d'origine : MALI**

**Lieu de dépôt : FMPOS**

## **Résumé**

Sur une période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2006. Nous avons réalisé une étude sur l'accouchement assisté au centre de santé de référence de la commune VI.

Elle portait spécifiquement sur les grandes multipares.

Au terme de cette étude la fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares a été estimé à 0,44%.

L'âge moyen était de 34 ans. Les patientes provenaient de tous les quartiers de la commune.

98% de ces patientes étaient mariées ; 85,1% étaient non scolarisées et 97% étaient des ménagères.

L'hémorragie de la délivrance a été la principale complication retrouvée, avec 7.9% des cas.

Présentation vicieuse : 14,9% de présentation de siège et 5,9% de présentation transverse.

3% de procidence du cordon non battant ;

6% des nouveau-nés avaient une malformation.

23,5% de macrosomie foetale.

## ABREVIATIONS

ACTH: Adreno cortico tropic hormone  
BCG : Bacille de Calmette et Guérin  
BDCF : bruit du cœur foetal  
BT P : bâtiment travaux publics  
CPN : consultation prénatale  
CUD : contraction utérine douloureuse  
CSCOM : centre de santé communautaire  
DI : détroit inférieur  
DOF : diamètre occipito frontal  
DOM : diamètre occipito mentonier  
DS : détroit supérieur  
EPU : étude post universitaire  
HTA : hypertension artérielle  
IEC : information, éducation, communication  
NB : nota bené  
OIDA :occipito-iliaque droite antérieur  
OIDP : occipito-ilaioque droite postérieur  
OIGA :occipito-iliaque gauche antérieur  
OIGP :occipito iliaque gauche postérieur  
OMS : organisation mondiale de la sante  
OP :occipito-postérieur  
OS :occipito-sacré  
ORL : otorhinolaryngologie  
OUA : organisation ouest africaine  
PEV : programme élargie de vaccination  
PCO2 : pression partielle en oxyde de carbone  
PH : potentiel hydrogène

PO2 : pression partielle en oxygène  
SIDA : sacro-iliaque droite antérieur  
SIDP : sacro-iliaque droite postérieur  
SIGA : sacro-iliaque gauche antérieur  
SIGP : sacro-iliaque gauche postérieur  
TSH : hormone stimulant la thyroïde  
TV : toucher vaginal  
VAT: vaccin antitétanique  
%: pourcentage

# I. INTRODUCTION

La grande multiparité est un facteur de risque connu. L'accouchement de la grande multipare se termine le plus souvent par des complications telles que :

- Hémorragie (placenta praeviae, hématome retroplacentaire) ;
- Rupture utérine ;
- Rupture prématurée des membranes le plus souvent accompagnée de procidence multiple (procidence du cordon, des membres) ;
- Dystocie dynamique ;
- Présentation vicieuse (présentation de siège, présentation transverse).

Ces complications surviennent dans la plupart des cas sur un terrain d'anémie. Ce risque élevé de l'accouchement chez les grandes multipares nécessite un personnel qualifié et un environnement adéquat incluant des matériels et un équipement suffisant, des infrastructures ainsi que des systèmes de communication efficaces et efficients.

En Afrique selon l'OMS 500 000 femmes meurent chaque année au cours de la grossesse et de l'accouchement (1). La certitude qu'un accouchement par la voie naturelle soit possible et sans risque pour la mère et le fœtus n'est jamais absolu(1).

« La présence à l'accouchement, d'un agent de santé doué de compétences obstétricales, assisté par des possibilités de transport adéquates dans le cas où une référence en urgence est requise, est

probablement l'intervention la plus utile pour rendre la maternité plus sûre »(Starrs 1997).

La naissance d'un enfant étant une étape critique pour la vie de la mère et du nouveau-né, l'accouchement doit donc se dérouler dans de meilleures conditions.

Les complications de l'accouchement chez la grande multipare sont assez élevées dans nos pays en voie de développement quand on sait que l'assistance fait défaut, augmentant ainsi le taux de mortalité maternelle et néo-natale.

Compte tenu des moyens limités de nos pays en terme de personnel qualifié, d'infrastructures adéquats, des moyens de communication éfficients nous avons jugé nécessaire d'étudier l'accouchement chez la grande multipare au centre de santé de référence de la commune VI et cela nous amène aux objectifs suivants.

## II- OBJECTIFS

## **1- Objectif général :**

- Evaluer l'accouchement chez les grandes multipares dans le centre de santé référence de la commune VI du district de Bamako.

## **2- Objectifs spécifiques :**

- a. Déterminer la fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares au centre de santé de référence de la commune VI.
- b. Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des grandes multipares ayant accouché au Centre de Santé de Référence de la Commune VI.
- c. Déterminer les facteurs de risques dans cette population cible.
- d. Déterminer le pronostic fœto-maternel.
- e. Faire des recommandations.

# III- GENERALITES

## **A- Rappel:**

La grande multipare se définit comme toute patiente ayant eu six (6) ou plus de parité.

Pendant l'accouchement, le fœtus contenu dans l'utérus, puis engagé par le vagin, doit traverser la filière pelvi-génitale, formée par :

- Un canal osseux : le bassin
- Un diaphragme musculo-aponevrotique, comprenant les deux étages du périnée.

### **1- Le bassin**

Le bassin est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels elle s'appuie.

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 : le grand bassin et le petit bassin

**1-1 le grand bassin:** En haut, il est constitué par l'évasement des ailes iliaques, face antérieure de la colonne lombaire et la face supérieure des ailerons sacrés. Le grand bassin n'a guère d'intérêt obstétrical.

**1-2 Le petit bassin :** En bas, le petit bassin ou bassin obstétrical est un canal osseux auquel on décrit deux orifices et une excavation. Son

anatomie doit être précisée puisque c'est sa traversée qui constitue l'essentiel de l'accouchement

### **1.2 .1 : orifice supérieur ou détroit supérieur**

Plan d'engagement de la présentation, il sépare le petit bassin du grand bassin.

Il est formé :

- En avant, par le bord supérieur de la symphyse pelvienne et des corps du pubis, les crêtes pectineales ; les éminences iliopectineées.
- Latéralement, par les lignes innominées, puis le bord antérieur des ailerons 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.

Sa forme est celle d'un ovale à grand axe transversal.

La moitié antérieure, ou arc antérieur, est régulière. La moitié postérieure, ou arc postérieur, est en son milieu repoussée en avant par la saillie du promontoire. De chaque côté de cette saillie, en regard des ailerons sacrés et des articulations sacro-iliaques, existe une dépression, un golfe : les sinus sacro-iliaques.

### **1.2.2 Diamètres du détroit supérieur**

Les diamètres antero-postérieurs vont du pubis au promontoire :

.Le diamètre promonto-sus-pubien est de 11cm

- Le diamètre promonto-retropubien est le diamètre utile : 10,5cm.
- Le diamètre promonto-sous-pubien , que l'on mesure cliniquement est de 12cm.

#### **1-2-2-1 Les diamètres transverses**

Le diamètre transverse maximum, de 13,5cm.

Le diamètre utile est le transverse médian : 13.

Les diamètres obliques vont de l'éminence iliopectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé. Ils mesurent 12cm.

Le diamètre sacro cotyloïdien, qui réunit le promontoire à la région acétabulaire, mesure 9cm.

### **1-2-3- L'excavation pelvienne :**

C'est le canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation.

Elle est constituée :

- En avant, par la face postérieure de la symphyse pubienne et les corps du pubis.
- En arrière, par les faces antérieures du sacrum et du coccyx
- Latéralement, par la surface quadrilatère de l'os coxal.

Dans son ensemble, l'excavation forme un tronc de tore avec un orifice supérieur à grand axe transversal et un orifice inférieur à grand axe antero-postérieur.

Elle est divisée en deux étages par un léger rétrécissement qui passe par les épines sciatiques.

### **1-2-4- Le détroit moyen :**

Il est limité en arrière par l'union des quatrième et cinquième pièces sacrées, latéralement par le bord supérieur du petit ligament sacro sciatique, l'épine sciatique, en avant par une ligne courbe qui va de cette épine au tiers inférieur de la symphyse pubienne.

Tous les diamètres de l'excavation sont sensiblement égaux et mesurent 12cm, sauf le diamètre transversal du détroit moyen unissant les épines sciatiques, qui n'a que 10,8cm.

### **1-2-5- L'orifice inférieur ou Détroit inférieur :**

Plan du dégagement de la présentation, a une forme très irrégulière. Il est ostéofibreux, 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, le bord inférieur des tubérosités ischiatiques et par le bord inférieur des ligaments sacro sciatiques.

Sa forme est losangique à grand axe antero-postérieur.

Le diamètre sous coccyx sous pubien est de 9,5cm, mais il peut atteindre 11 à 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 transversal bi ischiatique, entre les faces internes des tubérosités, est de 11cm

#### **1-2-6- Plans, inclinaison et axes du bassin.**

- Le plan du détroit supérieur passe par le promontoire et le bord supérieur de la symphyse pubienne sur la femme debout, il est oblique en bas et en avant et forme un angle de 60° avec l'horizontale.

Sur la femme couchée, il est oblique en bas et en arrière et s'incline de 45° sur l'horizontal.

L'axe de ce plan, oblique en haut et en avant, va de l'ombilic au milieu du coccyx.

- Le plan du détroit inférieur est oblique en bas et en avant, mais ne forme qu'un angle de 11° avec l'horizontale chez la femme couchée, il est légèrement oblique en bas et en arrière et se rapproche de la verticale.

L'axe de l'excavation est représenté par une courbe à concavité antérieure unissant le centre du Détroit supérieur à celui du détroit inférieur.

#### **1-2-7 Variantes morphologiques :**

Les auteurs classiques décrivaient un seul type de bassin normal, répondant à celui qui vient d'être décrit. Les auteurs actuels décrivent plusieurs sortes de bassins normaux, en rapport avec la typologie des individus. .

Des auteurs américains, s'aidant de la radiopelvimétrie ont proposé des classifications, dont les deux plus connues sont celle morphologique de Caldwell et Moloy et celle anatomique et morphologique de Thoms.

Les premiers distinguent quatre sortes de bassins normaux symétriques : Le gynécoïde, l'androïde, l'anthropoïde, le platypelloïde. Thoms en distingue cinq sortes : le dolichopellique, le mesatypellique, les brachypelliques 1 et 2, le platypellique.

#### **1-2-8- Diaphragme pelvipérinéal :**

Lorsqu'on regarde par en haut le bassin éviscéré , on voit que la cavité pelvienne est fermée en bas par un diaphragme musculo-aponevrotique dont la concavité supérieure s'oppose à celle du diaphragme proprement dit. Ce diaphragme, est formé de quatre muscles, les deux releveurs de l'anus et des deux ischio-coccygiens. Il existe un deuxième plancher, le plancher urogénital, principalement fibreux. Il est constitué par les muscles des périnées moyen et supérieur superficiel.

Dans son ensemble, le plancher pelvi-périnéal se divise en :

- Périnée antérieure, musculo-aponevrotique, qui comprend les muscles périvaginaux et périvulvaires, et le noyau fibreux central.
- Périnée postérieure, qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus, en arrière surtout fibreux, inextensible, rétroanal rendez-vous des muscles qui se rejoignent sur le rapproché ano-coccygien.

## **2- Rappel anatomique du fœtus à terme :**

### **2-1- La tête fœtale :**

La tête du fœtus à la forme d'un ovoïde à grosse extrémité postérieure ; dont le grand axe va du menton à un point situé un peu en avant de la saillie de l'occiput. Elle comprend deux parties : le crâne et la face.

#### **2-1-1- Le crâne**

La voûte convexe est formée par les deux moitiés du frontal en avant, les deux pariétaux et les deux écailles temporales au milieu et latéralement. L'écaille de l'occiput en arrière. Mais, ces pièces à la naissance ne sont pas entièrement ossifiées. Les os ne sont pas, comme chez l'adulte, intimement symphysés entre eux : os de membrane.

Les espaces membraneux linéaires qui séparent deux os voisins sont les sutures ; ceux qui se trouvent au point de rencontre où a l'entrecroisement des sutures, plus ou moins large et variables de formes ; sont les fontanelles.

- Sutures :

- La plus importante est la suture sagittale, ou antéro-postérieure ;
- La suture occipito-parietale

- **Fontanelles :**

La fontanelle antérieure ou grande fontanelle, ou bregma à la forme d'un losange, à grand axe antéro-postérieurement.

La fontanelle postérieure, ou petite fontanelle ou lambda.

Les autres fontanelles ont une importance secondaire. Deux sont constantes, symétriques, situées sur les faces latérales de la voûte.

Elles ont une importante capitale pour le diagnostic des présentations céphaliques et des variétés de position de la tête fléchie.

La base est un massif ostéo cartilagineux dont la clé de voûte centrale est constituée par le corps sphénoïde.

### **2 -1-2-La face :**

Située en bas et en avant du crâne, elle comprend les mêmes pièces osseuses que chez l'adulte. Etendue de l'extrémité antérieure de la grande fontanelle au menton ; elle est plus résistante que la voûte crânienne.

### **2-1-3- Diamètres et circonférences**

#### **2-1- 3-1-Diamètres**

##### **2-1-3-1-1- Diamètres antero-postérieurs.**

- Diamètres occipitaux

- o DOM : 13cm
- o DOF : 11,5cm

- Diamètres sous occipitaux :

Le sous occipito-bregmatique : 9,5cm, c'est celui qui correspond à la présentation de la tête fléchie.

Le sous occipitofrontal : 11cm

- Diamètres sus occipitaux :

Sus occipito-mentonnier ou syncipito-mentonnier : 13,5cm.

##### **2-1-3-1-2 Diamètre vertical :**

Sous mentobregmatique : 9,5cm. c'est celui qui correspond à la tête défléchie.

##### **2-1-3-1-3-Diamètres transversaux :**

- o Bipariétal : 9cm
- o Bitemporal : 8cm

**2-1-3-2- Circonférences crâniennes :** Deux doivent être connues, *la grande circonférence* : 37cm (diamètre sus occipito-mentonnier)

*La petite circonférence* : 33cm (diamètre sous-occipitobregmatique)

## **2-2- Cou du fœtus :**

La grande mobilité du cou permet à la tête fœtale de facile mouvement de flexion, d'extension, d'inclinaison latérale.

La torsion du cou chez le fœtus peut atteindre 180° à l'extrême.

## **2- 3-Tronc du fœtus :**

- **Thorax** : le seul diamètre obstétrical intéressant est le diamètre bi acromial, long de 12cm, il est aisément réductible à 9,5cm.
- **Abdomen** : La circonférence abdominale mesurée au niveau de l'ombilic est a terme de 30cm. Le diamètre transversal de l'abdomen est de 9,5cm. Le diamètre bitrochanterien est de 9cm.

## **2-4- les Membres :**

Les membres du fœtus, animés de fréquent mouvement, restent sur son plan ventral. Les cuisses, en particulier sont fléchies sur l'abdomen, attitude qu'elle garde longtemps après la naissance.

## **3- Rappel physiologique du travail d'accouchement :**

### **3-1- Les différents temps du travail**

#### **3-1-1- Le premier temps comprend :**

- Une phase de pré travail où se fait une maturation cervicale.
- Une phase préparatoire latente dont la durée moyenne est de 8 heures avec installation et coordination des contractions utérines et effacement cervical.
- Une phase d'accélération avec le début de la dilatation.

**3-2-1- le deuxième temps**\_est celui de la dilatation, comprenant une phase active précoce et une phase tardive.

#### **3-1-3 le troisième temps, pelvien, comprend :**

- La phase de décélération de la dilatation.

- La descente fœtale active dans la filière génitale, en sachant que ses deux phases sont souvent concomitantes.
- Enfin, la phase périnéale.

### **3-2- L'adaptation du fœtus au travail :**

#### **3-2-1- Les éléments de l'agression :**

Au cours du travail, le fœtus est soumis à différents types d'agression :

- Les contractions utérines qui sont une menace pour la circulation placentaire,
- Les forces mécaniques qui s'exercent sur le fœtus et le cordon.
- Les modifications métaboliques de la mère

#### **3-2-2- la réponse du fœtus à l'agression**

Conséquence connue de toutes les agressions est la réduction de la PCO<sub>2</sub>, cette hypoxie, le fœtus va répondre par des modifications métaboliques et cardio-vasculaires dont l'originalité à son appareil circulatoire

##### **3-2-2-1- Au cours du travail :**

Pendant toute la période de dilatation, le rythme cardiaque fœtal demeure autour de 140 b/mn . Il peut s'accélérer sur quelques dizaines de secondes, mais il ne ralentit jamais sans raison. Sa constance au cours du travail témoigne de l'absence d'agression sévère. Le PH demeure autour de 7,35.

Pendant l'expulsion, des ralentissement surviennent dans un tiers des cas : le PH et la PO<sub>2</sub> baisse, la PCO<sub>2</sub> et le déficit basique augmente.

##### **3-2-2-2- A la naissance**

- Le PH est à 7,25 ; le PO<sub>2</sub> 10 mmhg ; la PCO<sub>2</sub> est à 45 mmhg. Il s'est donc produit une agression au cours de la dilatation et l'expulsion.
- On observe aussi dans le sang fœtal une élévation des catécholamines, du cortisol, de

L'ACTH, de la TSH, de l'angiotensine, de la rénine, de la Vasopressine, cette << orage endocrinien >> semble bénéfique pour l'adaptation à la vie extra-utérine.

#### **4-Le partogramme**

Le partogramme est un outil de surveillance du travail et de l'accouchement, dont l'utilisation a pour but de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales.

Il consiste un " système d'alerte précoce, en particulier pour le dépistage d'une dystocie permettant de prendre à temps une décision de référence.

Il peut également constituer un document médico-légal en cas de plainte envers les soins prodigués à la parturiente.

Différents types de partogramme existent, selon les pays, selon le niveau de formation de l'agent ...

Au Mali, le partogramme utilisé s'inspire directement du modèle O.M.S.

Le partogramme ne doit pas être considéré comme un registre statique, mais comme un moyen dynamique de suivi de l'évolution du travail.

#### **Utilisation du partogramme :**

Les principaux points soulignés :

- Le partogramme concerne le travail, l'accouchement, la délivrance, l'examen du nouveau né, les suites de couches immédiates (au recto : avant l'expulsion ; au verso de la feuille : après l'expulsion).
- Le partogramme permet de mettre en évidence les facteurs de risque pouvant influencer le déroulement de l'accouchement.

Au tracé :

Il y'a deux phases distinguées :

- La phase de latence (jusqu'à 3 cm de dilatation)
- La phase active (à partir de 4 cm jusqu'à dilatation complète)

Le remplissage du tracé consiste, non seulement à placer des points de dilatation, mais aussi à noter les différents paramètres de l'examen, dans les cas correspondantes (TA ; rythme cardiaque fœtal ; fréquence des contractions utérines ; état de la poche des eaux...)

En phase de latence :

Le premier point de dilatation doit se placer toujours sur la ligne verticale.

Un carreau correspond à deux heures.

La phase de latence ne doit pas excéder 8 heures.

L'examen (t.v) est pratiqué toutes les deux heures, sauf s'il existe un facteur de risque particulier.

En phase active

Deux lignes obliques déterminent 3 zones.

La 1<sup>ère</sup> ligne est la ligne d'alerte.

La 2<sup>ème</sup> est la ligne d'action.

La zone à gauche de la ligne d'alerte est la zone normale.

La zone située entre les deux lignes est la zone d'alerte.

La zone à droite de la ligne d'action est zone d'action .

La dilatation normale est de 1 cm par heure : 1 carreau représente 1 heure. L'examen doit être pratiqué toutes les heures.

Si le tracer devient normal : la courbe est horizontale.

Si elle franchit la ligne d'alerte : on rentre dans la zone d'alerte.

Il faut réagir en fonction des moyens de la formation sanitaires où l'on se trouve :

En situation éloignée, préparer d'emblée le transfert.

En situation proche d'un bloc opératoire : on peut se permettre d'attendre, en surveillant la femme de très près.

Si la courbe franchit la ligne d'action : on entre donc dans la zone d'action : il faut de toutes les façons référer.

N.B :

Le partogramme est un outil inestimable de surveillance du travail d'accouchement.

Toute sage-femme doit être à mesure de l'utiliser correctement :

Pour mettre en évidence les facteurs de risque.

Pour mettre en évidence une pathologie du travail de l'accouchement ou des suites de couches.

Pour prendre une décision de traitement ou de référence adaptée à la situation.

Il ne sert à rien :

- De remplir un partogramme sans prendre de décision.
- Remplir un partogramme après l'accouchement
- Dans un service, les partogramme devraient être systématiquement discutés après la garde par le gynéco-obstétricien et les sages-femmes, en réunion de service.

## **5- Le mécanisme de l'accouchement normal**

### **5-1- Le mécanisme de l'accouchement normal en présentation du sommet :**

#### **5-1-1-Définition de la présentation du sommet :**

C'est la présentation de la tête fléchie de sorte que la partie de la tête qui descend la première, et en même temps sert de repère pour la désignation de la variété de position ; est l'occiput.

#### **5-1-2-Le diagnostic de la présentation du sommet :**

Il repose sur l'examen abdominal et le toucher vaginal.

##### **5-1-2-1- Le palper abdominal :**

Permet de constater que :

La présentation est longitudinale formant un ovoïde à grand axe longitudinal et à grosse extrémité supérieure ;

. le pôle céphalique est à la partie basse de l'utérus ; on le repère en plaçant les deux mains de part et d'autre de la présentation , en plongeant vers l'excavation pelvienne et en déprimant le segment inférieur. Il est rond, dur, régulier.

- Le siège est dans la région fundique de l'utérus plus ou moins mal défini et plus gros.
- Le plan du dos est repéré en s'aidant de la manœuvre de Budin : la main gauche s'appuie sur le fond utérin de haut en bas, ce qui accentue, la saillie du plan du dos. La main droite repère alors facilement le plan du dos plus dur que la paroi utérine.
- Ce plan se continue :
  - En haut avec le siège ;
  - En bas, il est séparé de la tête par une dépression : Sillon du cou.

Dans les variétés antérieures, le dos est largement accessible au palper. Dans les variétés postérieures, les doigts ne perçoivent que son bord latéral.

Le foyer des bruits du cœur foetal est perçu du côté du plan du dos au dessous de l'ombilic maternel, assez proche de la ligne médiane dans les variétés antérieures, plus en dehors dans les variétés postérieures.

#### **5-1-2-2- Le toucher vaginal :**

Il permet :

- De confirmer le diagnostic de la présentation par la perception de la tête dure et ronde ;
- De repérer la fontanelle postérieure qui sert de repère et se retrouve en avant (OIGA ou OIDA) ou en arrière (OIDP ; OIGP) ;
- D'apprécier le degré de flexion de la tête : plus la fontanelle postérieure est proche du centre du bassin, plus la présentation est fléchie ;

- D'apprécier la hauteur de la présentation, haute et mobile ou, au contraire fixé voire engagée.
- D'observer l'effacement, la dilatation du col, l'intégrité de la poche des eaux.

#### **5-1-2-2-1- Les diamètres de la tête fœtale : déjà annoncer plus haut**

#### **5-2- L'accouchement en présentation du sommet variété antérieure :**

La présentation en OIGA est la variété la plus fréquente.

La situation de la tête en OIDA ne sera pas décrite car elle est rare et ne présente pas de particularité.

Le mobile fœtal franchit chacun des trois étages du bassin en s'adaptant et en s'orientant de la façon la plus favorable. A chacun des trois étages correspond un temps de l'accouchement :

**5-2-1-L'engagement :** Il s'agit de la traversée du détroit supérieur. C'est le temps le plus important, aboutissement plus ou moins prolongé de la période du travail.

**5-2-2-La descente et la rotation**\_(intra pelvienne) : C'est la traversée du détroit moyen

**5-2-3-Le dégagement** (ou expulsion) : Correspond a la traversée du détroit inférieur osseux et musculaire.

#### **5-2-4 L'engagement au détroit supérieur :**

##### **5-2-4-1 la mécanique obstétricale :**

L'engagement de la tête est précédée de deux phénomènes préparatoires : L'orientation et l'amoindrissement qui constitue l'accommodation foeto-pelvienne au détroit supérieur.

##### **5-2-4-1-1-L'orientation :**

Le plus grand diamètre du crâne fœtal s'oriente dans l'un des axes du bassin qui mesure 12 cm.

L'occiput est le plus souvent en avant ; sa courbure arrondie s'adapte bien à l'arc antérieur du bassin.

#### **5-2-4-1-2-L'amoindrissement :**

L a présentation s'oriente mais aussi réduit au maximum ses dimensions par :

- La possibilité de chevauchement des os du crâne.
- Mais surtout une flexion de la tête sur le tronc

Le diamètre occipitofrontal devient le sous occipito-bregmatique (sommet bien fléchi)

#### **5-2-4-1-3- L'engagement :**

Le diamètre sous occipito bregmatique (9,5cm) se superpose à l'un des diamètres obliques du bassin (12cm), le diamètre bipariétal s'orientant dans l'autre diamètre oblique.

La région frontale de la tête fœtale se loge dans l'un des sinus sacro iliaque, alors que sa partie la plus large, la région occipitale, correspond à la partie la plus large du détroit supérieur.

#### **5-2-4-2 La clinique :**

- Avant l'engagement :
  - A la palpation abdominale, on perçoit bien l'occiput, le front reste à distance du bord supérieur de la symphyse, la tête est mobile, la saillie acromiale de l'épaule antérieure est située à quatre travers de doigt au dessus de la symphyse pubienne.

- Au toucher vaginal, l'excavation est vide, la tête est haute, parfois mobile.
- Lorsque la tête est engagée :
  - A la palpation abdominale, on ne sent plus l'occiput, le moignon de l'épaule est moins de trois travers de doigts du bord supérieur de la symphyse.
  - Au toucher vaginal, lorsque les deux doigts dirigés vers la deuxième pièce sacrée, sont arrêtés par la présentation, on dit que la tête est engagée. (Signe de Faraboeuf). Le point le plus bas de la tête est alors au niveau du plan des épines sciatiques.

### **5-2-5- Descente et la rotation au détroit moyen :**

#### **5-2-5-1 la mécanique obstétricale :**

Dans l'excavation les diamètres sont largement suffisants permettant la présentation de descendre au contact du plancher pelvien qui détermine sa rotation

##### **5-2-5-1-1-La descente :**

La présentation progresse selon l'axe d'engagement, sa direction évolue progressivement au cours de la descente, passant de l'axe ombilico-coccygien du détroit supérieur à un axe horizontal par un mouvement de pivot au tour de la symphyse pubienne.

##### **5-2-5-1-2-La rotation :**

La présentation rencontre le puissant muscle releveur de l'anus au contact duquel se fait la rotation. Cette rotation fait toujours correspondre l'axe antero-postérieur de la tête et l'axe antero-postérieur du détroit inférieur. Elle est quasi constante vers la symphyse pubienne.

##### **5-2-5-2- La clinique :**

Le toucher vaginal reconnaît la descente par le fait que le pelvis est entièrement occupé par la tête fœtale, et la rotation par la situation de la fontanelle postérieure derrière la symphyse.

### **5-2-6- le dégagement et l'expulsion au détroit inférieur**

A ce niveau, la tête fœtale puis le reste du corps sont expulsés hors des voies génitales.

#### **5-2-6-1- la mécanique obstétricale :**

##### **5-2-6-1-1-Expulsion de la tête :** commence et comporte ;

L'ampliation périnéale sous la poussée des contractions utérines et des efforts expulsifs, la présentation refoule le coccyx vers l'arrière et les fibres musculo-aponevrotique.

##### **5-2-6-1-2-Le dégagement de la tête :**

Grâce à la flexion de la tête, la région sous occipitale de celle-ci se cale sous la symphyse pubienne ; la tête se défléchit ensuite progressivement au tour du pivot formé par le bord inférieur de la symphyse pubienne, ampliant au maximum le périnée postérieur.

Les différentes parties de la tête se dégagent successivement et l'occiput à la face en dernier lieu.

##### **5-2-6-1-3- L'expulsion du corps fœtal :**

Les autres parties fœtales suivent les mêmes temps ; s'engagent à leur tour, descendent et rotent dans l'excavation avant de se dégager habituellement sans difficulté particulière.

##### **5-2-6-1-4-Le dégagement des épaules :**

- Les épaules s'engagent, lorsque la tête se dégage, dans un diamètre oblique perpendiculaire à celui où s'est engagé le sommet. Les diamètres transversaux (bi acromial : 12,5 à 13cm mais se réduisant facilement à 9,5cm) et antero-postérieur (sterno-dorsal : 9cm) sont tout à fait compatibles avec ceux du DS. Au DI, les épaules se dégagent de telle sorte que le diamètre bi acromial se superpose au

diamètre pubo-coccygienne. L'épaule antérieure se dégage la première, puis l'épaule postérieure.

#### **5-2-6-1-5-Le dégagement du siège :**

Ne pose quant à lui aucun problème en raison de ses dimensions réduites (diamètre = 9 cm, pubo –sacré= 6 cm).

#### **5-2-7 la Clinique :**

##### **5-2-7-1- La préparation à l' expulsion :**

- La femme est installée en position obstétricale, les fesses au ras au bord de la table.
- Les efforts expulsifs, synchrones des contractions utérines doivent être dirigés et débutés quand la femme a envie de pousser :
  - Le matériel nécessaire pour l'accouchement doit être préparé et vérifié. L'asepsie doit être observée au cours des différents gestes.
  - La vessie doit au préalable avoir été vidée par miction spontanée , sinon par sondage vésical pour prévenir l'incontinence urinaire d'effort.

##### **5-2-7-2- Le dégagement de la tête :**

Il faut contrôler au doigt , qu'en avant le sous occiput s'est calé sous la symphyse pubienne ; la déflexion doit être contrôlée,une main posée à plat sur le sommet évitant une expulsion trop brutale , l'autre accrochant le menton en arrière de l'anus .

Latéralement, les brosses pariétales apparaissent, le périnée se déplisse seul ou en l'abaissant prudemment entre pouce et index faisant apparaître successivement le front, les yeux, le nez, la bouche et le menton. .

Une fois sortie, la tête subit un mouvement de rotation de restitution.

### **5-2-7-3 -Le dégagement des épaules :**

L'épaule antérieure est progressivement dégagée, par une traction dirigée par les deux mains par l'intermédiaire de l'index et du médus, prenant appui uniquement sur des structures osseuses en avant, branches horizontales du maxillaire inférieur et occiput en arrière.

La traction est ensuite progressivement portée vers le haut pour dégager l'épaule postérieure.

Les épaules dégagées, il ne reste plus qu'à exercer une traction directement vers soi pour dégager sans difficulté le tronc et les membres. L'enfant est alors posé sur le ventre de sa mère, recouvert d'un champ stérile ; le cordon est coupé entre deux pinces. Les premiers soins peuvent être donnés au nouveau-né avant que la délivrance ne soit effectuée.

### **5-3- L'accouchement en présentation du sommet, variétés postérieures :**

Plus rares que les variétés antérieures, elles se caractérisent par la position postérieure de l'occiput sur l'un des deux diamètres obliques du DS, définissant les deux variétés de position :

- OI DP représentant 30 à 45% des présentations du sommet.
- OIGP représentant seulement 6% environ des présentations du sommet.

Elles ont de nombreuses similitudes avec les variétés antérieures, seules les différences sont développées ici.

#### **5-3-1- L'engagement :**

- La flexion est moins marquée, contrairement aux variétés antérieures, c'est l'occiput (et non le front) qui prend contact avec la margelle postérieure du bassin alors que le front, rencontre

secondairement la symphyse pubienne plus bas située. En conséquence, au lieu du diamètre sous-occipitobregmatique (9,5 cm) c'est le diamètre sous occipitofrontal (10-10,5 cm) qui est confronté au DS.

- L'accommodation foeto-pelvienne est donc moins bonne, responsable :
  - o D'une dilatation plus longue,
  - o D'un œdème du col (ralentissant la dilatation)
  - o D'un engagement plus long, faisant plus souvent intervenir une flexion latérale de la tête (asynclitisme).

### **5-3-2- la descente :**

Elle est plus lente. La rotation est également plus difficile. Elle ne se produit le plus souvent que lorsque la tête prend contact avec le plan des muscles releveurs, donc tardivement. De plus la rotation vers l'avant nécessite une rotation de 135° au lieu de 45° pour les variétés antérieures.

Il n'est, en conséquence, guère surprenant de constater fréquemment une bosse sero-sanguine dont le volume reflète le degré plus ou moins important de dystocie.

### **5-3-3- Le dégagement :**

Il s'effectue le plus souvent en occipito-pubien (OP) dans plus de 95% des cas et ne présente alors aucune particularité parfois la présentation ne se dégage en occipito sacrée (OS) une rotation de 45° vers l'arrière ayant amené l'occiput contre le sacrum. Le front est au contact de la symphyse pubienne, l'occiput balayant la face antérieure du sacrum et le périnée. Il comporte deux conséquences importantes :

- Risque périnéal ;
- Risque fœtal

## **6- la présentation du siège**

### **6-1-Définition :**

C'est une présentation longitudinale, où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première dans l'axe du DS. Il existe deux sortes de présentations du siège : le siège complet et le siège décomplété

**6-1-1-Le siège complet :** Où le fœtus est assis « en tailleur » au dessus du DS.

**6-1-2-Le siège décomplété :** où les membres inférieurs du fœtus sont élevés en attelle, les pieds arrivant au niveau de la tête.

La présentation du siège peut être eutocique et ne nécessitant aucune intervention au cours du dégagement.

### **6-2-Variétés de position :**

Le sacrum étant pris comme repère, on distingue par ordre de fréquence les :

- SIGA
- SIDP
- SIGP
- SIDA

### **6-3- Etiologie :**

La présentation du siège ne peut être considérée comme une présentation tout à fait normale ; mais peut être eutocique. Seule la présentation du sommet répond à l'accommodation parfaite du fœtus normal.

Par contre, la présentation du siège est le résultat d'un trouble de l'accommodation. Trois ordres de conditions disposent à la présentation du siège en créant le trouble de l'accommodation :

- L'hypotonie utérine de certaines multipares.

- L'anomalie de forme et de trophicité de l'utérus de certaines primipares.
- Un élément surajouté qui inverse les rapports de volume entre le fond et la partie intérieure de l'utérus, ou empêche l'accommodation de la tête au détroit supérieur (hydramnios).

#### **6-4- Etude clinique :**

##### **6-4-1- *Pendant la grossesse***

- L'interrogatoire, peut révéler une présentation du siège au cour d'un accouchement précédant.
- L'inspection, montre que l'utérus est développé longitudinalement.
- Palpation, au dessus du détroit supérieur, le siège lorsqu'il est complet, est reconnu à ses caractères habituels de masse volumineuse , irrégulière et ferme sans être dure, non ballotante , non surmontée d'un sillon ; mais, lorsque le siège est décomplété, il est moins accessible, moins volumineuse , plus rond.

Au fond de l'utérus, au milieu ou dans une corne, on reconnaît la tête à son volume plus petit, son contour arrondi, sa dureté. Elle donne habituellement le ballotement céphalique ; elle est séparée du dos par le sillon du cou, signe le plus sûr de reconnaissance.

- ***La perception de l'activité cardiaque foetale***

Le foyer des bruits cardiaques du foetus est en dehors de l'ombilic et un peu au dessus de lui.

- ***Au Toucher vaginal,*** Le siège complet est perçu à bout de doigt au dessus du DS. Le segment intérieur épais et mal formé.

Le siège décomplété est assez souvent engagé. Le SI est bien formé. La confusion avec le pôle céphalique est possible.

##### **6-4-2- Pendant le travail**

Lorsque la dilatation est suffisante, le doigt perçoit par le toucher une masse molle séparée en deux par le sillon inter fessier au centre duquel se trouve l'anus.

A l'une des extrémités du sillon, il est facile de percevoir la saillie osseuse du coccyx et la pyramide sacrée reconnaissable à ses saillies osseuses au chapelet, dont la situation détermine la variété de position. Au contraire à l'extrémité opposée, la perception des organes génitaux manque de netteté. Dans le siège complet, la masse molle est volumineuse, irrégulière ; on peut percevoir un ou deux pieds, donc plus ou moins pénétré dans le pelvis. En cours du travail la déflexion de la tête fœtale, indiquant une césarienne ne peut être mise en évidence que par la radiographie.

## **6-5- Etude de L'accouchement**

**6-5-1 -phénomènes mécaniques :** la plus part des temps l'accouchement en présentation du sommet se résume à celui de la tête, mais il faut noter qu'il peut y avoir des complications ; trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège : celui du siège, des épaules, et de la tête dernière. Le volume de ses trois segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvienne va croissant. Chacun à son mécanisme, ses difficultés et comprend pour la plus part, engagement, descente et rotation, dégagement.

### **6-5-1-1- Accouchement du siège :**

**6-5-1-1-1-Engagement\_:** c'est le diamètre bitrochanterien qui s'oriente suivant un diamètre oblique du bassin. Le siège franchit, synclite le plan du détroit supérieur. L'engagement, toujours facile et précoce dans le siège décomplété, est plus laborieux dans le siège complet.

### **6-5-1-1-2-Descente et Rotation :**

La rotation amène le diamètre bitrochanterien dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. S'il s'agit d'une sacro-iliaque postérieure,

la rotation se fait en avant. De toute façon, le sacrum se trouve sur le diamètre transversal du bassin.

**6-5-1-1-3-Le dégagement :**

La hanche antérieure se dégage la première et se cale sous la symphyse. Puis la hanche postérieure se dégage à son tour en parcourant la concavité sacro coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieure, jusqu'à ce qu'elle est franchit la commissure vulvaire.

**6-5-1-2- Accouchement des épaules :**

**6-5-1-2-1-Engagement :** Le diamètre bi acromial s'oriente dans un diamètre oblique du détroit supérieur.

**6-5-1-2-2-Descente et rotation :** elles sont simultanées ou successives. La rotation, pour les classiques, amène le diamètre bi acromial dans le diamètre longitudinal du détroit inférieur. En fait, les épaules s'orientent souvent sur son diamètre transversal.

**6-5-1-2-3-Dégagement :** Les épaules se dégagent en tranverse, successivement comme une sorte d'asynclitisme, les bras tombent l'un après l'autre hors de la vulve, cependant que le dos est orienté en avant.

**6-5-1-3- Accouchement de la tête dernière :**

**6-5-1-3-1- Engagement :** Il s'exécute en même temps que la descente et le dégagement des épaules. La tête s'oriente sur un diamètre oblique du bassin, occiput en avant, elle s'engage fléchie.

**6-5-1-3-2- Descente et rotation :** L'occiput tourne, doit tourner en avant pour arriver médian au détroit inférieur.

**6-5-1-3-2-1- Dégagement :** le sous occiput prend appui sous la symphyse. La tête se fléchit progressivement ; la face, le front le crâne se dégagent successivement de la commissure postérieure.

## **6-6-Anomalie dans le mécanisme de l'accouchement :**

L'engagement du siège, facile et précoce lorsque le siège est décomplété, peut être long et même ne pas s'effectuer lorsque le siège est complet.

La progression du siège est parfois arrêtée dans l'excavation.

L'anomalie la plus importante au cours de l'accouchement des épaules est le relèvement des bras du fœtus. On peut citer également :

- La rétention de la tête dernière au DS qui est la plus haute gravité.
- La rétention de la tête dans l'excavation.

## **6-7- Pronostic :**

Le pronostic maternel est généralement bon. .

Le pronostic fœtal est généralement réservé à cause de la prématurité et surtout les manœuvres obstétricales lors de l'extraction artificielle.

Dans tous les cas, mais surtout chez la primipare, l'importance d'une éventuelle disproportion fœto-pelvienne oblige plus que dans toute autre présentation à pratiquer une radiopelvimétrie et une mesure échographique du diamètre Bipariétal du fœtus. Enfin, plus que dans les autres présentations, le pronostic dépend en partie de l'accoucheur pour bien conduire un accouchement par le siège, il faut connaître l'obstétrique classique souvent négligée.

Les interventions trop fréquentes, trop précoces ou trop hâtivement exécutées peuvent créer une dystocie qu'une attente patiente eût évitée en système. L'intervention, lorsqu'elle est indiquée, suppose la connaissance exacte du mécanisme obstétrical et ne doit pas être improvisée.

## **6-8- La conduite à tenir :**

### **6-8-1-Pendant la grossesse :**

Le diagnostic étant fait et les facteurs de risques établis, plusieurs attitudes sont possibles :

- Avant on tentait de transformer par des manœuvres la présentation du siège en sommet. A nos jours ces méthodes sont presque abandonnées.
- Une césarienne de principe peut être décidée déjà au cours de la grossesse.

### **6-8-2-Pendant le travail d accouchement:**

En présence d'un accouchement par le siège, le premier devoir est de se rappeler que la présentation peut être eutocique et d'avoir confiance en soit.

Il en résulte que la conduite à tenir se limite à l'abstention, lorsque les phénomènes dynamiques se déroulent normalement .Toutefois on se gardera de rompre trop tôt les membranes. Elles le seront à partir de 6 cm de dilatation, mais cependant il y'a des précautions à prendre :

- Un accouchement par le siège ne doit plus se faire en dehors d'un service d'obstétrique bien organisé. La présence d'un obstétricien, d'un anesthésiste et d'un auxiliaire est nécessaire.
- Un forceps doit être prêt à l'emploi ; une perfusion d'ocytocine sera mise en place à la période d'expulsion.

L'eutocie, une contractilité utérine de bonne qualité, des contractions régulières, une souplesse interphasaire satisfaisante, sont les garants d'une progression favorable de la dilatation du col.

A dilatation complète, la présentation, arrivée sur le périnée commence sa phase d'expulsion, celle-ci peut être conduite de différentes façons :

- L'abstention presque complète : La patiente est mise en position gynécologique jusqu'à l'apparition de l'ombilic fœtal, il n'y a rien à faire, si ce n'est parfois à aider le dégagement des membres inférieurs.

Sous l'influence des contractions et des efforts expulsifs, le dos tourne en avant, les épaules se dégagent toutes seules, puis la tête, en flexion , le

nouveau-né est accueilli dans l'écartement des cuisses de sa mère, sur un plan horizontal.

*La seule dérogation à cette attitude d'expectative proviendrait de la rotation en arrière du dos du fœtus, au risque de provoquer une rétention de la tête défléchie au DS, avec parfois accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse pubienne. C'est donc tout de suite, avant que la tête n'arrive au détroit supérieur, qu'on doit ramener le dos en avant, soit par redressement simple, soit en continuant le mouvement de rotation amorcé.*

- **La manœuvre de Bracht**: Dès qu'apparaissent les pointes des omoplates, le fœtus saisi par les hanches est relevé à deux mains vers le haut, puis renverser sur le ventre de la mère, sans traction. La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage en déflexion.
- La manœuvre d'abaissement.
- La manœuvre de double rotation axiale (manœuvre de LOVSET). Ces deux manœuvres sont utilisées en cas de dystocie par relèvement des bras (dystocie des épaules).
- La manœuvre de Mauriceau, en cas de dystocie par rétention de la tête dernière. (Rétention de la tête dans l'excavation)

# IV. MATERIELS ET METHODE

**A- CADRE D'ETUDE :** Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence de commune du District de Bamako.

Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

Il est situé dans la plus grande et plus peuplée commune de Bamako avec 94 km<sup>2</sup> de superficie et 379 460 habitants en 2004 et une densité de 4 037 habitants par km<sup>2</sup>.

Ses limites sont les suivantes :

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre son extrémité Sud-est et le lit du fleuve Niger
- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites Est et Ouest de la commune V
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite EST du district et la limite de la commune.

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux. Chacun des quartiers a en son sein un CSCOM .

Les principales activités menées par la population sont :

- ☞ L'agriculture,
- ☞ le maraîchage, pêche, élevage.
- ☞ Le petit commerce, transport et artisanat
- ☞ Existence de quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

Bamako connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre) qui correspond à la haute période de transmission du paludisme.

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais aussi de certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car situé au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA) mais aussi de son ancienneté plus vieux centre de santé du district.

La maternité du centre fait en moyenne 15 accouchements par jour.

## **1. Organisation du service :**

### **a) Infrastructure du service**

Le service se compose de deux bâtiments :

- Premier bâtiment qui est le bloc opératoire, est composé de :
  - Deux salles d'opération,
  - Une salle de réveil,
  - Une salle de préparation pour chirurgien
  - Une salle de consultation pré-anesthésique,
  - Une salle de nettoyage des instruments,
  - Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- Un second bâtiment en étage :
  - Au rez-de-chaussée on a :
    - La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits.
    - Une unité de consultation prénatale
    - Deux salles de consultation pour médecin généraliste.
    - Une salle de consultation pour médecin chirurgien.
    - Une unité ORL.
    - Une unité ophtalmologique
    - Une unité odonto-stomatologique.

- Un laboratoire
- Une salle d'injection.
- Une salle de pansement
- Une unité PEV
- Une pharmacie pour médicaments génériques
  - A l'étage on a :
    - Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène}
    - Une salle de consultation gynécologique
    - Une salle de consultation pédiatrique
    - Une salle d'hospitalisation pédiatrique.
    - Une unité de planning familial.
    - Une salle de réunion
    - Des toilettes.

**Ailleurs, on a :**

- Une maison pour le gardien.
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre
- Des toilettes.

**b) Le personnel :**

<b>Qualification</b>	<b>Nombre</b>
Médecin gynécologue	1
Médecin généraliste	5
Médecin chirurgien	1
Pharmacien	0
Médecin santé publique	0
Etudiants thésards	18
Radiologue	0
Médecin ophtalmologue	0
Infirmier diplômé d'Etat	12
Technicien de laboratoire	3
Infirmiers de premier cycle	9
Sages femmes	27
Infirmières obstétriciennes	2
Matrones	4
Techniciens spécialisés en santé mentale	0
Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
Techniciens spécialisés en radiologie	0
Techniciens spécialisés en ophtalmologie	2
Techniciens spécialisés en ORL	2
Techniciens spécialisés kinésithérapie	1
Techniciens spécialisés en santé publique	3 dont 2 assistants médicaux
Assistants médicaux	10
Techniciens sanitaires	3
Secrétaire dactylo	1
Gestionnaire	1

Comptable	1
Adjoint administratif	1
Gardiens	2
Chauffeurs	3
Chauffeurs mécaniciens	0
Aide soignant	16
Manœuvres + gardien	9
<b>Total</b>	<b>139</b>

**c) Fonctionnement du service :**

Une réunion se tient tous les jours à huit trente minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille dans le service

Des consultations gynécologiques les Lundis et Mardis

Deux séances d'échographies par semaine

Un programme opératoire réservé aux jeudi

Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables parallèlement aux autres domaines de la santé

Une équipe de garde qui assure la permanence du centre 24 heures/24.

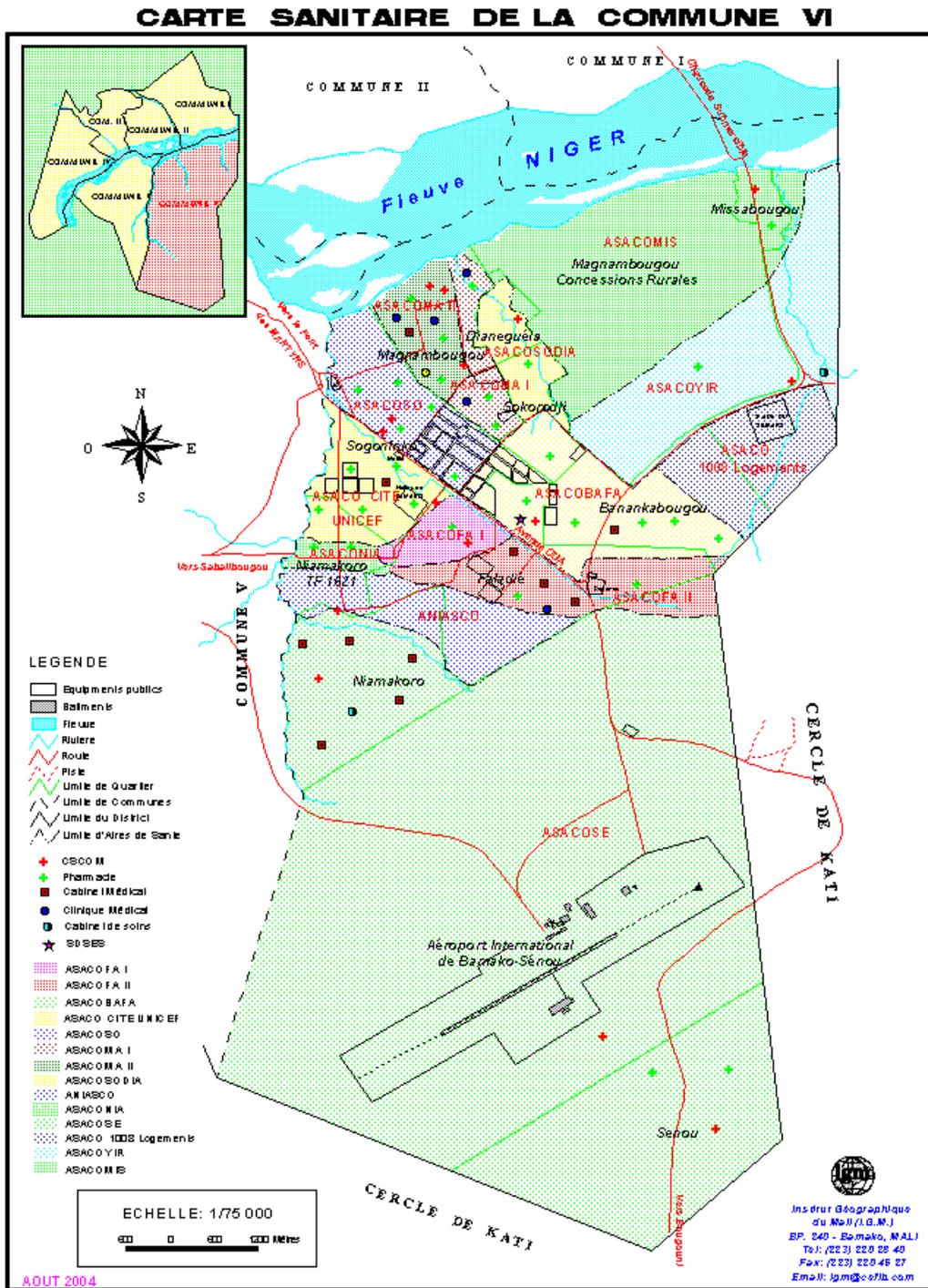
Des consultations prénatales et de planning familial se font tous les jours

Les activités de santé publique sont menées

Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi

- Une salle de préparation pour chirurgien
- Une salle de consultation pré anesthésique,
- Une salle de nettoyage des instruments,
- Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- Un second bâtiment en étage :
- Une salle de réveil,
- Au rez-de-chaussée on a :
- La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits.
- Une unité de consultation prénatale
- Deux salles de consultation pour médecin généraliste.
- Une salle de consultation pour médecin chirurgien.
- Une unité ORL.
- Une unité ophtalmologique

- Une unité odonto-stomatologique.
- Un laboratoire
- Une salle d'injection.
- Une salle de pansement
- Une unité PEV
- Une pharmacie pour médicaments génériques
- A l'étage on a :
- Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène}
- Une salle de consultation gynécologique
- Une salle de consultation pédiatrique
- Une salle d'hospitalisation pédiatrique.
- unité de planning Une familial.



**B- Type d'étude:** Etude prospective

**C- Période d'étude :** 1<sup>er</sup> Janvier 2006 au 30 Juin 2006

**D- population d'étude**

Notre étude portera sur toutes les parturientes grandes multipares ayant accouché pendant notre période d'étude au centre de santé de référence de la commune VI.

**E- échantillonnage**

**1- Critère d'inclusion**

Toute grande multipare ayant accouché à la maternité du centre de santé de référence de la commune VI durant la période d'étude.

**2- Critère de non inclusion :**

- Toute parturiente qui n'est pas une grande multipare
- Toute parturiente grande multipare non en travail admise pour d'autres raisons à la maternité du centre de santé de référence commune VI.
- Toute femme admise à la maternité du centre de santé de référence de la commune VI pour accouchement à domicile, accouchement en cours de route ou pour complication du post-partum.

**F- Variables étudiées :**

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

- l'âge,
- la principale occupation de parturiente,
- le statut matrimonial,
- l'ethnie,
- le niveau d'instruction,

- la profession du procréateur,
- le nombre de CPN et leurs qualités,
- le terme de la grossesse,
- la gestique,
- la parité,
- l'intervalle intergenesique,
- la hauteur utérine,
- les BDCF à l'admission,
- les contractions utérines dans leur durée,
- leur fréquence et leur intensité,
- la tension artérielle,
- la température,
- le type de présentation,
- l'état clinique du bassin,
- la dilatation du col,
- la durée du travail,
- le type de délivrance,
- la voie d'accouchement,
- l'état du placenta,
- l'état de la mère après accouchement,
- l'apgar du ou des nouveaux nés lors des premières et cinquième minutes,
- le sexe du ou des nouveaux nés :leurs états ainsi que leurs mensurations,
- la qualification du prestataire,
- l'utilisation du partogramme,
- le type d'accouchement.

## **H- Supports des données :**

Les données ont été recueillies à partir du partogramme, du dossier des parturientes, du registre d'accouchement, du registre de compte rendu opératoire, des carnets de CPN et des fiches d'évacuation et consignées dans une fiche d'enquête.

## **I- Traitement des données**

Les données ont été saisies sur Word et analysées sur le logiciel EPI INFO version 6.0 fr. le test utilisé est : le test exacte de Fisher ( $p=$  est significatif pour une valeur inférieur à 0, 05)

# V- RESULTATS

## 1- Fréquence

Pendant notre période d'étude nous avons collecté 101 cas d'accouchements chez les grandes multipares sur un total de 2260 accouchements

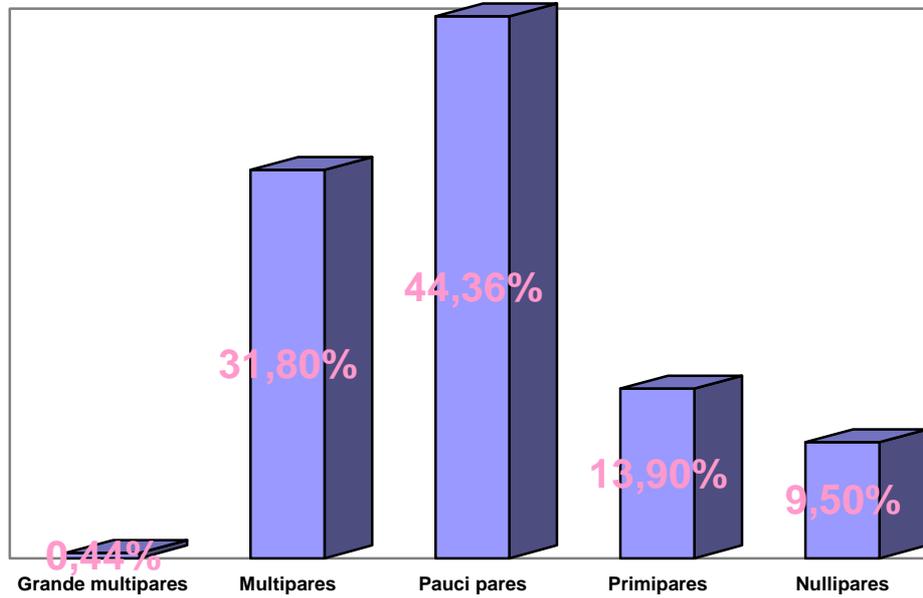


Figure 1: Répartition de la population selon la fréquence d'accouchement

## 2-Données sociodémographiques

Tableau I: Répartition des patientes selon l'âge

	Effectif	Pourcentage
<b>Age</b>		
29-35	40	39,6
36-39	61	60,4
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

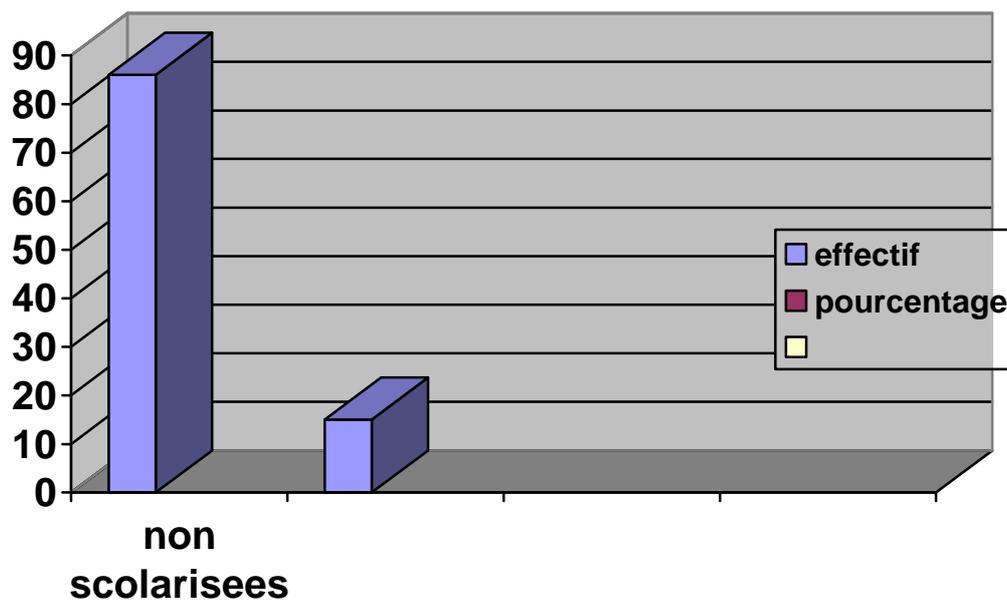
**Tableau II:** Répartition des patientes selon la résidence

<b>Résidence</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sokoniko</b>	<b>22</b>	<b>21,8</b>
Faladie	15	14,9
Banagabougou	14	13,9
Niamakoro	12	11,9
Daoudabougou	11	10,9
Magnambougou	8	7,9
Sokorodji	6	6,0
Senou	6	5,9
Yirimadjo	4	4,0
Djandjiguila	3	3,0
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

**Tableau III:** Répartition des patientes selon le statut matrimonial

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	99	98.0
Célibataire	2	2.0
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

**Figure II:** Répartition des patientes selon le niveau d'étude



h

**Tableau IV:** Répartition des patientes selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	88	87,2
Fonctionnaire	2	2
Autres	11	10,8
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

### 3- Mode d'admission :

**Tableau V:** Répartition des patientes selon le mode d'admission

<b>Mode d'admission</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
évacuée	27	26,7
<b>Venue d'elle meme</b>	<b>74</b>	<b>73,3</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

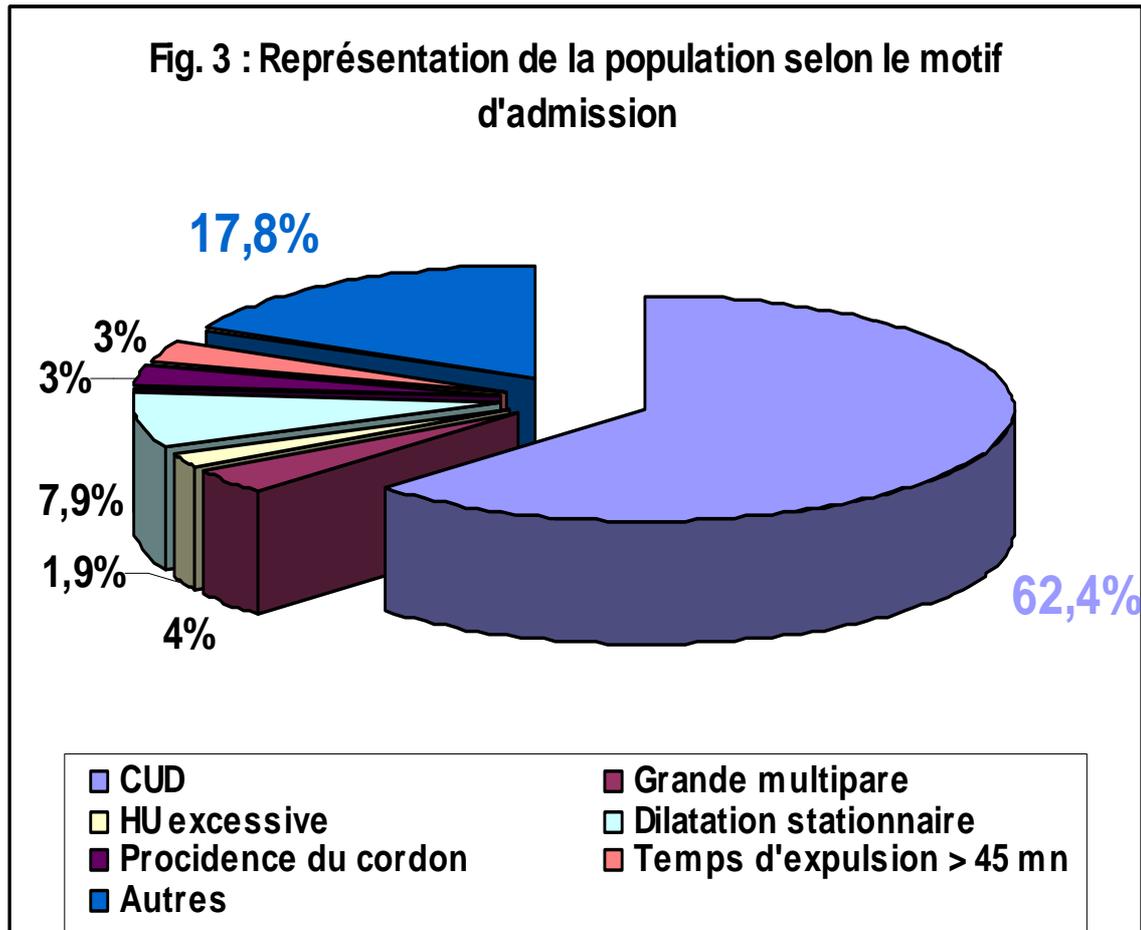
### 4- Moyen d'admission

**Tableau VI:** Répartition des patientes selon le moyen de transport

<b>Moyen de transport</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Transport en commun</b>	<b>86</b>	<b>85,1</b>
Ambulance	10	9,9
Vehicle personnel	5	5
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

## 5- Données cliniques

Répartition des patientes selon le motif d'admission.



**Tableau VII:** Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>HTA</b>	<b>5</b>	<b>4,9</b>
Aucun	86	85,1
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

**Tableau VIII:** Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Utérus cicatriciel</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Appendicite	1	1
Forceps	1	1
Aucun	95	95
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

**Tableau IX:** Répartition des patientes selon la gestité

<b>Gestité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
7	28	27,8
<b>8</b>	<b>38</b>	<b>37,6</b>
<b>9</b>	<b>21</b>	<b>20,9</b>
10	6	5,9
11	4	3,9
12	3	2,9
14	1	1
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

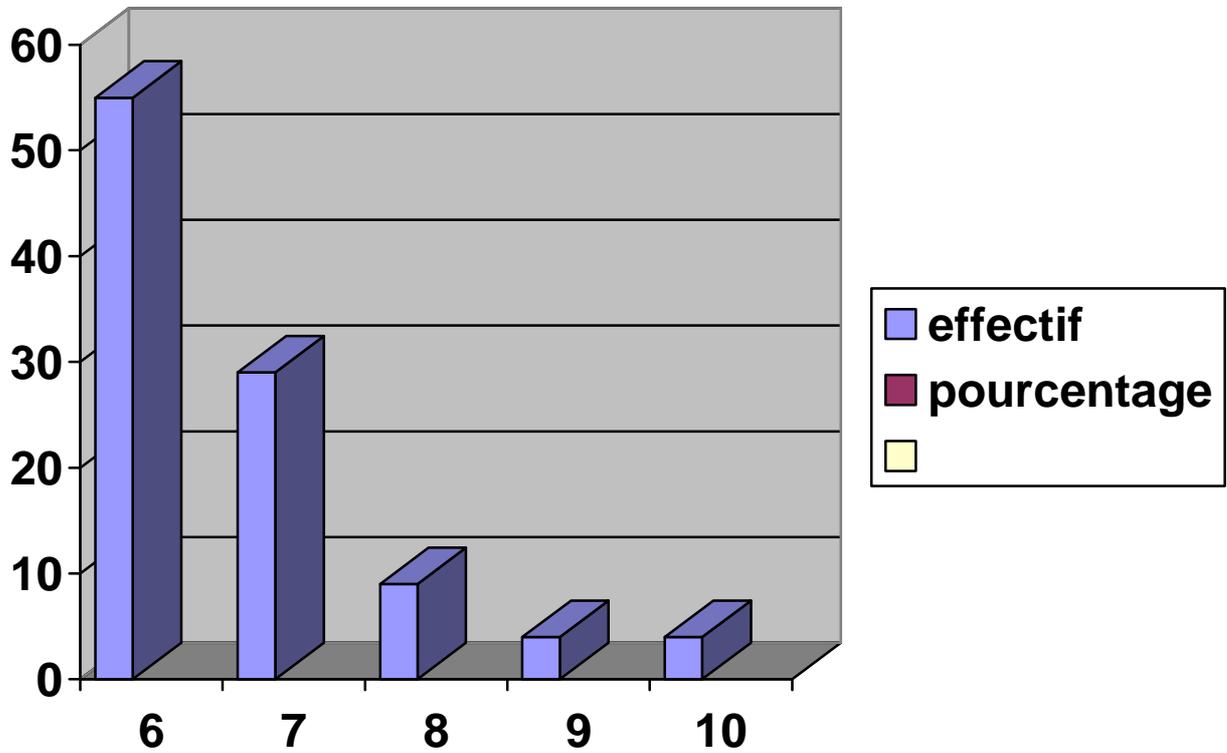


Figure4 : répartition de la population selon le nombre de parité

**≥Tableau X:** Répartition des patientes selon la consultation prénatale

Consultation prénatale	fréquence	pourcentage
<b>Nombre</b>		
<b>0</b>	<b>68</b>	<b>67,3</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1,9</b>
<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2,9</b>
<b>3</b>	<b>5</b>	<b>4,9</b>

<b>≥4</b>	<b>23</b>	<b>22,7</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XI:** Répartition des patientes selon l'état général

<b>Etat général</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bon</b>	<b>84</b>	<b>83.2</b>
Passable	17	16.8
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XII:** Répartition des patientes selon la coloration des muqueuses

<b>Coloration des muqueuses</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bien colorées</b>	<b>83</b>	<b>82.2</b>
Moyennement colorées	18	17.8
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

**Tableau XIII :** Répartition des patientes selon les bruits du cœur Foetale.

<b>Bruits du cœur fœtal</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Present</b>	<b>97</b>	<b>96.1</b>
Absent	4	3.9

<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>
--------------	------------	------------

**Tableau XIV:** Répartition des patientes selon l'état du col.

<b>Etat du col</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Mince</b>	<b>78</b>	<b>77,2</b>
Epais	23	22,8
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XV :** Répartition des patientes selon la dilatation du col.

<b>Dilatation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Phase active</b>	<b>78</b>	<b>77,2</b>
Phase de latence	23	22,8
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XVI :** Répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux

<b>Etat de la poche des eaux</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Intact	31	30,7
<b>Rompue</b>	<b>70</b>	<b>69,3</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XVII:** Répartition des patientes selon la couleur du liquide amniotique.

<b>Coloration du liquide</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Clair</b>	<b>86</b>	<b>85,1</b>
Teinté	11	10,9
hematique	4	4,0
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XVIII:** Répartition patientes selon le type de bassin.

<b>Type de bassin</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Normal</b>	<b>100</b>	<b>99,0</b>
Assymetrique	1	1,0
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XIX:** Répartition des patientes selon la présentation du mobile foetal

Type de présentation du mobile foetal	Fréquence	Pourcentage
<b>Céphalique</b>	<b>80</b>	<b>79,2</b>
Siège	15	14,9
Transverse	6	5,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

## 6- Mode d'accouchement

**Tableau XX:** Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.

Voie d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
<b>Voie basse</b>	<b>90</b>	<b>89,1</b>
Voie haute	11	10,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XXI:** Répartition des patientes selon la durée totale du travail.

<b>Durée total du travail</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>&lt; 12 heures</b>	<b>88</b>	<b>87.1</b>
<b>&gt; 12 heures</b>	<b>13</b>	<b>12.9</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XXII :** Répartition des patientes selon le type de délivrance

<b>Type de délivrance</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Active</b>	<b>89</b>	<b>88,1</b>
Artificielle	12	11.9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

### **7-Pronostic maternel**

**Tableau XXIII :** Répartition des patientes selon la présence d'une hémorragie de la délivrance

<b>Hémorragie de la délivrance</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Présente</b>	<b>8</b>	<b>7.9</b>
Absente	93	92.1
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

## 8- Pronostic foetal

**Tableau XXIV:** Répartition des nouveau-nés selon apgar à la 1<sup>e</sup> minute

<b>Apgar à la 1<sup>e</sup> minute</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
$\leq 7$	5	4,9
$> 7$	97	95,1
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Tableau XXV:** Répartition des nouveau-nés selon l'apgar à la cinquième minute.

<b>Apgar a la 5<sup>e</sup> minute</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
$\leq 7$	5	4,9
$> 7$	97	96,1
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVI:** Répartition des nouveaux-nés selon le poids de naissance

<b>Poids de naissance</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
2500g – 3800	78	76,5
$\geq 4000g$	24	23,5
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVII:** Répartition en fonction de la malformation des nouveau-nés.

<b>Malformations</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Bec de Lièvre	3	2,9
Spina-bifida	2	2,0
Tumeur sacro-coccygene	1	1,0
<b>Aucune</b>	<b>96</b>	<b>95,1</b>
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

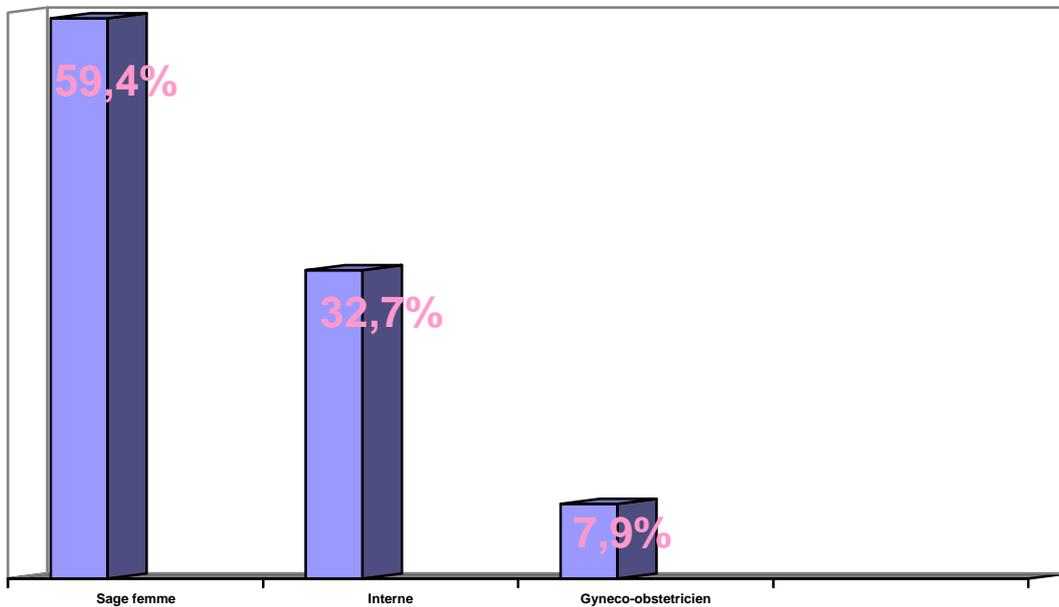
**Tableau XXVIII :** Répartition en fonction de la référence des nouveau-nés.

<b>Nouveau-nés</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Référés</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Non référés	96	94.
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Tableau XXIX :** Répartition en fonction de la survie des nouveau-nés référés dans les 1<sup>ères</sup> 72 heures.

la survie des nouveau-nés référés	Fréquence	Pourcentage
< 72 HEURES	2	2
> 72 HEURES	4	3,9
Autres	96	94,1
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

### 9- Répartition : selon la qualification du prestataire



**Figure 5:** Répartition de la populataion selon la qualification du prestataire

## 10 - Etude analytique :

**Tableau XXX:** répartition des patientes selon le motif d'admission par rapport à l'âge

Tranches d'âge	29-35		36-39		Total	Tests statistiques
	Effectif	%	Effectif	%		
Motif d'admission						
Procidence du cordon	0		3	4,3	3	P=0,314
CUD	25	78,1	38	55,1	63	P=0,0260
Grande multipare	0	0	4	5,8	4	P=0,0211
HU >36 cm	1	3,1	1	1,1	2	
Dilatation stationnaire	0	0	8	11,6	8	P=0,041
Temps d'expulsion >45 min	0	0	3	4,3	3	P=0,0314
Procidence du bras	1	3,1	1	1,1	2	
Utérus cicatriciel	1		3	4,3	4	P=0,622
BDCF non perçu	1		2	2,9	3	
HTA sur grossesse	2	6,2	3	4,3	5	P=0,508
Présence vicieuse	1		3	4,3	4	P=0,622
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	

**Tableau XXXXII:** répartition des patientes selon le Poids des nouveau-nés par rapport à la parité

Poids de naissance (gr)	2500-3800	>4000	Total	Tests statistiques		
Parité						
6	50	64,1	5	21,7	55	p=0,0003
7	15	19,2	4	17,3	19	p=0,555
8	9	11,5	6	26,1	15	p=0,084
9	4	5,1	7	30,4	11	p=0,0024
10	0	0	1	4,4	1	-
Total	78	100	23	100	101	

$\chi^2=22,25$

p=0,0001

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### **1. La fréquence des accouchements des grandes multipares :**

Au terme de notre étude, la fréquence de l'accouchement chez les grandes multipares a été de 0.44%. Cette fréquence est nettement inférieure à celle trouvée par Sangaré Michel 2,7%. Tassouo en Côte d'Ivoire rapporte 2,49% dans leurs études chez les sujets de plus de 40 ans dont 65% des patientes étaient des grandes multipares.

### **2. données socio-démographiques :**

**2-1 L'âge :** L'âge moyen des gestantes était de 34 ans avec des extrêmes de 29ans et 39 ans.

Cette fréquence est inférieure à celle de Sangaré Michel trouve 41,2ans avec des extrême de 40 ans et de 46 ans. Mais supérieure à celle de Lankoandé au Burkina Faso qui rapporte 25,6 ans avec des extrêmes de 17 ans et de 39 ans. La différence méthodologique pourrait être l'explication possible.

**2-2 La provenance :** 21,8% de nos patientes venaient de Sogoniko ; la situation géographique pourrait expliquer ce résultat.

**2-3 statut matrimonial:** 98% de nos patientes étaient mariées. Ce résultat est voisin de celui de Sangaré Michel trouve 97,3% et Lankoandé au Burkina Faso rapporte 97,4%. Les femmes célibataires étaient moins représentées. Les facteurs socio-économiques et culturels de notre société pourraient être l'explication possible.

**2-4 niveau d'instruction :** 85,1% de nos patientes étaient non scolarisées, ce résultat est proche de celui de Sangaré Michel qui trouve 76% dans son étude. Le niveau socio-économique et des conditions culturelles de notre pays pourraient expliquer ce résultat.

**2-5 La profession :** 87,2% de nos patientes étaient des ménagères. Ce résultat est conforme à celui de Sangaré Michel rapporte 92,3% et Lankoandé au Burkina Faso trouve 88%. Les autres professions étaient

peu représentées. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patientes s'occupent des travaux domestiques.

### **3- Admission :**

#### **3-1. Mode d'admission :**

L'admission directe a constitué le mode le plus fréquent 73,3% des cas contre 62,7% chez Sangaré Michel. Les référés des CSCOM et des cabinets médicaux privés étaient de 26,7% des cas contre 21,3% dans l'étude de Sangaré Michel.

Le lieu d'étude étant un centre de santé de référence ; l'admission directe ne devrait pas constituer le mode le plus fréquent.

#### **3-2. Moyen d'admission :**

85,1% de nos patientes sont arrivées à bord d'un transport en commun contre 9,9% par ambulance.

Le niveau socio-économique de notre société pourrait expliquer cette répartition.

### **4- Données cliniques :**

#### **4- 1. Motif de consultation :**

62,4% de nos patientes nous ont consulté pour contraction utérine douloureuse.

#### **4- 2. Les antécédents :**

##### **4-2.1. Les antécédents médicaux :**

5% de nos patientes avaient une HTA chronique contre 5,5% dans l'étude de Roman en France.

Ce résultat pourrait expliquer que : l'HTA est un problème de santé publique dans ses pays développés ainsi que dans les pays en voie de développement.

##### **4-2.2. Les antécédents chirurgicaux :**

6% de nos patientes avaient des antécédents chirurgicaux

#### **4-2.3. Les antécédents obstétricaux :**

##### **4-2.3.1. La gestité :**

37,6% de nos patientes étaient à leur 8<sup>ème</sup> grossesse.

##### **4-2.3.2. La parité :**

54,5% des cas étaient des 6<sup>ème</sup> pares. Ce taux est inférieur à celui de Sangaré Michel 65,3% mais supérieur à celui de Lankoandé au Burkina Faso 10,7%.

#### **4-2.4. Consultation prénatale :**

32,5% des patientes de notre série avaient fait la consultation prénatale contre 91,7% dans la série de Sangaré Michel et 92% chez Lankoandé. Cet état pourrait s'expliquer par le fait que les grandes multipares supposent qu'elles ont une certaine expérience et que dans la plus part des cas ; les accouchements antérieurs se sont déroulés sans problème.

#### **4-3. L'examen physique :**

A l'admission on a ouvert un dossier pour chaque parturiente et les éléments de surveillance furent portés sur un partogramme.

##### **4-3. 1. L'état général :**

Il était bon dans 83,2% des cas.

##### **4-3. 2. La coloration des muqueuses :**

Elles étaient bien colorées dans 82,2% des cas.

##### **4-3. 3. Les éléments de surveillance du partogramme :**

Les différents paramètres cliniques ont été contrôlés chez 100% de nos patientes. Ce résultat est différent à celui de Thiam D où la plus part des paramètres n'a pas été contrôlés chez les parturientes dans les CSCOM et même dans certains centre de santé de référence. Mais ce résultat est conforme à celui de Roman en France où ces paramètres ont été contrôlés chez 100% de ces patientes.

#### **4-3.3.1. Les bruits du cœur foetal :**

Les BDCF étaient absents chez 4 patientes soit 3,9%. La défaillance dans la prise en charge ou la négligence de la parturiente pourrait être l'explication possible.

#### **4-3.3. 2. Etat du col :**

##### **4-3. .2.1. La consistance du col :**

Il était mince chez 78 patientes soit 77,2% des cas.

##### **4-3.3.2.2. La phase de la dilatation du col :**

Elle était à la phase active chez 77,2% des cas.

##### **4-3.3.3. L'état de la poche des eaux :**

La poche des eaux était intacte chez 30,7% des cas.

##### **4-3.3.4. La coloration du liquide amniotique :**

Le liquide amniotique était teinté chez 11,9% des cas. Ce résultat est nettement supérieur à celui de Roman à Paris qui était de 5%.

##### **4-3.3.5. Type du bassin :**

Le bassin était normal chez 99% de nos patients.

89,1% de nos patientes ont accouché par la voie basse contre 65,3% dans l'étude de Sangaré Michel

Le partogramme a été notre outil essentiel dans la surveillance du travail d'accouchement.

#### **5. Accouchement proprement dit :**

La survenue d'une dystocie dynamique (a type d'hypocinésie), a été à l'origine de certaines césariennes que nous avons pratiquées.

Dans notre série, 87,1% des grandes multipares ont accouché moins de 12 heures après leur entrée dans le service (alors que la dilatation moyenne à l'entrée était de 4cm). Par contre dans la série de Roth à Lyon 43,71% des grandes multipares ont accouché moins de 2 heures après leur entrée dans le service (alors que la dilatation moyenne à l'entrée était entre 4 à 5 cm) à savoir dans cette série, ils ont également

utilisé de l'ocytocine dans 39 cas pour corriger la dystocie dynamique chez les grandes multipares, chose qui n'a pas été faite dans notre série.

79,2% des présentations du mobil foetal étaient céphaliques. Ce résultat est inférieur à ceux rencontrés dans les littératures de Sangaré Michel et de Roth qui trouvent chacun 97%.

Les différentes présentations vicieuses rencontrées dans notre série :

- présentation de siège 14,9% des cas. Ce résultat est nettement supérieur à ceux de Sangaré Michel, de Lankoandé et de Roth qui trouve respectivement 9,3%, 4,7% et 2,16%.
- La présentation transverse représentait 5,9% des cas. Ce résultat est proche de celui de Sangaré Michel qui trouve 3% et de Lankoandé 3,2% dans leurs séries ; mais supérieur à celui de Roth qui trouve 0,43% dans son étude.
- . L'extraction instrumentale représentait 1,9% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de Roth qui trouve 3,03%.

#### **5. 1. Mode d'accouchement :**

89,1% de nos patientes ont accouché par la voie basse contre 63,3% chez Sangaré Michel et 93,07% chez Roth.

#### **6. pronostic foeto-maternel :**

La délivrance a été active chez 88,1% des cas.

L'hémorragie de la délivrance par suite d'atonie utérine a été la principale complication retrouvée chez la mère 7,9% des cas.

L'apgar était inférieur ou égal à 7 chez 4,9% des nouveau-nés à la première minute et à la cinquième minute.

77,2% des nouveau-nés avaient un poids compris entre 2500-3800 grammes.

6% de malformations a été retrouvé chez les nouveaux-nés : bec de lièvre, spina-bifida, tumeur sacro-coccygienne contre 4,8% chez Roman en France.

6% des nouveaux-nés ont été référés en pédiatrie ; dont 2% décédés avant 72 heures.

### **7-Qualification du prestataire :**

59,4% de nos accouchements ont été effectués par les sages femmes

## **ETUDE ANALYTIQUE DE L'ACCOUCHEMENT ASSISTE CHEZ LES GRANDES MULTIPARES**

### **-REPARTITION DES PATIENTES SELON LE MOTIF D'ADMISSION PAR RAPPORT A L'AGE**

Nous avons retrouvé des différences significatives pour ce qui concerne :

Les patientes admises pour Contraction Utérine Douloureuse avec un âge compris entre 29 et 35 ans soit 78,1% étaient supérieures à celles qui avaient les âges compris entre 36 et 39 ans soit 55,1%.

### **-REPARTITION DES PATIENTES SELON LE POIDS DES NOUVEAUX-NES PAR RAPPORT A LA PARITE.**

64,1% des sixièmes pares avaient un poids des nouveau-nés compris entre 2500 et 3800g contre 21,7% qui avaient un poids supérieur à 4000g.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## **a- Conclusion**

Au terme de notre étude sur l'accouchement chez les grandes multipares nous avons constaté :

-La fréquence d'accouchement chez les grandes multipares a été estimée à 0,44%

-La moyenne d'âge était de 34 ans avec des extrêmes de 29 ans et 39 ans ; la majorité de nos patientes étaient des ménagères 87,2% et non scolarisées 85,1% ; la quasi totalité de nos patientes était mariée 98%.

- les différents paramètres cliniques de nos patientes ont été appréciés. Nous avons noté l'existence des malformations chez les nouveau-nés 6% a type de bec de lièvre, spina-bifida, tumeur sacro-coccygienne ; des détresses respiratoires qui ont été référés à l'Hôpital Gabriel TOURE en pédiatrie pour une meilleure prise en charge ; 23,5% de macrosomie foetale.

L'hémorragie de la délivrance a été la principale complication retrouvée chez ces grandes multipares soit 7.9% des cas.

Présentation viscieuse : 14,9% de présentation de siège et 5,9% de présentation transverse.

3% de procidence du cordon .

## **b- Recommandations**

### **1- Aux agents sanitaires :**

- Considérer que la grossesse chez une grande multipare est un risque.
- Prendre des dispositions préalable avant ,pendent et après accouchement ( Prendre une voie veineuse sure à l'admission ; faire son groupage sanguin et Rhésus ; vérifier s'il y a du sang iso groupe iso Rhésus correspondant ; prévoir la délivrance active).
- Faire des IEC sur le planning familial et le don de sang.

### **2- A la population**

Consulter au centre de santé le plus proche pour tout cas de grossesse ; Eviter les accouchements à domicile.

### **3- Aux autorités politiques et sanitaires**

Organiser des IEC sur le risque d'accouchement des grandes multipares multipares.

La formation du personnel qualifié (médecin, sage femme, infirmière obstétricienne) pour couvrir tout le pays.

Equiper tous les centres de santé en matériels adéquats et en banque de sang.

# ANNEXES

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. **Adama YM, Salihu HM** .Barriers to the use of antenatal and obstetric care services in rural kano ,Nigeria J Osbstet Gynaecol 2002 Nov ; 22 (6) : 600 – 603
2. **Adamason GD & Gare DJ**. Accouchement à la maison ou à l'Hôpital ? Jama 1980 ; 243 (17) : 1732 – 1736
3. **Campbell R . et Macfarlane**. Le lieu d'accouchement : étude critique de la littérature.Br J Obstet Gynaecol 1986 ; 93 (7) : 675 – 683
4. **Conable B.B** la maternité sans risque. Forum mondial de la santé OMS Genève 1987 ; 8 (2) : 164 -170
5. **Coulibaly F**. La qualité de l'accouchement en commune V et VI de Bamako. Thèse de médecine 2001. 01-M-46. 87 pages.
6. **De Stanne, de Bernis L**. Moralité maternelle : les causes. l'enfant en milieu tropical 1990 : 187- 188
7. **Diallo F.B, Diallo T.S., Diallo A.B., Diallo Y Goma O., Camara Y., Cissé M., Diallo M.S**. Moralité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie, Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45 (12)  
[www.santetropicale.com/resume/124510.pdf](http://www.santetropicale.com/resume/124510.pdf)

8. **Diallo F.B., Diallo T.S. Sylla M., Onivogui F., Diallo M.C., Blalde IS., Diallo M.S.** problèmes médicaux et socio-culturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales ( CPN) et d'accouchements assistés dans les quatre régions naturelles de la Guinée. Médecine d'Afrique Noire : 1990, 46(1)  
[www.bds.tm.fr/Base/Data/189077.htm](http://www.bds.tm.fr/Base/Data/189077.htm) - 8k -
9. **DNS** : Accouchement assisté dans les structures tous niveaux. Annuaire SLIS 2003,2004.
10. Enquête démographique et de santé au Mali EDS-MII 1995 – 1996.
11. Enquête démographique et de santé au Mali EDS-MIII 2001.
12. **FNUAP 2004** : Accoucher en de bonnes mains : accouchement assisté par un personnel de santé qualifié.  
[www.unfpa.org/upload/lib\\_pub-file/376\\_filename\\_fre.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub-file/376_filename_fre.pdf)
13. **Habsatou T.** Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain. Thèse de médecine FMPOS Bamako 2000.M-62
14. **Hirsch G.** Facteurs de risque et conséquences materno - foétales des accouchements hors maternité. Thèse de médecine Paris 1988. N°49

15. **Indira N.,Théresa S., Annie C. , Dilberth C. et Silvana F.**  
.Venue au monde : qui devrait y assister ? Accoucheu(r) ses et santé du nouveau-né. Publié par le Basics II en mai 2004 sur :  
[www.basics.org/pdf/EntryIntoThiswordFrench.pdf](http://www.basics.org/pdf/EntryIntoThiswordFrench.pdf)
16. **Isenalumbe A.E.** L'intégration des accoucheuses traditionnelles au système de soins de santé. Forum mondial de santé ; 11 (2) : 205 - 211
17. **N°17LABAMA L.** Accouchement à domicile. Un risque pour la mère et l'enfant Panoraa médical (RDC) 1995,12 : 720 – 723
18. **Lahrichi H.B et coll** : Grossesse et l'accouchement des grandes multipares au Maroc.  
J. Gynéco. Obstét, Biol. Reprod., 1987, 16, 119-124.
19. **Lankoande et coll** : la grossesse et l'accouchement chez la femme de 40 ans et plus. Evolution et pronostic maternel : CHNYO OUAGADOUGOU. Burkina Faso- 1992.
20. **M.BAMBA** Etude critique des paramètres du partogramme thèse de médecine 1998 M52
21. **Mendez Gonzales RM, Cervera-Montejano MD.** comparaison of normal delivry care in the hospital and traditional care systems . salud publica Mex.2002.Mar-April; 44(2):129 136
22. **Merger R- Levy Melchior J.** précis d'obstétrique, Masson 5<sup>ème</sup> édition 1995 : 135 158

23. **Merger R- Levy J. et coll** : précis d'obstétrique, Masson 5<sup>ème</sup> édition 1979 : 115 178
24. **OMS, Genève 1993** accouchement traditionnel Déclaration conjointe OMS /FNUAP/UNICEF
25. **OMS, Hart R. TRI MO, Genève 1991.** L'intégration des services de santé primaires101.
26. **TAMBASHE BASILE O. PH .D'AMOUZOU AG KASSEGNE SETHSON** la santé des enfants des mères adolescentes est-elle meilleure par rapport à celle des mère adultes : une analyse à partir de quelques indicateurs de santés de l'enfant au Burkina Faso.
27. **Thiam D**, prise en charge des patientes en milieu rural et urbain à propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondiéba Thèse de médecine.00M62-
28. **02M158 DJIME D.** : Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako
29. **Rapport sur la santé dans le monde 2003** : Lutte contre la mortalité maternelle, rendre la grossesse plus sûre en cadre 23 p33
30. **Rapport sur la santé dans le monde 2005**

31. **Roth** : l'accouchement de la grandes multipares : étude rétrospective en deux ans et demi. Revue française de gynécologie et d'obstétrique. 1991 V 86, N 4 p 281/285.
32. **Roman et Coll** : Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans. Journal de gynécologie obstétrique et biologie. 2004 V 33. P615/622.
33. **05M19 Sangaré Michel** : les accouchements à domicile dans le service de gynéco-obstétrique de du Point G
34. **Santerne S-** la grossesse et l'accouchement de la grande multipare. A propos de 1000 observations. J. Med. Lyon, 1974, 55,433-449.
35. **Wendy J Graham Jacqueline S BELL. COLIN H W BULLOGH:** L'assistance qualifiée à l'accouchement peut – elle réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement in réduire les risques de la maternité stratégique et évidence scientifique p 105 - 139

## FICHE D'ENQUETE

### I. IDENTIFICATION DE LA PARTURIENTE

Q1.

Structure : .....

Q2.

**Dossier**

n° : .....

Q3.

**Date**

d'entrée...../...../.....heure : .....

Q4.

**Date**

d'accouchement...../...../.....Heure.....

Q5.

**Nom**

**et**

prénoms : .....

Q6.

Age.....

Q7.

Ethnie.....

Q8.

**Nationalité**

.....

**Q9.** **Adresse**  
**(domicile/résidence)**.....

.....

**Q10.** **Groupe** **sanguin-**  
**Rhesus**.....

...

**Q11.** **Test**  
**d'Emmel**.....

.....

**Q12.** **Sérologie**  
**VIH**.....

.....

**Q13. Statut matrimonial /...../**  
**1= mariée 2=célibataire 3=Autre**

**Si**  
**autre,préciser**.....

.....

**Q14. Niveau d'instruction : /...../**  
**1=Analphabète 2=Scolarisée**

**Q15. Profession :/...../**  
**1= Ménagère 2= Elève 3= étudiant 4= Fonctionnaire 5=autre**

**Si autre**  
**préciser** .....

.....

**Q16.Nom et Prénom(s) du**  
**procréateur** :.....

**Q16-1 Profession : /...../**  
**1=Elève 2=Etudiant 3=Fonctionnaire 4=Autre**

Si autre

,préciser.....

..... **Q16-2 Groupe sanguin-**

**Rhesus**.....

**Q16-3**

**Nationalité**.....

## II. ADMISSION :

**Q17. Mode d'admission:**/...../

1=Evacuée 2=Référée 3=venue d'elle même

**Q18. Moyen d'admission:**/...../

1=par ambulance 2=transport en commun 3=voiture personnelle

4=autre Si autre,

préciser.....

.....

**Q19.**

**Provenance:**.....

.....

**Q20. Motif**

**d'admission :**.....

## III.EXAMEN à L'ENTRÉE

### ANTECEDANTS

**Q21. MEDICAUX:**/...../

1=Gémellité 2= Hypertension artérielle 3= Diabète 4=Drépanocytose

5=Aucun 6=Autre(à

préciser) :.....

**Q22. CHIRURGICAUX :** /...../ 1=OUI 2=NON

Si oui préciser.....

.....

**Q23.GYNECOLOGIQUES**

Q23a menarche /...../

Q23b cycle régulier:/...../ 1=oui 2=non

Q23c durée des règles (en jours) /...../

Q23d leucorrhée:/...../ 1=oui 2=non

Q23e autre

préciser(.....)

**Q24. OBSTETRICAUX :**

Q24a Gestité : /...../

Q24b Parité : /..... /

Q24c Enfants vivants: /...../

Q24d Enfants décédés: /...../

Q24e Mort-nés: /...../

Q24f Intervalle inter génésique : /..... /

Q24g Accouchement dystocique : /...../ 1= oui 2= non

Si 1 ; préciser .....

**IV.GROSSESSE ACTUELLE :**

**Q25. Age de la**

**grossesse:**.....

.....

**Q26. Consultations prénatales:**

Q26aNombre : .....

.....

Q24b

Auteur : .....

.....

Q26c

Lieu : .....

.....

Q26d Pathologies au cours de la  
grossesse.....

## V. EXAMEN PHYSIQUE :

### 1. EXAMEN GENERAL :

**Q27. Etat** /...../ 1= Bon, 2= Passable, 3=Mauvais

**Q28. Conscience** : /...../ 1= Bonne, 2= Obnubilée, 3= Altérée

**Q29. Muqueuses** /...../ 1=Bien colorées 2=Moyennement colorées

3=pales 4=Autre, A

préciser.....

.....

**Q30.Poids (en kg):**/...../

**Q31.Taille (en m):**/...../

**Q32.Tension Artérielle (en mmHg):**/...../

**Q33. Température (en degré Celsius):**/...../

**Q34.Fréquence respiratoire (en cycles/mn) :** /...../

**Q35. Pouls (en pulsations / mn) :** /...../

**Q36.Oedèmes:**/...../ 1=présents 2=absents

### 2. EXAMEN OBSTETRICAL :

**Q37. Hauteur Utérine (en cm) :** /...../

**Q38. Contractions Utérines :** /...../ 1=oui 2= non

Si oui, nombre de Contractions / 10 mn :..... Durée.....

**Q39. Bruits du cœur foetal :** /...../ 1=Oui 2=Non

Si oui, donner la fréquence /mn :.....

**Q40.COL :**

Q40a Direction :.....

Q40b Consistance : .....

Q40c Longueur :.....

Q40c Dilatation (en cm) :.....

**Q41.Présentation:** /...../ 1=Céphalique 2=Transverse 3= Siège

**Q42. Engagement de la présentation:**/...../ 1=ooui, 2=non

Si oui donner le degré

d'engagement.....

**Q43.Poche des eaux:** /...../

1= intacte 2= rompue

Si rompue:/...../1=rupture spontanée 2=rupture artificielle

2. Date et heure de

rupture.....

**Q44.Liquide amniotique :** /...../ 1=Clair 2= Méconial 3=Sanglant

4=Autre, Si autre,

préciser.....

.....

**Q45.Bassin :** /...../ 1= Normal 2= Limite 3=Autre

Si autre,

préciser.....

.....

**Q46.Pronostic de l'accouchement :** /...../ 1= Voie basse 2=

Césarienne

**VI MARCHE DU TRAVAIL ET ELEMENTS DE SURVEILLANCE DU  
PARTOGRAMME:**

**Q47. Tension Artérielle (mmHg) :** /...../

**Q48. Bruits du cœur foetal (bat/mn) :** /...../

1=inférieur à 120 2= entre 120-160 3 = supérieur à 160

**Q49. Contractions utérines: /...../**

1=plus de 3/10mn 2=moins de 3/10mn 3=3/10mn

**Q50. Engagement: /...../ 1 = oui 2 = non**

**Q51. Liquide amniotique : /...../ 1= Clair 2= Méconial 3=Sanglant**

4= Autre , Si autre,

préciser.....

**Q52. Hémorragie: /...../ 1=oui 2=non**

**Q53. Dilatation du col: /...../ 1= progressive 2= stationnaire**

**Q54. Thérapeutique : /...../ 1 =oui 2=non**

Si oui :

Type :.....

Indication :.....

**Q55. Durée de l'expulsion : /...../**

1=supérieure à 45mn 2=inférieure à 45mn

**Q56. Durée totale du travail: /...../**

**Q57. Partogramme bien rempli: /...../ 1=oui 2=non**

Si non,

préciser .....

...

**Q58. Surveillance du travail assurée par: /...../**

1 =Gynéco- obstétricien 2=Sage-femme 3= Interne en médecine

4=autre ; Si autre,

préciser.....

## VII- ACCOUCHEMENT

**Q59. Date et heure de**

**l'accouchement : .....**

**Q60. Accouchement en présentation : /...../ 1= céphalique 2= du**

siège

**Q61. Accouchement par voie: /...../** 1=basse naturelle, 2= basse instrumentale, 3=haute

Si 2 ou 3 , préciser :

Nature :.....

Indication :.....

**Q62. Accouchement effectué par: /...../**

1=Gynéco obstétricien 2= Sage femme 3= Interne en médecine 4= autre

si autre, préciser.....

### VIII- ISSUE DE L'ACCOUCHEMENT

**Q63. NOUVEAU –NE**

1. **Nombre** : /...../

2. **Sexe**: /...../ 1= masculin 2= féminin

3. **Vivant**: /...../ 1=Oui 2=Non

Si oui donner : l'apgar à la 1ere minute /...../ 5<sup>ème</sup>

minute /...../ 4. **Réanimé**: /...../ 1= Oui 2=Non

5. **Mesures anthropométriques** :

Poids (en g) :..... Taille (en cm) :..... PC (en cm)..... PT (en cm) :.....

6. **Malformations** : /...../ 1=Oui 2=Non

Si oui,  
préciser.....  
.....

7. **Lésions traumatiques** /...../ 1=oui 2=non

8. **Thérapeutique** : /...../ 1=oui 2=non

si oui :

Type.....

Indication.....

**Q64. DELIVRANCE :**

**1. Date et heure** .....

**2. type** : /...../ 1= naturelle, 2= active 3= artificielle

**3. Placenta** : 1. poids(en gramme).....

2. intégrité : /...../ 1=oui, 2= non

**4. Membranes** :

1. intégrité. /...../ 1=oui, 2= non

2. Petit coté .....

**5. cordon** : 1. longueur (en cm)..... 2. Insertion..... 3.

Anomalies.....

**Q65-MERE:**

Q65.1 Issue: /...../ 1= normale, 2 = compliquée

si 2, préciser.....

Q65. 2. Thérapeutique /...../ 1= oui , 2= non

Si oui :

Q65.2.1 Type .....

Q65.2.2 Indication.....

**IX - POST-PARTUM immédiat:**

**Q66. Durée de surveillance du post-partum**

**immédiat** :.....

**Q67. Durée d'**

**hospitalisation** :.....

.....

## **SERMENT D'HYPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, 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 à 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 sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

Même sous la 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 leur père.

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.