

Ministère des enseignements secondaire,
Supérieur et de la recherche scientifique

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple – Un But – Une Foi

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

Année Universitaire 2007/2008

Thèse N°...../2006



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



Année Universitaire: 2007-2008

N°.....

**ÉTUDE CAP: LE RECOURS TARDIF AUX SOINS DES
PARTURIENTES DU VILLAGE POINT G
1^{er} Janvier 05 au 31 Dec. 06**

THESE:

Présentée et soutenue publiquement le2008

PAR

M^r ETIENNE TOGO

Pour l'obtention du DOCTORAT en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)

JURY:

Président: Prof. Sékou SIDIBÉ

Membre: Dr. Ibrahima DOLO

Directeur: Dr. Bouraima MAIGA

Co-Directeur: Dr. Lamine TRAORE

I. **Introduction :**

Dans la société Africaine, très souvent le recours à la médecine moderne survient quand elle est accessible à la suite d'un échec de traitement traditionnel. [1]

Et dans l'esprit des familles, le traitement traditionnel n'est qu'une étape très brève (cas de malades agités) consistant à calmer, faire un bain selon un rituel ou boire une décoction, enduire le visage et l'abdomen de la parturiente ; selon un rituel précis avec de la graisse d'animal spécifique mélangée au beurre de karité ou se munir d'un « ruban magique » avant de se rendre à l'hôpital.

La grossesse et l'accouchement ne sont pas considérés comme des maladies mais souvent causes ou facteurs de conduites, d'expression de valeur, de fierté, d'appartenance sociale ou de statut. [4]

Le guérisseur ou l'accoucheuse traditionnelle maîtrise la manipulation des représentations culturelles qu'il partage avec les parturientes et les familles : le langage, la religion, les coutumes, les rituels, la magie, les phénomènes de parentés en font parties. La grossesse et l'accouchement ne sont pas que somatique, elles sont d'abord "esprit". [4]

Ces attitudes et pratiques souvent liées au niveau-socio-economique, culturel, peuvent constituer de façon indéniable un facteur aggravant de la mortalité maternelle et périnatale.

Selon EDS II 3 naissances sur 5 ont lieu à la maison, plus d'1 naissance sur 5 se sont déroulées sans aucune assistance [6].

Au Mali, la mortalité maternelle était de 582 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1996 [6].

L'OMS estime que chaque année dans le monde entier au moins plus d'un ½ millions de femme meurent des suites de complications obstétricales.

Le Mali à l'instar des autres pays en voie de développement n'échappe guère à ce phénomène crucial ; les stratégies nationales valables en la matière connaissent une insuffisance pratique et les seules données sont en général d'origine hospitalière.

De nos constats, il ressort que malgré les différentes campagnes de sensibilisations à la radio nationale et à la télévision, et malgré la proximité de l'Hôpital du point G, qui est la 3^{ème} référence de la pyramide sanitaire au Mali, les parturientes habitant le village point G arrivent fréquemment en phase avancée du travail (phase active) et la question s'est posée sur ce qui les amène à manifester ce recours tardif au service d'obstétrique.

Cette étude C.A.P sera l'une des premières observations médico - Sociologiques et anthropologiques autour de l'accouchement pour comprendre ce recours tardif (1^{er} type de retard) car aucune étude n'a été faite jusqu'ici au Mali à notre connaissance sur les connaissances, attitudes et pratiques des parturientes.

HYPOTHESES :

- 1-La proximité de l'hôpital du Point-G constitue un facteur d'admission tardive des parturientes du village du Point-G.
- 2-La qualité de la gestion des parturientes explique ces retards d'admission.
- 3-La perception sociale de la grossesse et de l'accouchement influence l'attitude des parturientes.

Pour bien mener ce travail nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

II. Objectif Général :

Apprécier la connaissance, l'attitude et pratiques des parturientes et des femmes habitant le village du point G face à la grossesse et l'accouchement

Objectifs Spécifiques :

- 1-Décrire le profil Sociodémographique des femmes ayant l'expérience paritaire du village du point G.
- 2-Identifier les motifs du recours tardifs au service des parturientes et des femmes ayant l'expérience paritaire habitant le village du point G.
- 3-Evaluer le savoir populaire par rapport à la grossesse et l'accouchement.
4. Identifier quelques pratiques des parturientes face à la grossesse et l'accouchement.

III. GENERALITES

L'attitude est une tendance ou orientation qui pousse un individu à toujours agir de la même manière soit à l'égard d'un objet ou d'un phénomène qui a une signification sociale ou soit dans une situation donnée.

Le comportement est la manière d'agir ou de réagir dans un milieu donné

[8]. Une attitude est une modification du comportement

Face à la grossesse et l'accouchement cette attitude peut varier selon l'expérience paritaire de la parturiente, son cadre de vie sociale, d'ethnie, de race, d'un peuple à un autre et, de son époque.

Notre étude s'intéressera qu'au 1^{er} type de retard.

A noter qu'il existe 3 types de retard :

- 1-Le retard de prise de décision par la personne ressource au sein de la famille pour se rendre à l'hôpital
- 2- Le retard dû au temps consommé au cours du transport.
- 3- Le retard à la décision de la prise en charge par le personnel soignant.

III.1.Historique :

Dans les années 1930 en France, naissait chez les médecins une véritable obsession sociale autour de la maternité, contre la mortalité infantile et la mortalité intra-utérine [1].

Cette époque connaissait 3 grands fléaux : la tuberculose, la syphilis, la fièvre puerpérale contre lesquelles la médecine n'aura cessé de lutter au nom du renouvellement de la nation après Guerre. L'enfant n'a pas de prix, il est précieux pour la population française, plus précieux qu'une mère en agonie.

En 1920, à Paris, 42,5% des accouchements étaient pratiqués à domicile ; 32,6% à la maternité ; 23,2% chez une sage femme.

En 1939, 7,7% des accouchements avaient lieu à domicile ; 67,8% à la maternité, 23% chez une sage femme. Il fut noté une baisse considérable du taux de mortalité maternelle et infantile grâce au concours de la caisse sociale

qui octroyait 10 Francs en prime par examen effectué pour stimuler l'assiduité au CPN chez les futures mères [1].

Ainsi cette époque verra la création des centres de protection maternelle et infantile (PMI)

Depuis la fin de la 2^{ème} Guerre Mondiale, c'est un moment de la vie que l'on n'a cessé de médicaliser, de rechercher de nouvelles pathologies. De nouvelles techniques et innovations naissent autour de l'accouchement : le bilan sanguin, l'échographie, le monitoring; la surveillance, aboutissant ainsi à une hyper médicalisation de l'obstétrique.

L'obstétrique devient dès lors une discipline d'urgence.

Actuellement, les pathologies obstétricales sont fréquentes, et surtout dans les pays en voie de développement. Une analyse de cette situation a pu faire ressortir les difficultés qui existent autour de la prise en charge des complications obstétricales.

Les principales raisons évoquées sont :

- L'absence ou l'insuffisance dans l'organisation du système de référence / évacuation ;
- La mauvaise organisation des services ;
- Le problème d'insuffisance et de répartition du personnel
- Le manque de matériels d'équipement (forceps, ventouses, réactifs de laboratoire, unité de transfusion sanguine, stock de sang, etc....) au niveau de nos structures sanitaires ;
- L'insuffisance de l'accessibilité géographique et financière ;
- La méconnaissance de la nécessité de consulter au tout début du travail.

Les urgences obstétricales ont un pronostic tant maternel que fœtal réservé.

La plupart des accidents sont dûs entre autres à une méconnaissance du mécanisme physiologique de l'accouchement, au retard d'évacuation, à la mauvaise surveillance de la grossesse et à la non utilisation du partogramme.

Ces urgences obstétricales sont représentées essentiellement par les dystocies, les souffrances fœtales aiguës, les hémorragies, l'éclampsie et la pré éclampsie [6].

III-2. PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles (après 28SA [6]).

Un accouchement avant 37 SA entraîne la prématurité du bébé.

- Spontané : se déclenche seul
- Provoqué : intervention thérapeutique de déclenchement
- L'accouchement eutocique : par la suite influence des phénomènes naturels conduit à l'expulsion de l'enfant par la voie basse.
- L'accouchement dystocique : est celui qui entraîne des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par la voie basse. Pour passer de la cavité pelvienne à la vulve le mobile fœtal doit progresser à travers un élément statique : le canal pelvis-génital, sous l'influence d'une force active ; les contractions utérines.

L'accouchement comporte ainsi deux phénomènes :

III.2.1. Phénomène dynamique :

Pendant le travail l'utérus est soumis à des contractions utérines à travers les fibres musculaires du myomètre. Ces contractions utérines s'expliquent par la présence dans ces fibres de protéines contractiles type actinomyosine et un potentiel de repos de la membrane mais aussi à l'environnement hormonal ; les œstrogènes augmentent le potentiel des membranes et la progestérone à un effet contraire aux œstrogènes.

Les contractions utérines ont pour effet (12) :

- l'effacement et la dilatation du col
- La formation de la poche des eaux
- Le franchissement des étapes de la filière pelvienne par le mobile fœtal.

III.2.2. Phénomène mécanique :

A travers la filière pelvienne le mobile fœtal doit franchir trois obstacles :

le détroit supérieur, l'excavation pelvienne et le détroit inférieur.

Le bassin osseux se compose de :

-4 pièces osseuses (les 2 os iliaques, le sacrum et le coccyx)

-4 articulations très peu mobiles (2 articulations sacro-iliaques, la symphyse pubienne et la sacro-coccygienne).

Dans l'étude du bassin on décrit plusieurs diamètres dont la connaissance est nécessaire pour l'obstétricien. A partir de ces diamètres, on peut faire un pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne. L'indice de Magnin est égal à la somme du diamètre antéro-postérieur et diamètre transverse médian.

Le pronostic de l'accouchement est favorable si l'indice de Magnin est égal ou supérieur à 23, il est incertain entre 21 et 22, franchement mauvais en dessous de 20.

III.2.3. Le travail de l'accouchement

Le travail est précédé par l'expulsion du bouchon muqueux et il est marqué par l'apparition des contractions utérines régulières, rythmées dont l'intensité et la fréquence vont en augmentant et nous avons une modification du col (raccourcissement et ouverture).

Les contractions utérines sont involontaires, intermittentes, totales et douloureuses. L'administration d'un antispasmodique, ou d'un bêtamimétique arrêtera les contractions d'un faux travail.

Le travail d'accouchement est divisé en 3 périodes :

1^{ère} Période : Elle commence au début du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10cm). Elle dure 6 heures à 18 heures chez la primipare et de 2 à 10 heures chez la multipare.

2^{ème} Période : Elle commence de la dilatation complète du col jusqu'à l'expulsion du fœtus.

Présentation céphalique

-la tête s'engage dans le détroit supérieur, moyen puis inférieur

-la tête fœtale en descendant décrit une rotation intra-pelvienne pour orienter son plus grand diamètre à l'axe du bassin.

-Les différentes présentations :

OIGA : (Occipito Iliaque Gauche Antérieur)

OIDP : (Occipito Iliaque Droite Postérieur)

OIDA : (Occipito Iliaque Droit Antérieur)

OIGP : (Occipito Iliaque Gauche Postérieur)

- la tête se dégage de la vulve, puis les épaules, puis le corps

- durée d'expulsion : 30 minutes pour une primipare et 15 minutes pour une multipare.

3^{ème} Période : C'est la délivrance. Elle va de l'expulsion du fœtus à la sortie du placenta et dure 5 à 30 minutes.

****Rémission :**

****C'est le repos physiologique (contraction indolore)**

****Phase de migration du placenta (contractions utérines, écoulement vulvaire sanglant, ascension de l'utérus puis le placenta se décolle et l'utérus se rabaisse)**

Phase d'expulsion du placenta et des membranes (sort par la face lisse), et c'est une hémorragie de 300 à 500cm³.

****Il faut surveiller l'intégrité du placenta, la rétraction de l'utérus (globe de sécurité), l'absence d'hémorragie (sinon révision utérine au doigt ou curette)**

Il faut surveiller la P.A et la fréquence cardiaque, la température, la coloration, l'importance des saignements, la bonne rétraction de l'utérus.

La maman reste allongée et pourra regagner sa chambre dans les 1 à 2 heures.

A l'abstentionnisme classique au cours de l'accouchement s'est substituée de nos jours une attitude de surveillance active du travail qui permet :

- de réduire la durée du travail
- de corriger certaines anomalies mineurs dès leur apparition
- de contrôler de façon constante la vitalité fœtale
- de faire le pronostic :

III.2.3.1-Pronostic mécanique : Il est basé sur l'étude du bassin et le volume du fœtus dont l'échographie sera un recours appréciable, il faut identifier aussi la présentation et sa variété de position.

III.2.3.2-Pronostic dynamique : Il est basé sur l'appréciation de la dilatation et l'effacement du col : l'ampliation du segment inférieur ; l'appréciation de l'état de la poche des eaux et la progression du mobile fœtal.

III.2.3.3-Pronostic fœtal : La vitalité fœtale sera appréciée à l'aide d'un stéthoscope obstétrical, d'un appareil à effet Doppler ou d'un cardiotocographe. Les éléments de surveillance clinique du travail seront recueillis au terme des examens obstétricaux pratiqués à l'intervalle régulier par la même personne sur un partogramme

Le partogramme est un outil de travail qui permet la surveillance de l'accouchement du début jusqu'à la fin.

III.3-LE PARTOGRAMME :

Rappel :

Qu'est ce que le partogramme ?

Définition :

Le partogramme est un outil de surveillance du travail dont l'utilisation a pour but de prendre une décision à temps afin de réduire la morbidité, la mortalité maternelle et prénatale.

Le partogramme ne doit pas être considéré comme un registre statistique mais peut constituer un document médico-légal en cas de discordance dans le suivi de l'évolution du travail.

IL permet de mettre en évidence les facteurs de risque pouvant empêcher le déroulement de l'accouchement.

Le partogramme concerne le travail de l'accouchement, de la délivrance et des suites des couches immédiates.

Au niveau du tracé :

Il y a deux phases distinctes :

- ❖ la phase de latence qui va jusqu'à 4cm ;
- ❖ la phase active (à partir de 4cm jusqu'à la dilatation complète).

Le remplissage du tracé :

Il consiste à placer les points de la dilatation et aussi à noter les différents paramètres de l'examen dans les cases correspondantes (tensions artérielles, rythme cardiaque fœtal, fréquence des contractions, état de la poche des eaux, engagement de la présentation et les soins prodigués à la parturiente).

En phase de latence :

Le premier point se place toujours à la jonction des lignes.

Un carreau correspond à 2 heures.

La phase de latence ne doit pas dépasser 8 heures.

En phase active :

Deux lignes obliques déterminent trois zones qui sont :

**La première est la ligne d'alerte ;

**La deuxième est la ligne d'action ;

**La zone à gauche de la ligne d'alerte est la zone d'évolution normale du travail.

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

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

**La dilatation normale est de 1cm par heure en moyenne

Un carreau représente une heure d'évolution.

L'examen doit être pratiqué toutes les heures.

Quand le tracé devient anormal, la courbe s'horizontalise. Si elle franchit la ligne d'alerte, on rentre dans la zone d'alerte, il faut en ce moment réagir en fonction des moyens dont dispose la formation sanitaire où l'on se trouve.

Si la courbe franchit la zone d'action, on rentre dans la zone d'action il faut agir.

La phase active :

Elle dure 8 heures, pendant ce temps la dilatation du col doit atteindre 10cm (dilatation complète). Lorsque le tracé du partogramme atteint la ligne d'alerte il peut s'agir soit d'un obstacle praevia soit de la brièveté du cordon soit d'un excès du volume foetal auxquels on doit prêter attention.

L'obstétricien << aux mains nues >> selon Delecour et Thoulon a l'attitude de la surveillance du travail par l'étude de 5 éléments classiques (12).

- Les contractions utérines

- Les modifications du col

Le col doit être souple dilatable de longueur inférieure à 1,5 cm. Son effacement s'apprécie par le doigt qui ne distingue plus la saillie cervicale, mais l'ensemble du dôme régulier du segment inférieur centré par un orifice.

L'état de la poche des eaux et du liquide amniotique.

La poche des eaux a un rôle dynamique. Sa rupture entraîne un accroissement des contractions utérines mais crée le risque de l'infection. Le liquide amniotique est clair ou lactescent normalement. Il peut devenir teinté jaunâtre, verdâtre après émission du méconium par le foetus. Si la présence de méconium n'est pas toujours la traduction d'une souffrance foetale, elle est un signe d'alarme et conduit à une surveillance plus rigoureuse de la vitalité foetale (12).

- L'évolution de la présentation.

- L'engagement de la présentation est précédé de son orientation dans un des diamètres obliques du détroit supérieur et de son amoindrissement. La présentation est engagée si son plus grand diamètre a franchi le plan du détroit supérieur et de son amoindrissement.

Dans les présentations céphaliques il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétaux. Au toucher vaginal la présentation céphalique est dite engagé

lorsqu'on ne peut pas passer l'index et le médius introduit dans le plan sagittal entre elle et la concavité sacrée : C'est le signe de FARABEUF.

- L'état du fœtus.

Les bruits du cœur fœtal sont bien audibles en dehors des contractions utérines, le rythme normal se situe entre 120 et 160 battements par minute. La souffrance fœtale est suspectée en cas de modifications des bruits du cœur en intensité et en fréquence.

A ces 5 éléments il convient d'ajouter un sixième paramètre de surveillance : l'état général de la parturiente. L'examen physique précisera le pouls, la tension artérielle ; la température et la tolérance des contractions utérines, il faut veiller au confort de la femme et calmer son anxiété.

III.4-LES PATHOLOGIES OBTETRICALES :

III.4.1-Les DYSTOCIES

La dystocie du grec << dystakos >> désigne un accouchement difficile quelque soit l'obstacle.

Les dystocies sont divisées-en :

- ❖ dystocie dynamique : par anomalie fonctionnelle de l'activité utérine
- ❖ dystocie mécanique en relation avec :
 - un rétrécissement de la filière pelvienne
 - une anomalie fœtale
 - un obstacle praevia ou anomalie des parties molles.

Ainsi on distingue les dystocies d'origine fœtale et les dystocies d'origine maternelle.

III.4.1.1.LES DYSTOCIES D'ORIGINE FOETALE :

... La disproportion foeto-pelvienne :

L'excès du volume fœtal est une dystocie dangereuse car elle peut passer souvent inaperçue. Il faut y penser en cas d'antécédent de gros fœtus, une hauteur utérine excessive avec fœtus unique sans hydramnios.

Selon Delecour M. une hauteur utérine supérieure à 36 cm, un périmètre ombilical supérieur à 106 cm correspond dans 95% des cas à des enfants de plus de 4.000g à défaut d'échographie (12). La disproportion foeto-pelvienne est une indication de césarienne (12).

... **Les présentations dystociques** :

La présentation du sommet est la plus eutocique, celles dystociques sont représentées par :

+ **La présentation du siège** :

La présentation du siège représente un trouble de l'accommodation du contenu (foetus) au contenant (utérus). L'accouchement du siège est classiquement à la limite de la dystocie, ce qui explique le taux élevé des césariennes 11 à 12% selon Delecour M. (12), 18% au centre de Foch.

Il s'agit donc d'un accouchement à haut risque et doit se faire en milieu équipé car si le pronostic maternel est bon et le pronostic fœtal est incertain.

+ **La présentation de la face** :

C'est la présentation de la tête défléchie. L'accouchement de la face a un risque et son diagnostic peut se confondre avec la présentation du siège. Elle peut évoluer vers la présentation du front. Les variétés postérieures sont très dystociques, l'enclavement de la face sous l'effet des contractions utérines où l'occiput et le cou s'engagent en même temps au détroit supérieur peut provoquer souvent une rupture utérine. Le pronostic maternel est bon mais celui fœtal est réservé.

+ **La présentation du front** :

C'est une présentation intermédiaire de la tête entre la présentation du sommet et celle de la face. Elle constitue une présentation dystocique par excellence. Elle doit bénéficier toujours de césarienne. La présentation du front est la plus dystocique des présentations céphaliques. Le seul traitement convenable est la césarienne

+La présentation transversale et oblique :

Elle doit être diagnostiquée précocement car elle peut évoluer vers une épaule négligée avec souvent le risque de rupture utérine. Elle est une indication de césarienne.

III.4.1.2-Procidence du cordon :

C'est un accident de la rupture de la poche des eaux. C'est la chute du cordon en avant de la présentation. Elle constitue le plus grave des déplacements du cordon par le danger qu'il fait courir au fœtus. Si c'est un cordon battant l'extraction du fœtus doit se faire le plus rapidement possible en sachant que les cordons non- battants ne signifient pas obligatoirement la mort du fœtus.

III.4.1.3-La souffrance fœtale :

Le diagnostic de la souffrance fœtale repose sur la modification des bruits du cœur fœtal, suspectée aussi par découverte d'un liquide amniotique méconial.

La règle en matière de souffrance fœtale est donc l'extraction rapide de fœtus soit par césarienne par extraction instrumentale.

III.4.2-Dystocies d'origine maternelle :

III.4.2.1.La dystocie dynamique :

La dystocie dynamique comprend l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction utérine et de la dilatation du col. Il peut s'agir :

- d'une anomalie par excès de la contractibilité utérine ou hypercinésie.
- d'une anomalie par insuffisance de contractions utérines ou hypocinésie
- d'une anomalie par relâchement utérin insuffisant entre les contractions ou hypertonie.
- d'une anomalie par inefficacité de la contractibilité utérine apparemment normale.

Les dystocies secondaires peuvent être prévues par la recherche d'obstacle mécanique parfois discret de lésions pathologiques ou trophiques de l'utérus. Elles sont traitées de façon précoce et parfois peuvent être évitées.

III.4.2.2. Bassins pathologiques :

Les angusties pelviennes ou rétrécissements pelviens sont responsables de dystocie mécanique. Parmi elles, on peut citer les bassins limites, les bassins rétrécis et les bassins asymétriques. Leur diagnostic est nécessaire avant le travail pendant la consultation du dernier trimestre de la grossesse. On peut faire souvent recours à la radio pelvimétrie.

On peut classer les parturientes en 3 catégories selon l'état de leur bassin

- celle dont l'état nécessite une césarienne
- celle chez qui l'épreuve du travail est indiquée
- celle pour laquelle on autorise l'accouchement par voie basse

Pour un enfant de poids normal si :

. Le promonto - retro pubien à moins de 8cm la voie basse est impossible et la césarienne s'impose.

. Le promonto-retro pubien est entre 8 – 9 cm ; il s'agit d'un bassin limite pour lequel l'épreuve du travail doit être instituée. La surveillance est mieux sous monitoring.

Les critères essentiels de l'épreuve du travail sont :

**La femme doit être en travail

**Le col dilaté (3 à 4cm)

**La présentation doit être céphalique.

L'épreuve du travail ne commence qu'à partir de la rupture des membranes qu'elle soit spontanée ou provoquée. La dynamique utérine doit être l'objet d'une surveillance. Dans ces conditions, l'épreuve doit être jugée en 1 ou 2 heures en tenant compte de l'état fœtal, de l'évolution de la présentation et de la dilatation du col.

L'erreur sera de repousser d'heure en heure la décision de l'échec de l'épreuve du travail par méconnaissance ou par peur de césarienne. Les dystocies peuvent être responsables :

Chez la mère de :

- rupture utérine
- hémorragie de la délivrance
- travail prolongé avec infection du liquide amniotique

Chez le fœtus :

- Souffrance fœtale
- Mort fœtale *in utero*
- Mortalité néonatale précoce

III.5-LES HEMORRAGIES :

Pour beaucoup d'auteurs dans le monde les hémorragies représentent la première cause des décès maternels (14). Les étiologies des hémorragies sont variées. Nous avons essentiellement : les ruptures utérines, l'hémorragie de la délivrance, le placenta praevia, l'hématome rétro placentaire.

III.5.1.La rupture utérine :

La rupture utérine est une solution de continuité non chirurgicale au niveau de la paroi utérine. Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut intéresser tous segments de l'utérus.

L'urgence obstétricale la plus grave, la rupture utérine est devenue rare sinon exceptionnelle dans les pays de plus en plus perfectionnés qui disposent des techniques chirurgicales et de réanimation bien codifiées.

Dans les pays en voie de développement et dans les pays africains en particulier elle est encore d'actualité du fait de l'insuffisance d'infrastructure socio-sanitaire.

La rupture utérine peut survenir au cours de la grossesse ou du travail. Nous avons les ruptures liées aux fautes thérapeutiques ou ruptures provoquées : utilisation des ocytociques, manœuvres obstétricales et les ruptures spontanées survenant sur utérus malformé, tumoral ou cicatriciel. La désunion d'une cicatrice utérine en cours du travail est l'un des facteurs étiologiques les plus fréquents en Europe.

Toute rupture utérine doit être opérée. Mais le traitement chirurgical est à lui seul insuffisant et doit être complété par celui du choc hypovolémique et par celui de l'infection.

Les ruptures utérines sont opérées par voie abdominale. Ce qui permet d'apprécier l'étendue des lésions et de choisir la modalité de l'intervention.

Les indications de l'hystérectomie sont : rupture importante, compliquée de lésions de voisinage, rupture contuse, irrégulière étendue, accompagnée de lésions vasculaires, rupture datant de plus de 6 heures ou encore si même moins grave, elle survient le plus souvent chez une multipare relativement âgée.

L'hystérectomie doit être autant que possible interannexielle (ovaires laissés en place), cette opération conservatrice dont les avantages sont considérables chez la jeune femme ne doit pas être faite à tout prix dans les délabrements importants. Elle doit être techniquement réalisable : section utérine pas trop étendue, non compliquée de lésions de voisinage, intervient aussi dans la décision ; l'âge de la femme, la parité, le temps écoulé depuis la rupture et son corollaire : l'infection potentielle.

III.5.2-L'hématome – Rétro Placentaire : H.R.P

Ce syndrome réalise un décollement prématuré du placenta normalement insérer alors que le fœtus est encore dans l'utérus. C'est un syndrome paroxystique des derniers mois de la grossesse ou du travail, caractérisé automatiquement par un état hémorragique allant du simple éclatement d'un infarctus à la surface du placenta jusqu'au raptus hémorragique atteignant toute la sphère génitale et pouvant même la dépasser.

La cause de l'hématome rétro – placentaire n'est pas connue avec précision. Cliniquement considéré comme une complication de la toxémie gravidique, on insiste actuellement sur le rôle d'une carence en acide folique dans la genèse de l'hématome rétro placentaire.

Nous distinguons diverses formes cliniques de l'H.R.P :

~ Les formes avec hémorragies externes abondantes prêtant confusion avec le placenta praevia.

~ Les formes moyennes dans lesquelles l'état général est moins altéré et le choc est moins marqué.

~ Les formes latentes peuvent passer inaperçues, signes cliniques discrets ou absents. Le diagnostic est rétrospectif par découverte d'une cupule sur le placenta.

~ Les formes traumatiques version par manœuvre externe ou accident, le plus souvent de la voie publique.

L'HRP peut se compliquer de :

- troubles de la coagulation : hémorragies incoercibles par défibrillation, moins rare, redoutable par elle-même et par l'aggravation du choc hypovolémique qu'elle entraîne.

- de nécrose corticale du rein : sur le plan hémovasculaire, on assiste à une forte coagulation du sang, localisée dans la zone utéro – placentaire. Il y a libération de thromboplastines ovulaires qui vont entraîner une fibrillation vasculaire, à la dilatation et à la thrombose glomérulaire. Celle-ci va provoquer une vasoconstriction artériolaire, puis l'ischémie et la nécrose. C'est une complication qui survient dans les suites de couches. Elle est exceptionnelle mais mortelle (par anurie), les lésions de nécrose glomérulaire étant définitives.

- thrombophlébites des suites de couches.

En présence de l'H.R.P il faut :

1. Rompre les membranes pour accélérer l'évacuation utérine par un accouchement rapide ;
2. Lutter contre le choc hypovolémique par une réanimation bien conduite ;
3. Faire une césarienne pour sauver le fœtus s'il est encore vivant.

L'hystérectomie d'hémostase trouve actuellement de rare indication en cas d'hémorragies incoercibles donc après l'échec des méthodes habituelles de l'hémostase.

III.5.3-Le Placenta – praevia Hémorragique :

C'est l'insertion du placenta soit en totalité ou en partie sur le segment inférieur. Normalement le placenta s'insère sur le fond de l'utérus. Il s'attache tout entier

sur la muqueuse corporeale devenue caduque ou deciduale pendant la grossesse.

Au point de vue clinique, le placenta vicieusement insere est celui qui donne des accidents hemorragiques tres souvent redoutables.

Anatomiquement nous avons trois varietes de P.P :

- ☞ la variete laterale : le placenta n'atteint pas l'orifice interne du col
- ☞ la variete marginale : il arrive au bord superieur du canal cervical
- ☞ la variete centrale : il recouvre l'orifice cervical.

Pendant le travail, nous en distinguons deux types :

- ☞ la variete non recouvrante dans laquelle le bord placentaire ne deborde jamais l'orifice cervical
- ☞ la variete recouvrante : dans laquelle une partie plus ou moins importante du placenta se trouve a decouvert lors de la dilatation du col.

L'echographie obstetricale permet le diagnostic et precise la localisation placentaire.

Dans la variete non recouvrante, la rupture de la poche des eaux entraine en general l'arret immediat de l'hemorragie et permet au travail de se poursuivre jusqu'a dilatation complete.

Le cas du placenta central est particulier : il donne des hemorragies particulierement massives et brutales. De plus il recouvre entierement le col. Ce qui ne permet pas de rompre les membranes ni envisager un accouchement normal. La seule solution est donc la cesarienne d'extreme urgence sous couvert de transfusion massive.

III.5.4-L'hemorragie de la delivrance :

Les hemorragies de la delivrance sont une perte de sang ayant sa source dans la zone d'insertion du placenta survenant au moment de la delivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, anormales par leur abondance (plus de 500ml) et leur effet sur l'etat general.

Toutes ces causes d'hemorragies provoquent une spoliation sanguine avec des complications generales et hematologiques. La conduite a tenir est basee sur la

correction de la perte sanguine et le traitement de la cause. Ces parturientes doivent bénéficier des soins dans un centre obstétrico-chirurgical avec un service de réanimation.

III.6-L'UTERUS CICATRICIEL :

On peut définir l'utérus cicatriciel comme étant tout utérus porteur d'une plaie survenant pendant ou en dehors de la puerpéralité ayant intéressé la totalité de l'épaisseur des différentes couches de la paroi utérine, ayant été suturée ou non. Une grossesse sur un utérus cicatriciel indique un accouchement dans un centre obstétrico-chirurgical. Toute dystocie même mineure doit être traitée par voie haute. La révision utérine doit être systématique après un accouchement par voie basse.

Nous disons que la césarienne itérative systématique est souvent inutile quand la dystocie temporaire ou l'indication qui a conduit à la présente césarienne n'existe plus et que la cicatrice est solide. C'est l'exemple d'une femme dont le bassin est normal ayant subi une césarienne pour placenta praevia.

III.7-L'HYPERTENSION ARTERIELLE ET SES COMPLICATIONS :

III.7.1-LA TOXEMIE GRAVIDIQUE OU PRE ECLAMPSIE :

La société Internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle de la grossesse définit en 1986, l'hypertension de la femme enceinte comme une pression diastolique supérieure ou égale à 90mm de mercure.

En 1988 D.A.DAVEY et U. Mac GILLIVRAY proposent les définitions suivantes :

- L'hypertension se définit comme une pression diastolique une seule fois égale ou supérieure à 110mmHg ou une pression diastolique égale ou supérieure à 90mmHg deux mesures successives, distantes de plus de 4 heures.
- La protéinurie se définit comme un taux d'albumine une fois supérieure ou égale à 300g par 24 heures ou un taux d'albumine au moins égal à 1g/l à +++ au test à la bandelette sur deux échantillons d'urine testée à plus de 4 heures d'intervalle.

Merger et collaborateurs décrivent en 1989 que les œdèmes de la toxémie sont des œdèmes généralisés. Quelle que soit leur intensité, ils sont blancs ; mous et

indolents. Les œdèmes non apparents peuvent être mis en évidence par les pesées répétées obligatoires au cours des examens prénatals.

L'augmentation du poids dans le dernier trimestre de la grossesse ne doit pas dépasser 500g /semaine. La toxémie se caractérise par une augmentation brutale du poids. Cette triade de la toxémie n'est pas toujours au complet. Les formes mono symptomatiques peuvent exister. L'évolution peut être aggravée de redoutables complications paroxystiques : éclampsie, hématome rétro placentaire, hémorragie cérébro-méningée, insuffisance rénale et help syndrome qui associe : une coagulation intra vasculaire disséminée, une anémie hémolytique, un cytolysé et une insuffisance hépatique.

L'accouchement prématuré, l'hypotrophie et la mort in utero peuvent survenir chez le fœtus. Le traitement médical actuel de la toxémie gravidique consiste à :

- ☞ mettre la patiente au repos.
- ☞ donner du sulfate de magnésium ayant une triple action : action sur la fonction neuromusculaire, anti-œdème cérébral et bénéfique pour le flux utéro-placentaire.
- ☞ donner de la Dihydralazine : Nepressol pendant le travail car la pression artérielle augmente encore pendant le travail et la délivrance.
- ☞ hospitaliser la patiente en cas de complications.

III.7.2-L'ECLAMPSIE :

Complication de la toxémie gravidique, la crise éclamptique réalise un état convulsif généralisé survenant par accès à répétition suivie d'un état comateux pendant le dernier trimestre de la grossesse, le travail ou plus rarement des suites de couches.

Les crises éclamptiques n'ont pas entièrement disparues dans les pays industrialisés même si elles sont devenues depuis 20 ans beaucoup plus rares. Les femmes en meurent d'hémorragie cérébro-méningée, d'œdème aigu du poumon, d'arrêt cardio-respiratoire contemporain de la phase tonique de la crise, de troubles de l'hémostase, de nécrose corticale des reins, de complications de décubitus ou d'accidents iatrogènes liés au coma post-critique prolongé.

Le traitement de l'éclampsie comporte deux volets :

***Le traitement médical qui s'adresse à la mère vise à obtenir l'arrêt des convulsions par le diazépam et le sulfate de magnésium. On peut avoir recours à l'anesthésie générale par le penthotal en cas d'échec de ces traitements.

-- La réduction de l'hypertension artérielle et de l'œdème cérébral se fait par le sulfate de magnésium, la Dihydralazine ou la clonidine et les diurétiques.

***Le traitement obstétrical : consiste à l'évacuation utérine rapide du fœtus et du placenta, d'une manière générale on fait recours à la césarienne.

Cependant un tiers des éclampsies surviennent dans les suites de couches et près de la moitié des crises se répètent après l'extraction du fœtus et du placenta : J.MILLIEZ (13).

III.8-THERAPEUTIQUES OBSTETRIQUES :

III.8.1-La césarienne :

C'est l'opération qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale. Son indication a beaucoup évolué.

La pensée constante de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie. Ce fait ne doit pas conduire à l'abus. Le développement des explorations instrumentales devrait donner aux indications une base mieux assurée.

La césarienne segmentaire est la plus pratiquée :

Les principales indications sont :

- ✓ Les bassins généralement rétrécis
- ✓ Le placenta praevia hémorragique
- ✓ Les présentations dystociques
- ✓ L'éclampsie et la toxémie gravidique
- ✓ L'hématome rétro placentaire

Nous avons d'autres indications :

- ✓ La procidence du cordon
 - ✓ Disproportion foeto-pelvienne
- Gyneco-obstetrique, CHU du Point G

- ✓ L'excès du volume fœtal
- ✓ Utérus cicatriciel plus bassin limite
- ✓ Les bassins asymétriques
- ✓ La souffrance fœtale

III.8.2-Le Forceps :

C'est un instrument de préhension, de direction, de traction destiné à tenir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire des voies génitales maternelles.

Son utilisation est une opération qui nécessite une bonne indication et une bonne manipulation. Il sera indiqué essentiellement dans la souffrance fœtale et l'arrêt de la progression de la tête fœtale.

D'autres indications sont : BIP élevé supérieur à 9,5cm, l'état de fatigue maternelle. Son utilisation est rare à cause des traumatismes engendrés chez la mère et chez le fœtus.

III.8.3-Quelques manœuvres Obstétricales :

La manœuvre de MAURICEAU :

Elle est indiquée dans les dystocies par rétention de la tête dans l'excavation lors de l'accouchement du siège. Elle consiste à introduire l'index et le médus de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. On place le fœtus à cheval sur l'avant bras ; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet :

- Fléchir la tête
- Tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant abaisser la tête en amenant le sous occiput sous la symphyse.
- Fléchir lentement la tête pour dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé. La réussite de cette manœuvre dépend de la connaissance exacte de son exécution et tous les gestes doivent s'exécuter sans effort en sachant que toute force excessive entraînera des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo-bulbaire).

La manœuvre BRACHT :

Elle est indiquée pour prévenir les rétentions de la tête défléchie au niveau du détroit supérieur dans les présentations du siège. La technique est la suivante :

Dès qu'apparaissent les pointes de l'omoplate, le fœtus saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis amené vers le ventre de la mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

La grande extraction du Siège :

Les indications sont rares. La meilleure indication est l'extraction du 2^{ème} jumeau quand l'état du fœtus impose une terminaison rapide de l'accouchement. Elle peut être indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë au moment de l'expulsion. L'opération doit être pratiquée sous anesthésie générale et comprend plusieurs temps.

1^{er} Temps : C'est le temps d'abaissement d'un pied, s'il s'agit de siège complet, une main dans l'utérus saisi le pied le plus facilement accessible ou les 2 pieds et par traction douce l'amène à la vulve. Dans le siège décomplété il faut chercher le pieds jusqu'au fond de l'utérus.

2^{ème} Temps : L'accouchement du Siège.

Le genou étant à la vulve la cuisse est saisie par l'intermédiaire d'un champ de toile. Orienter s'il y a lieu le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin en imprimant au membre inférieur un mouvement de rotation. Puis tirer vers le bas, surtout si le pied saisi est le pied postérieur. Presque toujours, le fœtus tourne de lui-même le dos en avant. Suivre ce mouvement sans le contrarier. Au moment du dégagement ; orienter le bitrochantérien dans le diamètre antero postérieur du détroit inférieur. C'est le moment de choix de l'épisiotomie que l'on doit toujours pratiquer chez la primipare.

En tirant en bas on dégage la hanche postérieure. L'autre membre inférieur est alors dégagé.

3^{ème} Temps : Accouchement des épaules.

La traction se fait maintenant sur le bassin du fœtus, les 2 pouces de l'opérateur placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On peut alors orienter le bi-acromial sur le diamètre oblique du détroit supérieur. La

traction vers le bas permet d'engager puis de descendre les épaules. Le dégagement des épaules est fait suivant le diamètre antéropostérieur. Pour dégager le bras, l'opérateur place son pouce dans l'aisselle, l'index et le médius le long du bras parallèle à lui.

Celui-ci est progressivement abaissé en gardant le contact de la face antérieure du thorax fœtal. La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de la fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut.

On introduit la main dans le vagin, le pouce placé dans l'aisselle, le 2^{ème} et le 3^{ème} doigts le long du bras antérieur du fœtus. C'est au cours de l'accouchement de l'épaule que l'on rencontre une des complications principales de la grande extraction ; le relèvement du bras. On dégage d'abord le bras postérieur puis en tirant sur lui on l'enroule sur la face antérieure du thorax. Le bras antérieur devient postérieur et le bras peut être abaissé.

4^{ème} Temps : Accouchement de la tête dernière.

L'extraction de la tête dernière s'effectue habituellement par la manœuvre de Mauriceau, quelque fois avec application de forceps, l'expression abdominale est pendant ce temps particulièrement indiquée.

III.9.LES INFECTIONS AU COURS DE LA GROSSESSE :

III.9.1-Le PALUDISME :

En Afrique, malgré les grands efforts déployés dans le cadre de lutte contre le paludisme, cette affection est en recrudescence depuis plus de 10ans, entraînant une mortalité accrue des femmes en périodes gravido-puerpérales et des nouveau-nés.

En France le nombre de cas de paludisme importé augmente. Une Chimio prophylaxie correcte est donc indispensable (11).

- La grossesse aggrave le paludisme :

Les défenses immunitaires sont déprimées pendant la grossesse, d'autant plus que la grossesse est plus avancée et plus profondément chez les primipares que chez les multipares. La femme enceinte non soumise à la prophylaxie est donc

plus exposée aux accès palustres, aux anémies avec cachexie progressive et aux accès perniciose mortels que la femme non enceinte.

La grossesse favorise la survenue des complications graves de la maladie paludéenne : accès palustre avec albumine et hyperazotémie pouvant évoluer vers la néphrite chronique; accès palustre avec psychoses diverses, myocardites palustres, rupture de la rate paludéenne.

La grossesse est souvent à l'origine de la reviviscence schizogonique et entraîne le réveil du paludisme chez des femmes ayant quitté définitivement et depuis un temps plus ou moins long une zone d'endémicité pour une zone non impaludée.

- Le paludisme complique la grossesse : directement par l'infiltration placentaire et indirectement par l'anémie qu'il engendre, entraînant au début de la grossesse une accentuation des phénomènes d'intolérance "d'auto-intoxication" avec aggravation de tous les signes sympathiques de la grossesse, ensuite des avortements, des accouchements prématurés, des morts fœtales *in utero* et à la naissance d'enfants débiles et hypotrophiques présentant quelques fois une splénomégalie accompagnée d'hépatomégalie.

- Le paludisme peut compliquer l'accouchement (l'hémorragie de la délivrance aggrave une anémie préexistante) et les suites de couches (accès palustres, moindre résistance aux infections bactériennes).

Au cours du dernier trimestre, l'impaludation peut se solder par l'infestation du fœtus qui va naître avec un paludisme congénital.

Certains auteurs ont posé le problème de la stérilité d'origine paludéenne. Celle-ci semble s'observer en cas de cachexie palustre et se manifesterait par une aménorrhée liée à une absence d'ovulation par atteinte centrale hypophysaire : CORREA P. et Coll. (11)

Le traitement du paludisme : il est curatif et préventif.

Tout accès palustre chez la femme enceinte doit être traité énergiquement et rapidement car l'évolution est imprévisible et le passage trans-placentaire de l'hématozoaire est possible à tout moment avec infestation de l'œuf.

➤ **Le traitement curatif :**

- Le traitement médical : consiste à l'administration d'antipalustres : de sels de quinine, les dérivés phénoliques (quinimax).

- Le traitement obstétrical :

Au cours des deux premiers trimestres : on peut associer antipyrétiques, anti-émétiques, antispasmodiques ou Bêtamimétiques en cas de contractions utérines.

• Au cours du dernier trimestre :

- la femme n'est pas en travail : une surveillance par l'étude du rythme cardiaque fœtale s'impose. En cas de souffrance fœtale aiguë on pourrait décider une césarienne.

- la femme est en travail : celui-ci est en général accéléré par l'hyperthermie. L'apparition d'une souffrance fœtale pourrait être l'indication d'une extraction rapide par voie basse (forceps) ou d'une césarienne.

• Eviter toute excoriation cutanée sur le fœtus. Celle-ci pouvant servir de porte d'entrée pour le parasite.

• Eviter de traire le cordon lors de l'accouchement. Cela peut favoriser le passage de l'hématozoaire dans la circulation fœtale.

Le traitement préventif :

• Protection contre les piqûres de moustiques.

• Chimio prophylaxie : elle doit être efficace, bien conduite et non toxique pour la femme enceinte. Elle reste limitée par l'état gravidique aux amino-4-quinoléines.

- Sulfamides : sulfamethoxazole + pyriméthamine (SP) en 2 doses entre 12 à 32 SA selon les recommandations actuelles de l'OMS

- La vaccine-préventive : pose des problèmes techniques et méthodologiques nombreux dont certains sont à l'heure actuelle sur le point d'être résolus. Dans tous les cas, il est permis d'espérer que dans un avenir très proche, des populations entières en zones d'endémie et parmi elles, les femmes enceintes pourront bénéficier du génie protecteur du vaccin anti-palustre.

III.10-VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

Ce sont des manifestations émétisantes dues à la présence d'un œuf en évolution et pouvant se compliquer d'une dénutrition plus ou moins marquée dans les quatre premiers mois de la grossesse.

Ils sont de deux types :

- les vomissements gravidiques simples
- les vomissements gravidiques graves

Quant au second, ils succèdent très souvent aux vomissements simples et évoluent en deux phases :

II.10.1. Phase émétisante : ils seront plus abondants mais gardent le reste des signes de vomissements simples.

III.10.2. Phase de dénutrition : C'est une phase pendant la quelle des troubles métaboliques et une déshydratation, des troubles électrolytiques et une déshydratation importante s'est installée.

Les vomissements gravidiques graves ont un pronostic fâcheux en dehors d'une prise en charge appropriée. Ils peuvent entraîner par leur propre fait :

- ☞ atteinte hépatique;
- ☞ atteinte neurologique (démyélinisation entraînant des douleurs atroces);
- ☞ atteinte encéphalique (syndrome Korsakoff).

Leur traitement repose :

- ☞ isolement par hospitalisation systématique (chambre sombre, seule, loin du bruit);
- ☞ mise en confiance;
- ☞ sédatifs, calmants, tranquillisants, antiémétiques;
- ☞ réhydratation (Na Cl isotonique, glucosé isotonique);
- ☞ électrolytes (le potassium en particulier);
- ☞ poly vitaminothérapie (Vitamine C, complexe B1-B12).

III.11.ASPECTS PSYCHO-SOCIAUX DE L'ACCOUCHEMENT

III.11.1.ASPECTS PSYCHOLOGIQUES :

L'état psychologique d'une parturiente repose sur 2 éléments d'une part la peur de la douleur de l'accouchement et d'autre part l'immense joie de donner naissance à une vie, d'être une femme comme le souhaite notre société.

La période des suites de couches est surtout celles des psychoses.

L'accouchée récente peut subir des modifications mineures et transitoires décrites sous le nom (syndrome du 3eme jour). Celui-ci se caractérise par une asthénie, une labilité émotionnelle, une anxiété par rapport au nouveau-né, parfois une agressivité envers l'entourage, en particulier le conjoint. Ces troubles ne durent que quelques jours, ils s'accompagnent souvent de perturbations du sommeil, fréquentes enfin de grossesse (5).

La forme classique de psychose puerpérale se caractérise par une confusion mentale qui débute brutalement 12 à 15 jours après l'accouchement, parfois le premier jour et même autour du travail.

La confusion associant une désorientation temporo-spatiale et une bradypsychie s'accompagne d'un trouble d'identification des proches ; elle est variable dans son degré, allant de la simple obnubilation jusqu'à une torpeur profonde pouvant alors s'accompagner de catatonie. L'onirisme lui est presque toujours associé, fait de tableaux incohérent en général terrifiants. Cet état confuso-onirique peut aller de pair avec un état mélancolique anxieux ou un état d'excitation dit psycho maniaque en raison de l'incohérence du comportement. Tout cet élément existe sans signes infectieux.

L'évolution est diversifiée. Elle se fait au moins pour quelques semaines, soit vers un état dépressif mélancolique, soit vers un état d'excitation maniaque cohérent, soit vers une organisation délirante de type paranoïde.

Dans toutes les psychoses, mais surtout dans les formes mélancoliques on peut craindre la tentative de suicide et de l'infanticide.

L'évolution à distance en général aboutit à la guérison totale, plus ou moins lentement obtenue par les traitements psychiatriques.

Ceux-ci n'empêchent pas toujours les rechutes.

Dans l'ensemble, les délais de guérison qui varient de deux mois à un an, sont

influencés non seulement par le traitement, mais encore par le retour des couches, dont la signification est favorable à condition qu'il s'agisse des règles véritables, et non des saignements anormaux (5).

A l'inverse, les formes graves vont de pair avec le rétablissement de la menstruation. Plus rarement, au contraire, certaines rechutes prennent un caractère cataménial.

L'évolution vers la chronicité s'observe de moins en moins, puisque les traitements sont de plus en plus actifs.

Quand à la récidive aux grossesses ultérieures, elle dépend de la cause accidentelle ou permanente de la psychose.

L'intervention du psychiatre doit être rapidement demandée pour la mise en place d'un traitement. Celle-ci gagne à être appliqué en milieu psychiatrique d'autant plus que l'allaitement est contre indiqué et que l'enfant que l'on veut préserver d'un geste agressif doit être séparé de sa mère.

Quant au délire infectieux puerpéral qui compliquait parfois l'infection puerpérale, il évolue comme t-elle et guérit par les antibiotiques.

III.11.2.ASPECTS SOCIAUX DE L'ACCOUCHEMENT

Donner naissance à une vie, que ça soit dans la société africaine ou occidentale, est une marque d'expression de valeur (la société).

La joie d'être mère ou père, d'avoir un héritier donne une identité, une place dans la cité, la société ; et un sens d'existence.

L'inconnu précieux qui arrive est une apposition de la marque personnelle (tant pour la mère que pour le père) ; familiale car c'est l'héritier, la pérennité de la famille et de sa classe sociale.

Répondre à l'appel de la pérennité familiale est une exigence sociale et demeure Capitale ; tout doit être mis en œuvre pour l'accomplir ; sinon le fouet social de la stérilité se fait tolérer difficilement.

III.12 .APPORT D'UNE DEMARCHE ANTHROPOLOGIQUE

A LA PREVENTION ET A LA PRISE EN CHARGE

DES PATHOLOGIES MEDICALES

L'acte de soin, hors ses aspects strictement thérapeutiques, est aussi une pratique sociale. Des lors, des outils, provenant des sciences sociales, sont indispensables pour comprendre la demande d'un patient, entreprendre des actions de prévention, prendre en charge des malades et leur familles, assurer le suivi d'un traitement ou comprendre et améliorer le fonctionnement des services de santé (7).

Cependant, en ce domaine mieux comprendre ne signifie pas forcément pouvoir entreprendre des actions sanitaires.

En effet, chaque société correspond à une intrication complexe de vastes ensembles économiques, religieux, linguistique, historique, technique, etc. Il en découle qu'on ne peut espérer transformer simplement et rapidement des habitudes de pensée et d'action établies depuis des siècles.

La qualité d'une situation sanitaire correspond aux interactions entre soignants et populations et il importe de ne pas oublier que de nombreuses imperfections proviennent aussi de la qualité de l'offre sanitaire.

Plus que poser des questions à une parturientes, c'est plutôt nos parturientes qui se présentent ici comme une question. De ce fait, il ne s'agit pas pour le clinicien praticien de dénombrer des conduites mais de comprendre comment cette population donne sens à leurs actes (admission tardive).

L'on ne peut pas répondre à la place d'une population donnée mais on peut la caractériser par la spécificité de ses points de vue et intérêts contradictoires.

Après une réflexion linguistique nous avons pu harmoniser notre langage médical avec la langue vernaculaire (Bambara). Puis, après ajustement multiples entre les questions d'interrogatoire et les réponses de nos interlocuteurs, de petites causeries auprès de quelques femmes du village, la conduite à tenir semble complexe. Les actions préventives des complications obstétricales suite à l'admission tardive n'auront d'impact réel avec la

création d'un cadre d'accueil, de repos réconfortant la parturiente ; de souplesse dans la gestion de chaque cas comme un cas particulier (normes de conduites et valeurs sociales que les parturientes s'accordent) d'une part et à travers une bonne compréhension et l'adhésion de cette population au style et à la qualité des soins prodigués.

IV. MATERIELS ET METHODE

IV .1.CADRE D`ETUDE

Notre étude a eu lieu dans le service de gynéco obstétrique du CHU du Point G et le village point G.

- Historique du CHU point G :

La construction d'un établissement sanitaire comme l'Hôpital du point G est intervenue pour servir en quelque sorte de vitrine au système médical colonial. Des lors un détour par l'histoire de la médecine coloniale serait- elle nécessaire, pour mieux comprendre les spécificités que celle-ci présentait au soudan.

En soulageant les colonisés de leur maux, la médecine coloniale est censée incarnée les bienfaits de la civilisation : la conquête territoriale puis la conquête des corps.

A l'origine de la création de cet Hôpital, l'on trouve une administration coloniale centrale préoccupée par le besoin de se doter d'un système sanitaire pour prévenir et traiter les européens des épidémies et autres maladies infectieuses (la peste) qui sévissait alors au soudan.

Son institution en 1912 comme Hôpital militaire, intervient comme le premier acte dans la mise en œuvre d'une politique sanitaire qui prévoyait, outre l'Hôpital du point G, la construction à travers la ville de BAMAKO d'autres établissements sanitaires comme le dispensaire général de l'aide médical Indigène(AMI), l'institut central de la Lepère(ICL) et le Lazaret.

Le choix en hauteur du site tout comme la cité administrative située sur la colline voisine traduit la volonté de l'autorité coloniale d'organiser l'espace selon les critères d'hygiènes et sociaux. Le recrutement des subalternes selon des critères bien précis (plus habiles, plus propres,.....) pour des postes d'auxiliaires et des travaux de jardinage, du nettoyage des pavillons, brancardage, étaient logés dans trois bâtiments distants de l'hôpital dont naîtra l'actuel quartier du point G.

Ils étaient constitués de soudanais maliens, des Dahoméens (Béninois), des voltaïques (Burkina Faso) des Guinéés,....

La date de création du quartier a été consécutive à celle de l'hôpital en 1906, créé par Nianankoro Fofana, un des soldats indigènes qui travaillait à l'hôpital comme chirurgien auxillaire.

Le village comptait 12000 âmes en 1974 lors du 1^{er} recensement, y compris les malades hospitalisés, les médecins traitant, regroupait 3529 dont 1746 femmes d'après le dernier recensement de 1998.

IV.2–Description du CHU et du service de gynéco obstétrique du Point G

Centre à vocation hospitalo-universitaire, le CHU du Point G est situé au Nord-ouest de la ville de Bamako sur la colline à laquelle il a emprunté son nom.

Sa situation géographique rend son accès difficile pour la population alors qu'il abrite les plus grands services d'un hôpital de dernière référence.

Il comprend plusieurs services qui sont :

- un service des urgences
- un service de réanimation polyvalente
- un service de gynéco obstétrique
- un service de pneumo-phtisiologie
- un service de psychiatrie
- un service d'urologie
- un service de néphrologie
- un service de neurologie
- un service de radiologie
- un service de maladies contagieuses
- deux services de cardiologie (A et, B)
- deux services de chirurgie (A, B)
- cinq services de Médecine interne (A, B, C, D, E).

En plus de ces services il y a :

- un laboratoire d'analyse
- une pharmacie
- un service de maintenance
- un service administratif.

Unité mixte, le service de gynéco obstétrique est un centre de référence de troisième niveau qui reçoit plus particulièrement les urgences obstétricales évacuées de différentes localités du Mali et les affections gynécologiques courantes.

Le service de gynécologie obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

- 1970 Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
 - 1970-1972 Professeur Foucher (chirurgien français) ;
 - 1972-1975 Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
 - 1975-1978 Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
 - 1978-1983 Docteur Colomard (chirurgien français) ;
 - 1984-1985 Marc Jarraud (chirurgien français) ;
 - 1985-1986 Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;
 - 1987 Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
 - 1987-2001 Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
 - 2001-2003 Docteur Niani Mounkoro
 - 2003 à nos jours Docteur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien)
- qui a été en 1980 chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

Le Bâtiment en reconstruction comportait :

Au rez de chaussée :

Une salle d'accouchements avec deux tables d'accouchements

- Une salle d'attente avec un lit
- Une salle de garde des sages-femmes
- Une salle de garde des infirmières
- Une salle de garde des étudiants hospitaliers
- Une salle de consultation externe
- Plusieurs bureaux pour les médecins
- Une salle de consultation prénatale et de planning familial
- Deux salles d'hospitalisation comportant chacune 4 lits
- Deux toilettes.

A l'étage

- Une salle pour l'infirmier major
- Sept (7) salles d'hospitalisation avec 25 lits dont deux salles uniques avec un lit chacune
- Une salle de pansement
- Trois toilettes
- Une salle de garde pour les anesthésistes.

Le service est doté d'un bloc opératoire.

Le personnel du service de gynéco obstétrique se compose de 36 agents dont :

- 2 gynécologues obstétriciens
- 1 médecin généraliste
- 10 sages-femmes
- 3 techniciens supérieurs de santé dont deux au bloc
- 3 techniciens de santé
- 2 aides soignantes
- 7 GS (garçon de salle) dont 3 au bloc opératoire

Le personnel assure :

- trois jours de consultation externe par semaine
- quatre jours d'interventions chirurgicales par semaine
- une garde quotidienne assurée par une équipe comprenant :
 - =un médecin
 - =deux étudiants hospitaliers
 - =une sage-femme
 - =une aide soignante
 - =un technicien supérieur en anesthésie.
- deux jours de consultations prénatales
- une visite générale des malades tous les jours
- deux jours de planning familial
- un jour pour le dépistage du cancer du col.

La journée commence par le staff dirigé par le chef de service ou l'un de ses assistants. Il a pour but de discuter des dossiers des malades reçues pendant la garde. En effet le service de gynéco obstétrique du point G est actuellement en pleine restructuration pour faire face à sa mission.

En effet, en plus des activités de routines à savoir la prise en charge des
Gyneco-obstetrique, CHU du Point G

urgences gynéco obstétricales et des affections gynécologiques courantes souvent évacuées des structures du District et de l'intérieur du pays, les activités de 3^e référence programmées sont en voies de réalisation avec l'appui de la direction générale conformément à l'organigramme élaboré sous la direction du Dr Bouraima MAIGA chef de service.

Cet organigramme (voir organigramme) prévoit la mise en place

- d'une unité de procréation médicalement assistée (la FIVETE) en collaboration avec l'INSRP

- d'une unité de coelochirurgie

- d'une unité d'oncologie gynécologique.

NB : Le service assure la coordination de la formation des agents socio sanitaires du Nord du Mali : il s'agit de la prise en charge de la formation de deux (2) équipes chirurgicales par cercle dans le cadre du programme santé maternelle Nord-sud.

Ci-dessous l'organigramme du service

IV.3-TYPE D'ETUDE

C'est une étude descriptive transversale,

IV.3.1-PERIODE D'ETUDE

L'étude s'est étendue du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2006, soit deux (2)ans.

IV.3.2- POPULATION D'ETUDE :

L'étude porte sur 100 dossiers d'accouchement et; 300 fiches d'interrogatoire sur les 1746 femmes.

IV.3.3: CRITERES D'INCLUSION

Toutes les parturientes qui arrivent au service et habitant le village du point G.

Toute femme ayant déjà accouché habitant le village du Point G.

Toute femme consentante à l'étude.

IV.3.4:CRITERES DE NON INCLUSION

Toute femme qui n'a jamais accouché

Toute femme non consentante à l'étude

IV.4: ECHANTILLONAGE

IV.4.1 METHODES ET TECHNIQUES

Chaque participante à été interrogée individuellement dans le village de façon inopinée avec des questions à réponse ouverte, pas de pré réponses aux différentes questions.

IV.4.2.TAILLE DE L'ECHANTILLON

L'échantillon représente le 1/5eme de la population féminine du Village du point G.

IV.5. LES VARIABLES ETUDIES

L'âge, ethnie, l'activité économique, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, le vécu de l'accouchement ou l'expérience paritaire, le moment de choix de consultation au cours du travail, la dilatation cervicale et le diagnostic à l'admission, le mode de prise en charge, la préférence d'accouchement assisté ou à domicile avec les motifs du choix, le motif du retard à la consultation le souvenir de la maternité,

IV.5.1 Définitions opérationnelles de quelques variables

L'âge : il s'agit de l'age en année des parturientes et des femmes interrogées dans le village

L'activité économique : s'intéresse dans cette étude à la source de revenue principale de la participante.

Le vécu de l'accouchement et/ou souvenir de la maternité : c'est l'histoire vécue ou l'expérience acquise par la participante au cours de ses accouchements antérieurs.

La dilatation cervicale : donne les coordonnées de la phase du travail d'accouchement sur le partogramme à l'admission.

Le diagnostic d'admission : évaluation de l'état des parturientes, l'évolution du travail d'accouchement et les éventuelles complications

Le motif du retard à la consultation : la ou les raisons pouvant obliger la parturiente à s'attarder pour la consultation obstétricale.

IV.6. SUPPORTS TECHNIQUES DE GESTION DES DONNEES

Les partogrammes

Le registre des accouchements

Les fiches d'enquête

Les fiches d'interrogatoire

IV.7.LE DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Chaque parturiente répondant aux critères d'inclusion a été soumise à l'interrogatoire juste après l'examen clinique si elle permettait ou au cours du post partum immédiat voire au cours de l'hospitalisation.

L'enquête a été menée dans le village en sondage itinérant de porte en porte, Elle s'étendait de 09h du matin à 17H du Lundi au Samedi sauf le Dimanche.

L'enquête a été menée de ménages en ménages.

Le questionnaire est soumis de façon individuelle dans chaque ménage à toutes les femmes ; chaque femme est interrogée isolément, même les coépouses.

IV.8.Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel spss 12.0

IV.9. Les Aspects éthiques :

L'étude a été possible grâce au consentement éclairé qui consistait à une explication détaillée du but de l'étude, l'explication des différentes questions auxquelles elle serait soumise ; sur l'adhésion volontaire, la confidentialité et l'anonymat des réponses ; des données qui seront exclusivement utilisées pour les besoins de la présente enquête CAP qui est le recours tardif aux soins des parturientes.

V. RESULTATS :

Répartition des parturientes par tranches d'âge

Tableau I : Répartition des parturientes par tranche d'âge (en année)

Age	Effectifs	%
14....19	30	30
20....25	33	33
26.....30	24	24
31....35	6	6
36.... 40	7	7
Total	100	100

33% des parturientes avaient un âge compris entre 20—25 ans. La moyenne de la tranche d'âge est de 27 ans.

Répartition selon l'ethnie des parturientes

Tableau II : Répartition selon l'ethnie des parturientes

Ethnie des parturientes	Effectifs	%
<i>Bambara</i>	47	47
<i>Peulh</i>	14	14,0
<i>Dogon</i>	13	13,0
<i>Sonrhai</i>	8	8
<i>Sénoufo</i>	1	1,0
<i>Miniaka</i>	1	1,0
<i>Bobo</i>	2	2,0
<i>Kassonké</i>	1	1,0
<i>Sarakolé</i>	3	3,0
<i>Bozo</i>	1	1,0
<i>Malinké</i>	8	8
<i>Bamileké(cameroun)</i>	1	1
Total	100	100

Les parturientes d'ethnie bambaras étaient **47%**

Répartition selon l'activité économique des parturientes

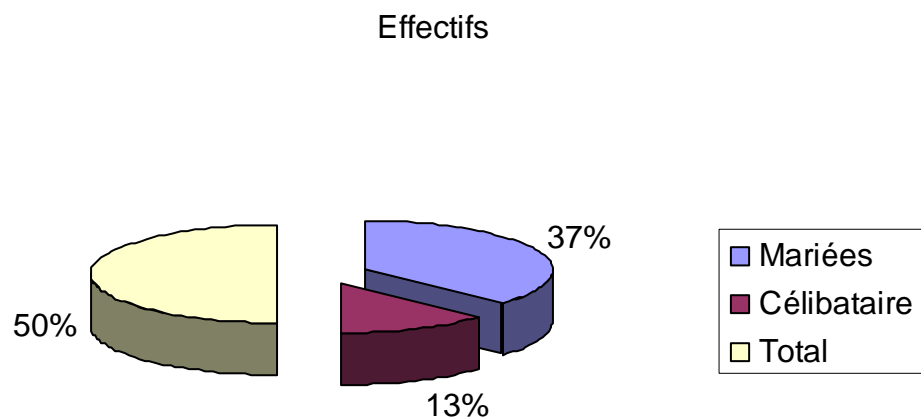
Tableau III : Répartition selon l'activité économique des parturientes

Activité économique	Effectifs	%
<i>Ménagère</i>	68	68
<i>Commerçante</i>	6	6
<i>Fonctionnaire</i>	1	1
<i>Elèves, étudiante</i>	25	25
Total	100	100

Les parturientes de profession ménagères étaient de **68%**

Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Graphique I : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial



Les parturientes célibataires étaient de **26%**

Répartition selon niveau d'instruction des parturientes recensées

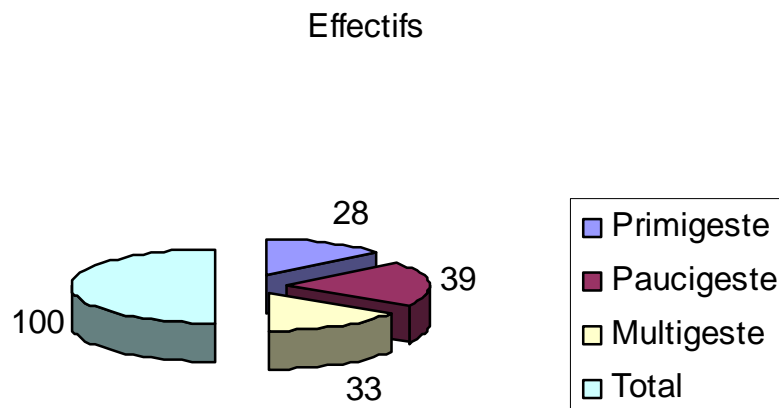
Tableau IV : Répartition selon niveau d'instruction des parturientes recensées

Niveau d'instruction	Effectifs	%
<i>Ecole primaire</i>	22	22
<i>Ecole secondaire</i>	14	14
<i>Ecole supérieure</i>	6	6
<i>Alphabétisée en langue locale</i>	3	3
<i>Non scolarisée</i>	55	55
Total	100	100

Les parturientes non scolarisées étaient de **55%**

Répartition selon le nombre de grossesse des parturientes recensées

Graphique II : Répartition selon le nombre de grossesse des parturientes recensées



Les paucigestes occupaient **39%** des parturientes

Répartition des parturientes selon le lieu de préférence de CPN

Tableau V : Répartition des parturientes selon le lieu de préférence de CPN

<i>Lieu de préférence</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
<i>CSCOM</i>	28	28
<i>CSREF</i>	5	5
<i>HOPITAL</i>	67	67
<i>Total</i>	100	100

Les parturientes ayant effectué leur CPN à l'hôpital étaient de **67%**

Répartition des parturientes selon la réalisation de groupage rhésus au cours de CPN et par tranche d'âge

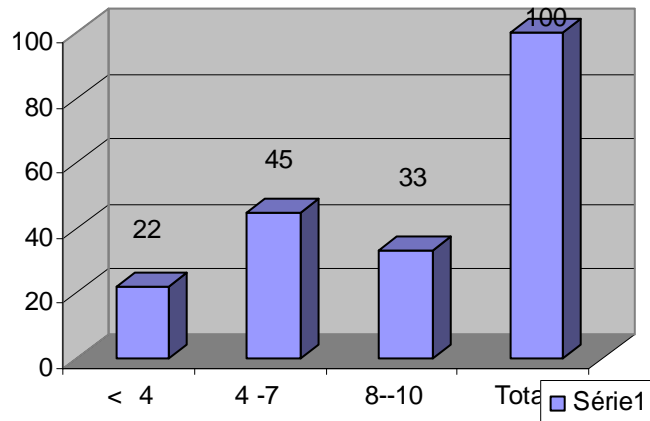
Tableau VI : Répartition des parturientes selon la réalisation de groupage rhésus au cours de CPN et par tranche d'âge (en année).

<i>Age</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>en urgence</i>	<i>total</i>
<i>14.... 19</i>	18	2	8	28
<i>20....25</i>	26	2	6	34
<i>26... 30</i>	19	3	2	24
<i>31... 35</i>	6	0	0	6
<i>36... 40</i>	4	2	2	8
<i>total</i>	73	9	18	100

Les parturientes qui ne disposaient pas de leurs groupages Rhésus étaient de **18%**

Répartition des parturientes selon la dilatation du col de l'utérus à l'admission

Graphique III : Répartition des parturientes selon la dilatation du col de l'utérus en centimètre



Les parturientes qui venaient consulter à la phase active étaient de **78%**

Repartiton des parturientes selon le diagnostic à l'admission

Tableau VII: Repartiton des parturientes selon le diagnostic à l'admission

Diagnostic d'admission	Effectifs	%
<i>Travail en cours</i>	62	62
<i>Souffrance foetale aiguë</i>	4	4
<i>BGR</i>	3	3
<i>Syndrome de pré rupture</i>	1	1
<i>Bassin limite</i>	4	4
<i>Dilatation Stationnaire</i>	6	6
<i>Menace d'accouchement prématuré</i>	1	1
<i>placenta prævia</i>	1	1
<i>Rupture prématurée des membranes</i>	1	1
<i>Procidence du cordon</i>	1	1
<i>Eclampsie</i>	2	2
<i>Pré éclampsie severe</i>	7	7
<i>Disproportion foeto pelvienne</i>	2	2
<i>Mento- sacrée</i>	1	1
<i>Pneumopathie sur grossesse</i>	1	1
<i>Accouchement à domicile</i>	1	1
<i>placenta acre ta</i>	1	1
<i>HRP</i>	1	1
Total	100	100

Il a été enregistré **62%** des admis en cours de travail d'accouchement.

Répartition des parturientes selon le mode de prise en charge

Tableau VIII: Répartition des parturientes selon le mode de prise en charge en fonction de la tranche d'âge (en année)

CAT Age	<i>Accht. normal</i>	<i>Forceps</i>	<i>Césarienne d'urgence</i>	<i>Hysteror- raphie</i>	<i>Césarienne prophylactique</i>	<i>Total</i>
14...19	20	0	10	0	0	30
20...25	20	2	10	0	1	33
26...30	18	1	4	1	0	24
31...35	5	0	1	0	0	6
36...40	5	0	2	0	0	7
Totaux	68	3	27	1	1	100

La césarienne d'urgence a été pratiquée chez **27 %** des parturientes; **3%** d'accouchement par forceps.

Appréciation de l'Apgar des nouveaux nés

Tableau IX : Appréciation de l'Apgar

APGAR	Effectifs	%
0.....1	2	2
2.....4	3	3
5.....7	11	11
8.....10	84	84
Total	100	100

Parmi les nouveaux nés: **2%** étaient des mort nés ; **3%** étaient en état de mort apparente et **11%** de souffrance fœtale.

Répartition des femmes interrogées dans le village par tranche d'âge

Tableau X: Répartition des femmes interrogées par tranche d'âge (en année)

Age des femmes interrogées	Effectifs	%
14....19	34	11,3
20....25	94	31,3
26....30	54	18
31....35	45	15
36....40	27	9
41....45	12	4
45....50	20	6,67
51....60	13	4,3
>60 ans	1	0,3
Total	300	100

Les femmes interrogées ayant la tranche d'âge **20--25 ans** étaient de **31,3%**

La moyenne d'âge est de 37 ans

Répartition selon l'activité économique des femmes interrogées

Tableau XI : Répartition selon l'activité économique des femmes interrogées

La profession	Effectifs	%
<i>Ménagère</i>	203	67,7
<i>Commerçante</i>	43	14,3
<i>Agriculture</i>	1	0,3
<i>Fonctionnaire</i>	2	0,7
<i>élèves, étudiantes</i>	33	11
<i>Autres : coiffeuse,....</i>	18	6
Total	300	100

Les ménagères étaient de **67,7%** des femmes interrogées

Répartition selon la situation matrimoniale de femmes interrogées

Tableau XII : Répartition selon la situation matrimoniale de femmes interrogées

Statut matrimonial	Effectifs	%
<i>Mariées</i>	224	74,7
<i>Célibataires</i>	76	25,3
Total	300	100

Les femmes célibataires occupaient **25,3%** des interrogées.

Répartition par ethnies des femmes interrogées

Tableau XIII: Répartition par ethnies des femmes interrogées

Ethnies des femmes	Effectifs	%
<i>Bamana</i>	132	44
<i>Peulh</i>	45	15
<i>Dogon</i>	49	16,3
<i>Sonrhai</i>	16	5,3
<i>Sénoufo</i>	3	1
<i>Miniaka</i>	19	6,3
<i>Bobo</i>	4	1,3
<i>Kassonké</i>	1	0,3
<i>Sarakolé</i>	8	2,7
<i>Bozo</i>	4	1,3
<i>Mossi</i>	10	3,3
<i>Malinké</i>	9	3
Total	300	100

L'ethnie bambara est majoritaire avec **44%**

Répartition selon niveau d'instruction des femmes interrogées

Tableau XIV: Répartition selon niveau d'instruction des femmes interrogées

<i>Niveau d'instruction</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
<i>école coranique</i>	28	9,3
<i>école primaire</i>	115	38,3
<i>école secondaire</i>	36	12
<i>école supérieure</i>	10	3,3
<i>non scolarisées</i>	111	37
Total	300	100

Les femmes interrogées ayant le niveau de l'école primaire représentaient **38,3%**

Répartition selon la parité des femmes interrogées

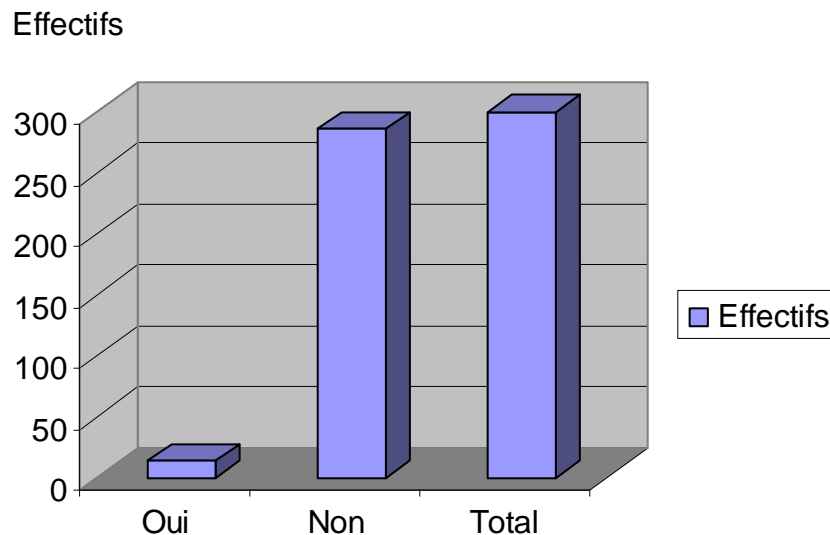
Tableau XV : Répartition selon la parité des femmes interrogées

<i>Parité</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
Primipare	102	34
<i>Paucipare</i>	85	28,3
<i>Multipare</i>	86	28,7
<i>Grande multipare</i>	27	9
<i>Total</i>	300	100

Les femmes interrogées ayant beaucoup d'expériences paritaires étaient de **66%**

Répartition selon le nombre d'accouchement à domiciles recensés

Graphique IV: Répartition selon le nombre d'accouchement à domiciles recensés



Les femmes interrogées ayant au moins un antécédent d'accouchement à domicile étaient au nombre de 14, soient **4,7%**.

Le discours de **A. D.** 53 ans illustre ce graphique : « J'ai accouché mes 8 (huit) grossesses tranquillement à la maison. Ce sont celles qui sont incapables d'accoucher d'elles même qui se rendent à l'hôpital. »

Répartition selon la connaissance de la nécessité de la C P N

Tableau XVI : Répartition selon la connaissance de la nécessité de la C P N

<i>Nécessite de la CPN</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
<i>Oui</i>	292	97,3
<i>Non</i>	8	2,7
<i>Total</i>	300	100

La nécessité de la CPN est méconnue par **2,7%**
Gyneco-obstetrique, CHU du Point G

En guise d'illustration, parmi les **2.7%** qui **ignorent** cette nécessité de CPN figure **F. C. 41ans** :

« Les vieilles nous ont toujours avertis que les enfants nés à l'hôpital après des séries de CPN et de prises de médicament sont toujours moins vaillants, moins forts et toujours maladifs par rapport aux enfants nés en brousse ou en campagne »

F. C. a 5 enfants : le 1^{er} et le 3^{ème} nés en campagne s'occupent entièrement de toute la famille tandis que le 2^{ème}, le 4^{ème} sont nés à l'hôpital du Point G, d'éternels maladifs mêmes incapables de tenir à l'école selon elle et de même le 5^{ème} rabougris et hypersialorrhéique, pas loin de malade mentale.

Agée de **32 ans D. D.** 4 (quatre) parité « Je faisais mes CPN à chacune des mes 3 grossesses mais ça n'a jamais pu faire changer la façon d'accoucher dès lors j'ai arrêté. »

Répartition des femmes interrogées selon la source de motivation à la C.P.N

Tableau XVII : Répartition des femmes interrogées selon la source de motivation à la C.P.N

Motivation à la CPN	Effectifs	%
Sage femme	182	60,7
Les médecins	70	23,3
Les medias	9	3
Les parents	31	10,3
Les voisins	8	2,7
Total	300	100

Les sages femmes informent plus les gestantes avec **60,7%**
Elles sont en contact permanent avec les gestantes, et sont responsables de l'unité C.P.N.

Répartition des femmes interrogées selon le nombre de CPN obligatoire

Tableau XVIII: Répartition des femmes interrogées selon le nombre de CPN obligatoire

Nbre de CPN	<i>Effectifs</i>	%
2	35	11,7
3	91	30,3
4	110	36,7
5	37	12,3
6	8	2,7
>6	10	3,3
ignorantes	9	3
Total	300	100

Le nombre de CPN obligatoire est méconnu par **3 %**

Répartition des femmes interrogées selon les motifs de recours tardif

Tableau XIX: Répartition des femmes interrogées selon les motifs de recours tardif

les motifs de recours tardif	Effectifs	%
Motif économique	75	25
Le mari est absent	14	4,7
Motifs liés à l'environnement médical (peur de la césarienne,...)	109	36,3
Il est fatigant et même embêtant de rester longtemps à l'hôpital	14	4,7
L'accouchement dure longtemps donc il faut attendre pour aller juste accoucher	6	2
Les sage femmes diront de se retourner quand c'est pas avancé	2	0,7
Il faut chercher une vieille femme pour se faire accompagner	6	2
Attendre et puis accoucher juste à l'arrivée pour montrer qu'on est la femme qu'il faut !	4	1,3
Je déteste me coucher longtemps sur la petite table d'accouchement	6	2
Il n'y a pas un lieu de repos quand tu pars pour accoucher	5	1,7
Rester nue l'une à côté de l'autre à la vue des gens (promiscuité)	32	10,7
Ignore la nécessité de consulter tôt	27	9
Total	300	100

Les motifs liés à l'environnement médical occupent **36,3%**, suivies des raisons économiques avec **25%**.

Les raisons liées à l'environnement médical sont diverses et variées témoignées ici par des récits des femmes interrogées :

D. 35 ans : « Je déteste accoucher à l'hôpital, c'est malgré moi ; rester sur le dos sur la petite table pendant des heures alors qu'à la maison tu peux même te mettre à genoux »

« Je n'irai jamais très tôt pour accoucher on va t'opérer inutilement. C'est le cas de ma cousine qui se dit étudiante, aussitôt qu'elle arriva, ils l'ont attrapé pour l'opérer, pourtant elle pouvait accoucher » nous confia **A. 29 ans**

Y. D. 36 ans « si tu arrive tôt ils vont te manipuler, manipuler mettre leur doigt tour à tour dans ton sexe et par finir te faire du sérum »

F. 28ans, « On est pas obligé d'accoucher aussi rapidement en fonction de votre papier que vous regardez tout le temps, l'accouchement peut durer sans qu'il y ait de problème »

B. T. 53 ans : « Il y a moins de femmes opérées en campagne ou en brousse par suite d'accouchement mais en ville les Docteurs sont trop pressés »

A. F. 42 ans : « Je dis chaque fois à mes filles de ne pas se presser, l'hôpital n'est pas loin; en quelques minutes on est à la maternité »

B. M. 23 ans : « Plus vous partez tôt, vous restez nues l'une à cote de l'autre à la vue des jeunes et cela longtemps »

« On ne manipule pas les gens au village ou en brousse comme vous le faites en salle d'accouchement »

A côté de ces raisons médicales, les raisons socio –culturelles sont non moins importantes :

F. S. 53ans « Souvent la vieille qui doit faire des incantations avant le départ à l'hôpital n'est pas disponible, donc ça fait retarder le départ dès fois car l'accouchement n'est qu'affaire de femmes selon notre tradition »

Y. B. 28 ans laisse savoir : « Supporter longtemps la douleur de l'enfantement avant de se rendre à l'hôpital est un signe de bravoure et celles qui crient à la 1ere minute sont traitées de poltrons par la belle famille ».

B. S. 35 ans « Chaque fois que le travail commence, j'attends le bon moment ; les douleurs deviennent insupportables j'y vais pour accoucher tranquillement puis je me retourne ; tout le monde est content et on me respecte bien en famille .C'est ça la vraie femme chez nous. »

« Si tu vois qu, il y a eu de problèmes au cours de l'accouchement, c'est qu'elle s'est couchée avec son mari au moment de la grossesse.

Répartition des femmes interrogées selon le moment de demande d'aide à l'accouchement

Tableau : XX: Répartition des femmes interrogées selon le moment de demande d'aide à l'accouchement

<i>Moment d'aide a l'accouchement</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
Au debut du travail	141	47
Quand l'accouchement est imminent	157	52,3
Elle ne connaît pas	2	0,7
Total	300	100

L'aide à l'accouchement ou la consultation s'avère imminent chez **52,3%** des femmes interrogées.

Répartition des femmes interrogées selon les préférences de types d'accouchement

Tableau XXI: Répartition selon les préférences de types d'accouchement

<i>Accouchement</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
<i>Assistance médicale</i>	294	98
<i>Traditionnelle</i>	6	2
<i>Total</i>	300	100

Parmi les femmes interrogées, **2%** préfèrent l'accouchement traditionnel

Répartition des femmes interrogées selon les raisons de ces préférences

Tableau XXII : Répartition des femmes interrogées selon les raisons de ces préférences

<i>Les raisons de préférence</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
Les médecins connaissent mieux que les accoucheuses traditionnelles	108	36
Sécurité de la mère et de l'enfant	178	59,3
Pour l'acte de naissance	8	2,7
On accouche en position assise que couchée à la maison	6	2
Total	300	100

Parmi les femmes interrogées **59,3%** préfèrent accouchés à l'hôpital pour la sécurité de la mère et de l'enfant.

Répartition des femmes interrogées selon leur Connaissance sur les inconvénients de l'admission tardive

Tableau XXIII : Répartition des femmes interrogées selon leur Connaissance sur les inconvénients de l'admission tardive

<i>Inconvénients d'admission tardive</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
Hémorragie de la délivrance	48	16
Mort maternelle ou fœtale	80	26,7
Traumatisme ou lésion chez la mère ou l'enfant	76	25,33
Elles ignorent les risques	53	17,67
Aucun	1	0,33
Assez de complications peuvent survenir	33	11
Tétanos	9	3
Total	300	100

Un nombre considérable des interrogées (**17,67%**) ignorent les risques liés au recours tardif aux soins.

Répartition selon le souvenir de la maternité des femmes interrogées

Tableau XXIV: Répartition des femmes interrogées selon le souvenir de la maternité

<i>Souvenir de la maternité /+suggestions</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
Bon	80	26,7
Mauvais	6	2
Aucun souvenir	48	16
Les sages femmes parlent mal aux parturientes	29	9,67
Il faut un bon accueil	32	10,7
Préfèrent accouchées avec des agents de santé de sexe masculin	18	6
Il faut séparer les tables d'accouchement	7	2,33
Plaisir d'accouchement	36	12
Trop de dépenses	4	1,33
Les G.S quand ils te voient nues se moquent de toi en dehors de l'hôpital	23	7,6
Ça me fait peur	17	5,67
Total	300	100

Un bon souvenir de la maternité a été défendu par **26,7%** des femmes interrogées.

Les déclarations suivantes témoignent du vécu de la maternité par quelques femmes interrogées:

S.D. 36 ans : « Pourquoi vos tables d'accouchement sont si petites, vous l'avez fait exprès pour torturer les gens. »

A. T. 26 ans « J'ai été manipulé par un jeune homme qui a mit toute sa main en moi et ça m'a fait très mal. Il y a trop de **petits docteurs** chez vous en plus.»
« Dòkòtòrò fitiniw ka tcha aw ka yòrò là »

« Les garçons de surface quand ils te voient toute nue dans la salle d'accouchement ou au bloc opératoire, se moquent de toi en dehors même de l'hôpital »

« Dites à vos sages femmes que l'acte sexuel est normal et naturel et la douleur de l'accouchement l'est aussi donc qu'elles arrêtent de nous parler mal si l'on crie au moment de l'accouchement » **F. S. 30ans**

M. D.32 ans « Quand on part chez vous, vous mettez vos doigts dedans comme si on aura plus besoin de ça après. »

VI.3.Perception sociale de la grossesse :

Quelques extraits

Elle est perçue selon l'entendement personnel ou collectif comme :

« Une femme enceinte est un signe de virilité pour l'homme, et une fierté chez nous » **Y. S. 52 ans**

« Le tombeau d'une femme en état de grossesse est ouvert, les hommes l'ignorent totalement » **S. K. 35 ans**

« Je suis inquiète chaque fois que je tombe en état de grossesse, et cela jusqu'à ce que j'accouche » **A. K 32 ans** commerçante

« La grossesse est une richesse parce que même avec l'argent on ne peut pas l'avoir » **M. T.39 ans**

« Si réellement tu es un homme fort tu dois avoir beaucoup de femmes et d'enfants » **S. D. 68 ans** ancien soldat français

« Vous le savez autant que moi qu'on ne mari pas une femme juste qu'elle prépare à manger. L'homme doit la travailler la nuit comme il se doit puis la grossesse s'en suivra. » **M. F. 32 ans** marié à 2 femmes avec 7 enfants vivants.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Le recours tardif aux soins (1er type de retard), consistant à retarder la prise de décision de consultation obstétricale par une parturiente pour des raisons socio culturelles ou seulement personnelles.

Comme tout sujet touchant la sexualité féminine socialement, le recours tardif aux soins obstétricaux n'alimente pas de discussions en toute aisance.

L'étude avait pour objectif d'apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des parturientes et femmes ayant l'expérience paritaire face à la grossesse et l'accouchement.

Le choix d'une étude descriptive et transversale a permis de réaliser au niveau du Service de gynéco obstétrique C HU Point G la présente étude.

L'implication directe du personnel du service de gynéco obstétrique a motivé la recherche des facteurs pouvant expliquer ces recours tardifs aux soins.

La méthodologie était surtout basée sur l'interrogatoire des parturientes au service et des femmes ayant l'expérience paritaire. N'ont été prise en compte celles ayant manifesté explicitement leur consentement à l'étude qui a durée 2 ans.

L'enquête a porté sur 100 dossiers des parturientes s'étant présentées au service et 300 fiches d'interrogatoire qui ont été soumise aux femmes ayant l'expérience paritaire dans le village du point G.

Toutes les participantes à l'étude viennent de ce village situé à peine à 200 mètres de l'hôpital. Cela démontre que ces recours tardifs aux soins ne sont pas liés à la situation géographique du service(une difficulté d'accès) ou ni l'inexistence de moyens de transport

Les résultats obtenus permettent d'affirmer l'atteinte de nos objectifs qui sont entre autres :

Le Graphique III montre bien que 78% des parturientes ne viennent qu'à la

phase active, cela pourrait s'expliquer par le fait que 52,3 % [Tableau XX] des femmes interrogées ne se décident de consulter que si l'accouchement s'avérait imminent.

1. Niveau socioprofessionnel :

Les femmes de cette enquête avaient un âge compris entre 14 et 60 ans avec une moyenne de 37 ans. Ce qui veut dire que même celles en ménopause étaient concernées par cette étude car elles sont les conseillères, les guides, très souvent elles se mettent au devant de la parturiente.

Il existe un taux élevé de mères célibataires dans le village du Point G, **26%** des parturientes [Graphique I] et **16,7%** des femmes interrogées [Tableau XII]. Elles sont pour la plupart dans leur familles paternelle, rarement toute seule. Leur décision de consultation est en partie celle de la mère ou de la sœur. L'absence du conjoint y est imputable à 4,7%.

L'ethnie bambara est majoritaire dans notre étude avec 47% [Tableau II], 44% [Tableau XIII], suivie des Dogon à 16,3%, les peulhs à 15%, traduisent la coloration ethnique de ce village. Comme dans toutes les traditions surtout africaine selon la vieille F.K de 43 ans et instutrice, l'accouchement en milieu Bambara obéit à certaines lois et principes jugés naturels ou social dans le processus de l'accouchement : incantations et invocation des esprits, l'onction à l'aide d'huile spéciale, le bracelet ou ruban magique qui doit rendre l'accouchement toujours eutocique, et la présence obligatoire du plus âgée (sexe féminin) pour accueillir et accepter le nouveau venant au sein de la famille, etc. Cette étape devient de plus en plus brève selon F.K, représente 2% dans cette étude.

L'étude ne démontre pas que la profession ménagère 67,7% [Tableau IV] et [Tableau XI] 68% constitue un facteurs de ces recours tardifs aux soins.

L'analphabétisme constitue un frein à tout système de développement

sanitaire, avec 55% des parturientes reçues au service et 37% des interrogées étaient non scolarisées.

2. Caractéristiques obstétricales :

Les femmes ayant l'expérience paritaire étaient de 66%. [Tableau XV]

Parmi les femmes interrogées **2,7% ignorent** la nécessité de consulter au cours de la grossesse ; **4,7%** ont un antécédent d'accouchement à domicile ; **2%** préfèrent l'accouchement traditionnel et **17,67%** ignorent les risques liés aux recours tardif aux soins et d'autres manifestent leur refus pour une des raisons

ici citée : que la grossesse est un acte naturel et n'a besoin d'aucune intervention médicale, et elles n'apprécient pas assez bien les contraintes liées à l'accouchement dans une structure sanitaire.

Ce 1er type de retard se rencontre même dans les pays développés tel que la France où chaque année environ : 10 à 25 % des grossesses ne sont déclarées qu'au 2eme trimestre, 5 à 10 % sont totalement méconnues jusqu'à l'accouchement, 20 à 30% sont très mal suivies. En 1989 ; 33,4% des 190079 naissances aux Pays -Bas ont eu lieu à domicile. Environ 60 sages femmes et médecins généralistes ont pratiqué l'accouchement à domicile en France en 2006[9].

Il ressort de cette étude que, les voisins, les parents, les medias constituent une source potentielle de sensibilisation et de motivation à la CPN avec 49,6%.

Le bilan sanguin a été jugé coûteux de la part des interrogées, 18% des parturientes ne disposaient pas de leur groupage sanguin et de détermination Rhésus [Tableau VI]

A l'admission 62% des parturientes étaient en cours de travail, 68% ont accouché normalement et; la césarienne a été pratiquée chez **27%**.

A la naissance **2%** de mort-nés; **3%** étaient en état de mort apparente décédées dans les 5 minutes suivant l'accouchement ; **ce qui est considérable**, et **11%** de souffrance fœtale qui ont nécessité une réanimation.

3. Les Motifs de recours tardifs aux soins au service :

Le constat à travers leurs propos et leurs récits démontre qu'une grande majorité des parturientes **36,3%** [Tableau XIX] manifestent un recours tardif au service pour des raisons directement liées à l'environnement médical

surtout la peur de subir une césarienne (27% de césarienne dans cette étude)[Tableau VIII] .

Ce résultat s'aligne dans le même ordre de l'idée faite sur la césarienne en 1989 en France, **Béatrice J.** [1], sur 100 000 césariennes 7/10 étaient jugées inutiles et classées comme chirurgie rituelle.

De même l'inadéquation de l'accueil, l'absence d'un cadre de repos pour le réconfort 1,7%, la contiguïté directe des tables d'accouchement 10,7% qui ont par ailleurs de petites dimensions 2%, l'unique position d'accouchement (le décubitus dorsal), la pudeur à cause du jeune âge du personnel opérant, très souvent l'absence de souplesse verbale de la part de certaines sages femmes ; des fois le surnombre du personnel dans la salle d'accouchement ; des garçons de salle totalement inconscients de l'éthique médicale s'adonnant à des commentaires sur la nudité des parturientes même en dehors de la structure hospitalière ; constituent ce petit frein.

Il ressort de cette étude que les coutumes, les préliminaires de procédures traditionnelles de l'accouchement ne sont pas des facteurs qui influencent de façon perceptible dans l'ensemble (2% dans cette étude) sur ce 1er type de retard à l'accouchement au service.

Contrairement à l'idée admise depuis, le manque de moyens économiques toujours considérés comme facteurs déterminants de non fréquentation des services de santé viennent au 2eme rang dans cette étude avec 25% des femmes interrogées [Tableau XIX], ce résultat s'oriente dans le même sens

qu'une étude effectuée en 2004 dans 4 pays (Mali, Burkina Faso, Sénégal, Niger) par **M. Audibert et E. de Roodenbeki et all.** [16] sur les causes du taux faible d'utilisation des services de santé par les populations qui était de 0,10 à 0,30/contact/personne/an pour des raisons liées aux structures de santé.

Ces facteurs endogènes de services de santé étaient entre autres : un mauvais accueil, une conduite thérapeutique inappropriée, l'attitude méprisante du personnel soignant, etc.

Certes ces causes ne sont pas totalement identiques à celles rencontrées au cours de cette étude mais l'endogénite' liée à l'environnement médical demeure

la même.

Le volet socio anthropologique met en mal certaines facettes de l'offre de soins et fait apparaître des images qui donnent un contenu aux questions de déstructuration des coutumes et rites traditionnels : le jeune ne doit pas voire ou ne doit pas décrire la nudité d'une personne âgée et le film d'un accouchement ne se raconte pas, etc.

Cette étude permet d'affirmer que 2 causes sont facteur de recours tardif:

--la relation soignant- soigné et, le niveau de qualité de soin perçu par la population.

Enfin cette étude note également un bon souvenir de la maternité de la part des parturientes **(26,7%)** malgré ces suggestions et critiques peu tendues.

Cette étude pourra servir de miroir pour rehausser encore le niveau des prestations.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

Cette étude réalisée au village du Point G et au service de Gynéco obstétrique de l'hôpital du point G qui avait pour objectif général, d'apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des parturientes et des femmes ayant l'expérience paritaire du village du Point G face à la grossesse et l'accouchement est le résultat d'une étude, descriptive et transversale sur une période de 2 ans. Elle a permis d'atteindre les objectifs énoncés et d'aboutir aux conclusions suivantes :

La proximité de l'hôpital du point G ne constitue pas un facteur de recours tardif aux soins obstétricaux pour les gestantes habitant le village du point G.

La qualité de gestion des parturientes n'explique pas ce recours tardif aux soins Santé. C'est la peur de la césarienne, et les impressions déjà faites sur les agents prestataires qui sont en parti les motifs de ce recours tardif **36,3%**.

Les pratiques traditionnelles, la perception sociale sur la grossesse et l'accouchement ont d'influence moindre sur les recours tardifs aux soins obstétricaux **2%**.

Le faible taux de fréquentation des structures de santé n'est pas directement lié au manque de moyens économiques **25%**.

Enfin cette étude montre que, l'amélioration de l'utilisation des services de santé passe par l'adhésion des usagers au style de soins prodigués et par une réforme du côté de l'offre de soin.

2-RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adresse à :

1- Au ministère de la santé :

- Promouvoir la scolarisation des filles
- Appuyer les projets de sensibilisation sur la nécessité de la CPN
- Adopter une politique de faibles coûts de consultation prénatale ou voire même sa gratuité
- Veiller à la pérennité de la politique de la gratuité de la césarienne
- Créer une unité de néonatalogie au CHU du Point G.

2-Aux agents de santé :

- Sensibiliser les gestantes sur la nécessité de la consultation prénatale
- Mettre l'accent sur les séances de préparation à l'accouchement
- Créer un cadre adéquat de repos, de surveillance en pré et post-partum
- Adopter des comportements et gestes adéquats au cours des accouchements
- D'instaurer l'accouchement sans douleur, qui est un droit de la parturiente
- Veiller au respect des parturientes

3-À la population du village Point G :

Fréquenter les structures spécialisées dans la commune pour un changement de comportement.

Tenir compte du niveau des connaissances et pratiques

des femmes pour renforcer la sensibilisation sur l'importance de l'utilisation des services de soin et également bénéficier d'une surveillance adéquate de la grossesse et accoucher en milieu médicalisé.

Références bibliographiques

[1]. BREATRICE J.

Expérience de la maternité

Thèse de doctorat en sociologie

Paris, 1994

[2]. THIENOU H.

Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain à propos de 200 accouchements, thèse med, Bamako 2000

[3]. TOURE F.

Connaissance et attitude pratique des femmes enceintes sur les MST/sida dans le district de Bamako, thèse med 1995

[4]. MOUNKORO P.

Approche de désordre mental en milieu BWA, thèse med Bamako 1989

[5] .R. Merger, J. Lévis

Précis d'obstétrique, 6eme ed.Masson, Paris 1995, 583p

[6]. Saye M.

Les urgences obstétricales à l'hôpital Somine DOLO de Mopti,

Thèse de med. , Bamako 2005

[7]. Beytout, Delmont J, Marchou B, Pichard E, Minta K.

Maladies In :

MALINTROP

Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique

Mont rouge: Jonh Libbery Eurotext, 2002, 391

[8] Poulin J.P

Méthodologies d'études des pratiques alimentaires

Disponible sur :

<http://www.lemangeur-ocha.com> Créé le 08-03-2001.

Gyneco-obstetrique, CHU du Point G

- [9]. http://fr.wikipedia.org/wiki/Accouchement_A_domicile mars 2007
- [10]. **Causes et Stratégies de lutte contre la mortalité Maternelle fœtale**
République Populaire du Bénin
Séminaire de CIE sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays
en voie de développement
CHATEAU DE JONGCHAMP, PARIS 1988, 3-7 oct.
- [11]. **CORREA P., et collaborateurs**
Paludisme et grossesse
J.gynecol. obst.Biol. Repr.1982, n*1 11p
- [12]. **Delacour M., ET collaborateurs**
Abrégé illustré de gyneco-obstetrique Paris : Masson, 1979
- [13]. **MABOUNGAN. R.A** (épouse Fonseca)
Placenta praevia hémorragique Aspects epidemio-
Clinique au centre de référence de la commune V du
District de Bamako a propos de 334 cas
These de med., Bamako, 2003 n*42, 69p
- [14]. **COLAV JC ET V.ZANS**
Hématome rétro placentaire ou DPPNI . Editions Techniques
Encyl. Med. Chir, (Paris France),Obstétrique C10, 1985, 25p
- [15]. **DOUMBIA A. K.**
Les urgences à l'hôpital du Point «G » a Bamako (Mali) Une innovation ambiguë
DEA en Anthropologie Sociale et Ethnologie
EHESS, Université Paris 13, 1992

[16]. M.Audibert, E de Roodenbeki, A. Pavy Letournny,

J. Mathonnat

Utilisation des services de santé en Afrique :

L'approche communautaire en termes d'offre est-elle une réponse ?

Communication présentée au développement durable et Santé dans les pays du sud. Lyon, 3 Décembre 2004, 22p

[17]. Faucher P, Dappe S. Madelenat P. Maternity in adolescence:

Obstetrical analysis and review of the influence of cultural, socio economic and psychological factors in a retrospective study of 62 cases gynecologic-obstetric

Paris, December 2002

FICHE D'ENQUÊTE I:

Numéro Date :.....

A. Identité :.....

Questions 1 :

Lieu de l'enquête.....

Nom et Prénom :

Age/ans

Résidence : 1 Village du point-G 2 Environnants

Questions 2 :

Ethnie

- | | | | |
|------------|-------------|---------|-------------|
| 1-Bamanan | 2-Peulh | 3-Dogon | 4-Sourhaï |
| 5-Senoufo | 6-Miniaka | 7-Bobo | 8-Kassougué |
| 9-Sarakolé | 10-tamacheq | 11-Bozo | 12-Mossi |

Questions 3 :

Activité économique principale de la parturiente :.....

- | | | | |
|-------------|---------------|-----------------|----|
| 1- Ménagère | 2-Jardinage | 3-Commercante | |
| 4-Elevage | 5-Agriculture | 6-Fonctionnaire | 7- |
- Autres activité (à préciser).....

Questions 4 :

Situation matrimoniale.....

- | | | | |
|---------|---------------|-------------|----|
| 1-Marié | 2-Celibataire | 3-Monogamie | 2- |
|---------|---------------|-------------|----|
- Poligamie
- | | |
|------------|---------|
| 4-Divorcée | 5-Veuve |
|------------|---------|

Questions 5 :

Niveau d'instruction :

- | | | |
|--------------------|--------------------|-------------------|
| 1-Scolarisée | 2-Ecole coranique | 3- Ecole primaire |
| 4-Ecole secondaire | 5-Ecole supérieure | 6 Alphabétisée |

ETUDE CAP : LE RECOURS TARDIF AUX SOINS DES PARTURIENTES

En langue locale

7-Non scolarisée

B. Antécédents :

Questions 6 :

Gesticité-Parité G.....P.....V.....A.....D

Questions 7 :

CPN Nombre :.....Lieu : 1.cscom 2.csref 3.hopital

Questions 8 :

Examens Biologiques réalisés

1-Groupage rhésus

2-Autres

Questions 9 :

Antécédents Médicaux :

1-Diabete 2-HTA 3-Asthme 4-

Obsite

5-Maladie mentale

Questions 10 :

Antécédents chirurgicaux

1-Cesarieune 2-Laporatomie (RU)

3-Myomectomie 4-Plastie Tubaire 5-Episiotomie

6-Autres

Examens à l'admission :

Heure : Date :

Début du travail :

Date : Heure :

Pourquoi rester longtemps à la maison ?

ETUDE CAP : LE RECOURS TARDIF AUX SOINS DES PARTURIENTES

TA à l'admission :

Hauteur utérine :cm

Type de présentation :

Céphalique Siège

Transverse

Nombres de foetus.....

Dilatation.....cm Poche des eaux :

Rompues

Oui Non

Engagement Oui Non

Contraction utérine

-Fréquence.....seconde

-Durée.....seconde

Oui Non

Diagnostic à l'Admission :

Si accouchement à domicile :

-Mère : 1-vivante 2-Décédée

Type de complication à l'arrivée :

.....

-Enfant : 2-vivant 3-mort-né : a .frais b.
macéré 4-Decedée après accouchement

-Bosse sero -sanguine :.....

Lésions traumatiques :.....

-Malformation : si oui type

Prise en charge : effectuée par :

Médecin Interne Sage femme

Mère :

Gyneco-obstetrique, CHU du Point G 3

ETUDE CAP : LE RECOURS TARDIF AUX SOINS DES PARTURIENTES

Accouchement normal oui Non

Épisiotomie

Forceps

Révision utérine

Colporraphie

Césarienne

Laparotomie

Hystérectomie :

Transfusion sanguine Oui Non

Nombre de poches transfusées :

Enfant :

1-vivant 2-Décède

Ré aminé Non ré aminé

FICHE D'ENQUÊTE II :

Numéro Date :.....

A. Identité :.....

Questions 1 :

Lieu de l'enquête.....

Nom et Prénom :

Age/ans

Résidence : 1 Village du point-G 2 Environnants

Questions 2 :

Ethnie

- | | | | |
|------------|-------------|---------|-------------|
| 1-Bamanan | 2-Peulh | 3-Dogon | 4-Sourhaï |
| 5-Senoufo | 6-Miniaka | 7-Bobo | 8-Kassougué |
| 9-Sarakolé | 10-tamacheq | 11-Bozo | 12-Mossi |

Questions 3 :

Activité économique principale de la parturiente :.....

- | | | | |
|-------------|---------------|-----------------|----|
| 1- Ménagère | 2-Jardinage | 3-Commercante | |
| 4-Elevage | 5-Agriculture | 6-Fonctionnaire | 7- |
- Autres activité (à préciser).....

Questions 4 :

Situation matrimoniale.....

- | | | | |
|---------|---------------|-------------|----|
| 1-Marié | 2-Celibataire | 3-Monogamie | 2- |
|---------|---------------|-------------|----|
- Poligamie
- | | |
|------------|---------|
| 4-Divorcée | 5-Veuve |
|------------|---------|

Questions 5 :

Niveau d'instruction :

- | | | |
|--------------------|--------------------|-------------------|
| 1-Scolarisée | 2-Ecole coranique | 3- Ecole primaire |
| 4-Ecole secondaire | 5-Ecole supérieure | 6 Alphabétisée |

ETUDE CAP : LE RECOURS TARDIF AUX SOINS DES PARTURIENTES

en langue locale

7-Non scolarisée

B. Antécédents :

Questions 6 :

Gesticité-Parité G...P...V...A...D

Questions 7 :

CPN Nombre :.....Lieu : 1.cscom 2.csref 3.hopital

Questions 8 :

Examens Biologiques réalisés

1-Groupage rhésus

2-Autres

Questions 9 :

Antécédents Médicaux :

1-Diabete

2-HTA

3-Asthme

4-

Obsite

5-Maladie mentale

Questions 10 :

Antécédents chirurgicaux

1-Cesarienne

2-Laporatomie (RU)

3-Myomectomie

4-Plastie Tubaire

5-Episiotomie

6-Autres

Le Vécu de l'accouchement :

Etes-vous informée de la nécessité de consulter au cours de la grossesse ?.....

Par qui ?.....

Et combien de fois ?.....

Pourquoi restez-vous aussi longtemps à la maison au moment du travail ?.....

ETUDE CAP : LE RECOURS TARDIF AUX SOINS DES PARTURIENTES

1. motif économique.
2. motif lié à l'absence du mari
3. motif lié l'environnement médical (césarienne).
- 4 : culturels.....

A quel moment une parturiente doit demander de l'assistance
a l'accouchement.. ?.....

Préférez vous l'accouchement traditionnel ou par assistance
médicale ?

POURQUOI. ?.....

_connaissez-vous les risques liés à l'admission tardive ?

Quels sont les avantages ?

Quels sont les inconvénients ?.....

-Quel souvenir gardez-vous de la maternité?.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Etienne Paul TOGO

Nationalité : Malienne

Date et lieu de naissance : 19 novembre 1978 à Péné

Année de soutenance : 2008

Pays d'origine : Mali

Titre : Le recours tardif aux soins des parturientes

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie

Secteurs d'intérêt : Gynéco -obstétrique, santé Publique

RESUME

Le recours tardif ou l'admission tardive dans un service d'obstétrique au cours du travail concerne 90% des bébés dans le monde entier.

Le but de notre étude (1^{er} type de retard) était d'apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des parturientes pouvant mettre en jeu le pronostic maternel et fœtal. Pour cela nous avons procédé à une étude descriptive transversale sur 2 ans (du 1^{er} Janvier 2005 au 31Decmbre 2006) portant sur 100 parturientes reçues au service et 300 femmes interrogées dans le village du Point G. Les interrogatoires ont été individuel en isolant chaque participante.

Les femmes concernées par notre étude avaient un âge compris entre 14 et 60 ans avec une moyenne de 37 ans.

Les parturientes du village du Point G occupent 11,78% des accouchements du service de gyneco-obstetrique.

L'étude a enregistré 4,7% d'antécédent d'accouchement à domicile et 2,7% de femmes du village du Point G ignorent la nécessité de la CPN, 25% de mères célibataires, 37% d'analphabètes

La plus part de nos parturientes n'arrivent au service qu'à la phase active
Gyneco-obstetrique, CHU du Point G

ETUDE CAP : LE RECOURS TARDIF AUX SOINS DES PARTURIENTES

(78%), 27% ont accouché par césarienne ; 2% de mort-nés ; 3% en états de mort apparent (5% de décès), 11% de souffrance fœtale.

Les coutumes et traditions influencent faiblement ce retard accusé (2%), l'environnement médical est plus incriminé (36,3%) suivi du manque de moyen (25%) dans les motifs de recours tardif au service.

L'anthropologie médicale très souvent négligée dans la prise en charge des patients dans les structures hospitalières, et dans les études médicales, mérite une observation toute particulière car elle y est indispensable.

Mots clés : Attitude, comportement, phase active, environnement médical