

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

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

Année universitaire 2013-2014

N°.....

# ***Thèse de médecine***

*Accouchements à domicile au Centre de  
Santé de Référence de la Commune VI du  
District de Bamako*

**Présentée et soutenue publiquement le ...27./...04./ 2014  
devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

***Par Mme DIALLO Nanténin Kaba DIAKITE***

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

## ***Jury***

**Président : Pr. Aïda SY**

**Membre: Dr. Diakaridia KONE**

**Co-directeur : Dr Boubacar TRAORE**

**Directeur : Dr. Moustapha TOURE**

## **DEDICACES**

### **BISSIMILAHİ RAHMANİ RAHİM**

Au nom d'ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRÈS MISERICORDIEUX.

**«GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage».**

**Louange et Gloire à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.**

Je dédie ce travail à Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce.

Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine amen !

### **DIEU**

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

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habileté et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne – moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

**Amen !**

A notre **Prophète MOHAMED** ; Salut et Paix sur LUI, à toute sa Famille, tous ses Compagnons, et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement.

**Après avoir rendu grâce à DIEU ;**

Je dédie ce travail à :

- Toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie en donnant naissance.

- **A mon père : Kaba DIAKITE**

Tu m'as bien conduit sur le chemin de l'école et faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Je suis très contente que tu sois là. J'apprécie la valeur de tes efforts ; la justesse de ton éducation et la précocité de tes conseils ; homme de vertue, tu restera pour moi un exemple à suivre.

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et des autres, la rigueur, la loyauté, je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Cher père, trouve ici l'expression de ma grande affection et de ma profonde reconnaissance. Merci Boua ! Puisse Allah, le tout puissant t'accorder longue vie dans la paix et dans le bonheur auprès de nous Amen !

- **A la mémoire de ma mère : feu Fatoumata SIDIBE**

Tu as toujours été là aux moments difficiles de ma vie, femme respectueuse, tu as su m'inculquer les règles de bonne conduite ; grâce à Dieu et à tes bénédictions voilà enfin que je suis devenue ce que tu as toujours voulu que je sois. J'aurai tellement aimé que tu sois là aujourd'hui mais le destin en a décidé autrement. Merci Mah ! Qu'Allah le tout puissant, le clément et miséricordieux t'accorde son jardin béni.

- **A mon mari Yoro DIALLO**

Les mots n'auront que peu de valeur pour exprimer toutes mes pensées pour toi. Tu as su me comprendre, m'aider et être patient tout au long de l'accomplissement de ce travail. Tu as toujours été pour moi plus qu'un mari, un guide et un confident. Trouve ici l'expression de ma tendre affection, de mon indéfectible attachement et de ma reconnaissance. Ce travail est le tien. Sois en remercié !

- **A mes oncles : Mady SIDIBE, Kali COULIBALY, Noumori DIKITE, Bréhima DIAKITE.**

Les mots me manquent pour vous remercier car depuis mon enfance jusqu'à maintenant, vous êtes un soutien et un guide pour moi. Vos soutiens moraux et financiers ont été d'immense service pour moi. Recevez-ici toute ma sympathie.

- **A mes tantes : Kadia SIDIBE, Matou SIDIBE, Fatoumata SIDIBE, Djénéba KARAMBE, Ramata KONATE et Saran OUELEGEME.**

Vous êtes plus qu'une mère pour moi ; vos conseils et encouragement n'ont pas fait défaut. Vous êtes des mères exemplaires.

- **A mes frères : Fodé DIAKITE, Mohamed DIAKITE, Moussa DIAKITE, Moriba DIAKITE, Cheick Oumar DIAKITE, Adama DIAKITE, Alassane DIAKITE, feu Lamine DIAKITE, Youssouf DIAKITE.**

Vous m'avez soutenu moralement pendant les moments les plus difficiles de ma formation et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité. Recevez-ici l'expression de ma profonde gratitude.

**mes sœurs :** Kandia DIAKITE, Awa DIAKITE, Farima DIAKITE,  
Dama Kaba DIAKITE, fatoumata DIAKITE, feu Takadi DIAKITE.

Merci de vos soutiens moraux et encouragements, ce travail est le votre. Puisse Dieu nous prêter longue vie et consolider notre fraternité.

- **A ma grand-mère :** feu Sira SIDIBE « Yiyè »

Tu as été plus qu'une grand-mère, tes conseils et ton soutien moral n'ont pas manqué. Je te souhaite d'être bien accueillie dans le royaume de Dieu. Dors en paix !

- **A ma fille :** Fatoumata DIALLO « Mami »

Pour toutes ces heures que je t'ai volées, pour toute la tendresse dont je t'ai privée pour te signifier que seul le travail constant et la volonté de réussir paient. Trouve ici, l'expression de ma profonde affection.

- **A mes amis de la FMOS :** Awa Karim TRAORE, Mariam SAO, Néné KONIPO, Djouma KANSAYE, Maïmouna Koni DIARRA, Maïmouna KEITA, Habi TRAORE, Aïchata NIANGALI, Mohamed DIARRA, Abou DIALLO, Demba COULIBALY, Moussa MAIGA.

Je n'ai jamais douté de votre amitié, j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences et la galère de l'internat ; Sept années durant nous sommes côtoyés comme des frères et sœurs. Votre compréhension, votre disponibilité, vos encouragements, votre attention, votre soutien moral et matériel constants n'ont pas été vains. Je profite de cette occasion solennelle pour saluer vos efforts ; je vous dis courage et merci !

- **In memorium**

A vous : grands parents, oncles, tantes, frères, sœurs et amis qui êtes absents en ce moment ci, je vous souhaite d'être bien accueillis dans le royaume de Dieu. Dormez en paix.

## REMERCIEMENTS

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Pour la qualité des conseils que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation et les enseignements reçus.

**Très honorable : Docteur TRAORE Boubacar :**

Consacrer la majorité de son temps pour les corrections n'est pas une chose facile. Cela dénote d'une volonté absolue d'aider les autres. Permettez cher maître de vous exprimer toute ma reconnaissance et mon attachement indéfectible à votre personne. Puisse Dieu récompenser en bien tous les efforts que vous ne cessez de déployer pour les autres sans attendre une contrepartie.

Au Docteur **TRAORE Aminata CISSE** : votre disponibilité, votre rigueur à travers une facilité de transmission de votre savoir, mais surtout votre souci constant pour le travail bien fait font de vous un grand maître admiré de tous. Ces quelques temps passés à vos côtés en témoignent et nous tenons à vous gratifier pour tout l'enseignement scientifique et social dont nous avons pu bénéficier à travers votre riche expérience. Que Dieu vous accorde une longue vie afin que beaucoup d'autres étudiants puissent bénéficier de votre enseignement jugé remarquable.

**Au Docteur SAMAKE Alou** : votre qualité humaine et votre goût pour le travail bien fait font de vous un espoir certain pour le Mali. Je vous souhaite une très bonne carrière professionnelle.

**A tous les jeunes médecins du service particulièrement : Dr. SANOGO Daouda, Dr. KONATE Issa, Dr. KOINA Djianguinè, SAMAKE Issa, Dr. TRAORE Mariam DANIOKO, Dr. DOUMBIA Fatoumata TRAORE, Dr. DEMBELE Aïchata et les médecins directeurs des CSCOM.**

**A tous les thésards du CSRef de la commune VI particulièrement :**

Moumine DIALLO, Lassine KONATE, Sory SATAO, Boubacar COULIBALY, Sidi COULIBALY, Adama DIAKITE, Noumory DIAKITE, Moussa GORO, Mamadi KAMISSOKO, Salimata SANGARE, Ramatou FANE.

Merci de vos soutiens et conseils. Ce travail est le votre.

**A toutes les infirmières du CSRef de la commune VI :**

Merci de vos soutiens moraux et encouragements, ce travail est le votre. Puisse Dieu nous prêter longue vie et consolider notre fraternité.

## **A NOTRE MAITRE, PRESIDENT DU JURY**

### **Professeur SY Assitan SOW**

**Professeur honoraire de gynéco-obstétrique à la FMOS ;**

**Présidente de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO) ;**

**Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Cher maître, c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves.

Votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence. Véritable bibliothèque vivante, vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, de travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher maître pour vos précieux conseils de mère qui ne cessent de nous guider.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre encore plus performante l'école malienne de gynécologie obstétrique.



## **A NOTRE MAITRE, MEMBRE DU JURY**

### **Docteur Diakaridia KONE**

- **Gynécologue-obstétricien au centre de Référence de la commune IV du District de Bamako;**

Cher Maître ;

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté d'apporter votre contribution à la réalisation de ce travail.

Votre dynamisme, votre habileté dans le travail et votre gentillesse, nous ont grandement marqué.

Permettez nous, cher Maître, de vous exprimer nos sincères remerciements et toute notre gratitude.

## **A NOTRE MAITRE, ET JUGE**

### **Docteur Boubacar TRAORE**

**Gynécologue obstétricien ;**

**Médecin-chef du centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako ;**

**Ex Trésorier Général de la SOMAGO (Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique) ;**

**Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.**

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

A vos côtés, nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique. Vos qualités de formateur, votre respect pour les autres, votre disponibilité, votre exigence pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître, un père.

Cher maître trouvez ici en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude.

**Que Dieu réalise vos vœux !**

# **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Docteur Moustapha TOURE**

**Gynécologue obstétricien**

**Chef de service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du Mali**

**Maître Assistant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS).**

**Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Cher Maître, c'est un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre esprit d'ouverture, votre sens élevé du dialogue sont des atouts dont nous avons bénéficié tout au long de ce travail.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maître de référence.

Veillez croire ici cher maître à notre profonde gratitude et à notre sincère reconnaissance.

**Que Dieu réalise vos vœux !**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

BDCF	Bruits du Cœur Fœtal
CMIE	Centre Médical Interentreprises
CPN	Consultation Périnatale
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
DCI	Dénomination Commune Internationale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FMOS	Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
MSSPAS	Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées
NFS	Numération Formule Sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RU	Révision Utérine
SA	Semaine d'Aménorrhée
TV	Toucher Vaginal
SARANF	Société d'Anesthésiologie et de Réanimation d'Afrique Noire Francophone
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
SAA	Soins Après Avortement

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>4</b>
<b>I. GENERALITES.....</b>	<b>5</b>
A-HISTORIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET PRATIQUES ACTUELLES.....	5
B- RAPPELS .....	8
C- CONDUITE A TENIR DANS LE SERVICE DEVANT TOUT ACCOUCHEMENT A DOMICILE .....	26
D- CONDUITE A TENIR DANS LE SERVICE DEVANT TOUT ACCOUCHEMENT A DOMICILE.....	27
E- SITUATION SANITAIRE AU MALI .....	29
<b>II. MATERIELS ET METHODES. ....</b>	<b>32</b>
A- CADRE D'ETUDE :.....	32
B. PERIODE D'ETUDE : .....	41
C. TYPE D'ETUDE :.....	41
D. POPULATION D'ETUDE :.....	41
E. ECHANTILLONNAGE : .....	41
<b>III. RESULTATS .....</b>	<b>42</b>
<b>IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>60</b>
<b>V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>64</b>
<b>VI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>71</b>

## INTRODUCTION

Le rôle prioritaire de la femme dans la société depuis Adam et Eve, c'est la procréation. L'assumer correctement exige parfois de lourds sacrifices. La maternité sans risque reste le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile [20].

L'OMS estime que chaque année plus de 20 millions de femmes souffrent de complications liées à l'accouchement non assistés [28]. Nombreuses sont les mères qui n'ont pas accès à des services de soins de santé moderne. On estime entre 60 et 80% les femmes des pays en voie de développement qui continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance ou avec l'aide de personnes non qualifiées et d'ordinaire dans un environnement insalubre. L'accouchement à domicile est dû à deux principales causes : l'ignorance et la pauvreté [18].

Les femmes ne sont pas informées de tous les risques qu'elles courent en accouchant à domicile. Et parfois, même si les complications surviennent (décès maternels, mort fœtale, hémorragie de la délivrance ou contemporaine, déchirure grave du périnée), elles les mettent sous le compte de la sorcellerie [4].

Par contre, c'est la pauvreté qui oblige certaines à accoucher à domicile. Le mari n'ayant pas les moyens de supporter les frais d'accouchement, la femme se trouve dans la triste obligation d'accoucher à domicile sans assistance car elle même n'a pas de quoi payer les frais [28].

Depuis toujours, nos différents dirigeants cherchent les moyens pour améliorer les conditions d'accouchement des femmes, ceci dans le souci de réduire autant que possible les taux de décès maternels et néonataux en cours d'accouchement.

S'il est essentiel d'offrir des services de qualité ; il est tout aussi important d'en accroître l'utilisation. A quoi bon un hôpital de District doté des meilleurs équipements si les femmes n'ont pas les moyens de l'utiliser ?

A Bamako, capitale du Mali, 21,2% des naissances ont lieu à domicile contre 78,8% dans les établissements sanitaires [7]. En outre, le lieu d'accouchement varie de façon importante selon les caractéristiques sociodémographiques de même que le niveau d'instruction et le suivi prénatal jouent un rôle prépondérant dans le choix du lieu de l'accouchement [3]. La non scolarisation, les CPN de mauvaise qualité contribuent à l'augmentation de la mortalité maternelle et périnatale.

C'est le lieu de louer et d'encourager le gouvernement malien dans ses efforts de gratuité (césarienne, CPN, vaccination) ; de promotion de la scolarisation des enfants en général et des filles en particulier et pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Souhaitons que toutes ces actions nous aident à réduire au maximum le taux d'accouchements à domicile dans notre pays.

En effet, la Commune VI est habitée par une population en majorité analphabète, situation pouvant expliquer les accouchements à domicile. L'accouchement à domicile est un accouchement non assisté par un agent de santé selon l'EDS 4<sup>ème</sup> 2006 au Mali ; 49% des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé, en majorité des sages femmes, des infirmières ou des matrones. En ce qui concerne les accoucheuses traditionnelles, le pourcentage des naissances assistées atteint 71%. Par ailleurs, seulement dans 1% des cas, les médecins ont assisté à l'accouchement. A l'opposé on relève que dans 44% des cas, c'est une matrone ou accoucheuse traditionnelle qui a assisté l'accouchement. IL faut souligner que 14% des femmes ont accouché sans aucune assistance et que dans 2% des cas, il a fallu effectuer une césarienne [7].

Nous avons initié cette étude afin de faire le point sur les accouchements à domicile au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.



## OBJECTIFS

### ▪ Objectif général :

Etudier les accouchements à domicile se présentant à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako.

### ▪ Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des accouchements à domicile;
- Etudier les caractéristiques socio-démographiques ;
- Déterminer les raisons des accouchements à domicile ;
- Déterminer le pronostic materno-fœtal ;
- Rapporter les modalités de prise en charge ;
- Formuler des recommandations en vue de réduire les accouchements à domicile.

# I. GENERALITES

## A-HISTORIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET PRATIQUES ACTUELLES

### 1. Historique

Lorsqu'on envisage d'apporter éventuellement des reformes de structures, il faut bien comprendre dans quel cadre historique s'inscrivent les services existants et connaître les raisons pour lesquelles ils ont évolué. Cela permet de mieux faire face aux préoccupations que peuvent susciter les reformes envisagées parmi le personnel et la communauté afin de planifier des mesures d'intégration des services. Il ne faudrait surtout pas que la proposition de l'élaboration d'un nouveau système fasse table rase de ce qu'il pouvait y avoir de bon dans l'ancien.

L'une des plus anciennes composantes des soins de santé est certainement l'obstétrique ; l'aide à l'accouchement, que ce soit par les soins d'une parente ou d'une accoucheuse du village, se retrouve dans presque toutes les civilisations [5].

Une récente enquête de l'OMS sur les pratiques traditionnelles de naissances montre que bon d'entre elles sont physiologiquement fondées et bénéfiques ; qu'il s'agisse d'adopter une posture traditionnelle (accroupie, agenouillée, debout) pour accoucher ; d'attendre que le placenta ait été expulsé pour couper le cordon, de pratiquer l'accouchement dans des cases spéciales comportant une source de chaleur [26] etc. La professionnalisation de l'accouchement remonte à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle [5]. L'importance des soins prénataux est apparue avec la renaissance des facteurs de risque tels que la pré éclampsie et l'anémie, le souci de disposer d'un milieu aseptique et des soins plus spécialisés à déplacer progressivement les accouchements à domicile vers le dispensaire ou l'hôpital.

Les aspects techniques de l'accouchement se trouvaient ainsi privilégiés et la tâche du personnel de santé facilitée ; cela marquait ainsi le début d'un long processus d'élimination de beaucoup d'aspects personnels et familiaux de la naissance. Ce n'est que ces dernières années que l'importante notion de lien familial a été redécouverte et réintroduite dans les pays développés [5]. Il faut espérer que cet aspect de l'accouchement sans complications pourra être sauvegardé là où il existe encore, sans porter préjudice aux autres améliorations.

## **2. Pratiques actuelles**

Au cours de l'histoire récente des services de santé maternelle, l'impact du développement des techniques et de l'accroissement des efforts en personnel médical et paramédical ont été considérables. L'identification des facteurs de risque de la grossesse, le perfectionnement des techniques d'accompagnement [25] ainsi que l'apparition d'options de recours plus performantes sont autant d'éléments ayant contribué aux progrès constatés. Relativement plus ancienne, la consultation prénatale, est souvent le service de santé maternelle à orientation clinique le mieux établi, même s'il n'est pas toujours facile de persuader les femmes enceintes d'y recourir suffisamment tôt et fréquemment.

Dans les programmes de soins de santé primaires, ce sont souvent les infirmières ou les sages-femmes chargées des soins prénataux au dispensaire qui s'occupent également des accouchements. De ce fait, il arrive souvent qu'elles connaissent les mères et leurs antécédents médicaux et obstétricaux. Certaines femmes ne viennent pas aux consultations prénatales, mais se présentent au Centre de Santé ou à l'Hôpital pour y accoucher. D'autres au contraire se rendent aux consultations prénatales mais pour une raison ou une autre, accouchent chez elles avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle ou d'un membre de la famille. L'amélioration des techniques d'accouchement, que ce soit à domicile ou dans les établissements de soins, reste à l'ordre du jour.

C'est surtout faute de pouvoir reconnaître à temps ces cas difficiles que l'on ne parvient pas dans de nombreux pays à réduire la mortalité maternelle [18].

L'étude de l'évolution historique de la mortalité maternelle en Europe a permis de mettre en évidence quatre grands axes d'action, facteurs de réduction de la mortalité maternelle à savoir :

1. les consultations prénatales,
2. les accouchements en maternité,
3. les accouchements à domicile bien conduits,
4. la planification familiale [5,18].

Dans les années 1950 en France et dans différents pays du monde, l'accouchement à domicile était largement pratiqué et l'évolution est identique dans la quasi-totalité des pays industrialisés sauf en Hollande où l'accouchement à domicile est institutionnel et de pratique courante [4].

De l'antiquité à nos jours, l'homme n'a cessé de mettre en œuvre sa créativité pour répondre aux diverses préoccupations. Nous pouvons retenir quelques dates qui ont marqué l'histoire obstétricale :

- **Hippocrate (370 à 460 avant J.C)** disait que devant une dystocie, il fallait attacher la patiente à son lit et utiliser deux techniques selon la présentation :
  - Secouer le lit horizontalement en cas de présentation du siège ou transverse.
  - Secouer le lit verticalement en cas de présentation du sommet.
- **Avicenne (960 à 1037 après J.C)** pratiquait la version par manœuvre interne dans les présentations de l'épaule et du siège.
- **Chamberlain (1531 à 1596)** inventa le FORCEPS.

## **B- RAPPELS**

### **1. Accouchement normal [25]**

#### **1.1. Définitions**

- L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 semaines d'aménorrhée). Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, celles de la tête fœtale en particulier, à celles du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers le dehors.

L'expulsion de l'œuf avant le terme de six mois est pour le droit français un avortement. On comprend tout de suite que la limite entre avortement et accouchement est imprécise. Mais la notion de temps est encore la moins vague. Celle du poids fœtal n'est pas un bon critère. Celle de la viabilité est vague elle aussi, faute de pouvoir définir ce terme avec exactitude.

L'accouchement qui se produit entre le début de la 38<sup>ème</sup> semaine (259 jours) et la fin de la 42<sup>ème</sup> semaine (293 jours) est dit à terme. S'il se produit avant 37 semaines (259 jours) de grossesse, il est prématuré.

L'accouchement spontané est celui qui se déclenche de lui-même sans intervention de cause extérieure.

Il est provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique.

Il est dit programmé lorsqu'il est provoqué avec généralement indication pathologique. L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie ; sinon il est dirigé. Il est artificiel quand il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale par voie basse ou par voie abdominale. L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Il est dystocique dans le cas contraire.

On appelle dystocie l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.

## **1.2. Evolution de l'accouchement**

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- Effacement et dilatation du col
- Expulsion du fœtus
- Expulsion des annexes (placenta et membranes).

Ces trois périodes portent le nom de travail d'accouchement.

### **❖ Première période du travail : effacement et dilatation**

Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et de leurs conséquences et se termine lorsque la dilatation est complète.

### **Caractères cliniques de la contraction utérine**

Le début du travail est en général franc. Il est parfois insidieux, marqué dans les jours précédents de pesanteurs pelviennes, de pollakiurie et surtout de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines de la grossesse, qui peuvent devenir sensibles et même douloureuses surtout chez la multipare.

La femme peut se croire en travail, mais des modifications objectives du col font défaut : il ne s'agit que d'une phase préparatoire du travail.

L'écoulement par la vulve de glaires épaisses et brunâtres parfois sanguinolentes traduisant la perte du bouchon muqueux, est, lorsqu'il existe un signe prémonitoire du travail.

## **Les contractions utérines du travail**

Une fois commencé, le travail est caractérisé par des contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers :

- Elles sont involontaires. La femme les subit et ne peut les empêcher. Toutefois, certains états émotionnels peuvent les inhiber provisoirement.

Elles sont intermittentes et rythmées, relativement régulières, séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail (15 à 20 minutes) puis de plus en plus court (2 à 3 minutes) à la fin de la période de dilatation.

- Elles sont progressives dans leur durée qui de 15 à 20 secondes au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation ; dans leur intensité qui croît du début à la fin de la dilatation.

- Elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse.

- Elles sont douloureuses. On dit parfois que la douleur n'est que le fruit de la civilisation, qu'en fait la contraction devrait être indolore. C'est aller trop loin. La réalité est d'abord que la douleur ne commence qu'après une certaine durée de la contraction et se termine avant la fin de la contraction. Elle disparaît complètement dans l'intervalle des contractions, c'est ensuite que la perception douloureuse subit des variations individuelles considérables en rapport avec l'état psychique de la parturiente.

Elle augmente avec la crainte et l'angoisse. Elle est dominée parfois complètement par un bon équilibre psychique.

Sous ces réserves, la douleur augmente avec la progression du travail, la durée et l'intensité de la contraction. Son siège est en général abdominal et pelvien, parfois lombaire au début du travail. La persistance de douleurs lombaires, plus pénibles et plus rebelles aux actions antalgiques, est souvent le témoin d'un mécanisme obstétrical troublé. Le nombre de contractions pendant le travail varie beaucoup suivant le quantième de la grossesse, l'eutocie, la qualité du

myomètre. Pendant la contraction, le pouls maternel s'accélère, les bruits du cœur fœtal (BDCF) deviennent plus difficilement perceptibles à l'auscultation.

Cliniquement, les modifications du col utérin et du pôle inférieur de l'œuf sont reconnues par le toucher vaginal.

**Effacement :** Le col qui a gardé tout (3 à 4 centimètres) ou partie de sa longueur jusqu'à la fin de grossesse se raccourci progressivement. Plus ou moins souple en fin de grossesse sa maturité se traduit par un ramollissement encore plus marqué au début du travail. A la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur, réduit à son orifice externe de sorte que le doigt ne perçoit plus de saillie cervicale, mais seulement le dôme régulier du segment inférieur percé au centre d'un orifice de 1cm de diamètre à bord mince et régulier.

**Dilatation :** Le col effacé s'ouvre peu à peu circulairement à la façon d'un diaphragme de photographie. Le diamètre du cercle cervical augmente progressivement de 1 à 10 cm, dimension de la dilatation complète.

Chez la primipare, effacement et dilatation du col sont successifs. La deuxième ne commence que quand la première est tout à fait terminée et dure en moyenne dans les cas non pathologiques 7 à 10 heures. Ainsi, le pourtour du col dilaté est toujours mine.

Chez la multipare, effacement et dilatation sont simultanés au début et dure 3 à 6 heures. Ainsi au pourtour du col utérin reste un bourrelet épais jusqu'à un degré avancé de la dilatation.

### **Poche des eaux**

Portion membraneuse du pôle inférieur de l'œuf qui occupe l'aire du col dilaté. Les membranes (amnios et chorion) tendues par le liquide amniotique en regard de l'aire de dilatation font une saillie plus ou moins marquée presque nulle dans l'eutocie parfaite, importante dans une mauvaise accommodation.



La rupture à dilatation complète est dite tempestive, plus tôt au cours de la dilatation, précoce ; avant tout début de travail, prématuré. La poche des eaux c'est –à-dire l'intégrité des membranes a pour rôle de protéger le fœtus contre le traumatisme par le maintien d'une quantité suffisante de liquide amniotique, de protéger l'œuf contre l'infection.

### ❖ **Deuxième période : expulsion**

Correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance.

Elle comprend en fait deux phases:

- l'achèvement de la descente et celui de la rotation de la présentation,
- l'expulsion proprement dite, au cours de laquelle les efforts expulsifs maternels contrôlés et dirigés viennent s'ajouter aux contractions utérines.

### **Traversée de la filière génitale :**

**1- Engagement :** C'est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Avant ce franchissement, la tête fœtale aura "orienté" son plus grand axe et s'"amoindrit" en se fléchissant à l'extrême.

**2- Descente et rotation :** Au cours de sa descente dans l'excavation, la présentation doit faire une rotation telle qu'elle amène son plus grand axe à coïncider avec le plus grand diamètre du détroit supérieur qui est médian.

**3- Dégagement :** C'est le franchissement du détroit inférieur. Le dégagement se fait autour du point fixe sous la symphyse pubienne, la présentation prenant alors l'inverse de celle qu'elle avait précédemment ; le sommet primitivement fléchit.

Chez la primipare cette période était en moyenne pour les classiques d'une (1) à deux (2) heures. Dans l'intérêt du fœtus, l'expulsion proprement dite ne devrait

pas dépasser vingt minutes chez la primipare. Elle est plus rapide, excédant rarement quinze minutes chez la multipare.

**Physiologiquement :** Divers phénomènes se passent:

- Phénomènes dynamiques: Les contractions utérines se renforcent par des contractions volontaires des muscles striés de la sangle abdominale; la poussée qui caractérise cette action met en jeu le mécanisme de l'effort abdominal: ampliation thoracique par inspiration profonde et fermeture de la glotte; abaissement du diaphragme tandis que la contraction des muscles abdominaux comprime l'utérus de haut en bas et d'avant en arrière, chassant le mobil fœtal vers l'orifice vulvaire ;
- Phénomène mécanique (dégagement): possible lorsque la dilatation est complète, présentation descendue et orientée, les membranes rompues ;
- Phénomènes plastiques: Ce sont des déformations subies par le fœtus lors de son passage dans la filière pelvi-génitale ;
- Déformations intrinsèques: Ce sont le chevauchement des os du crâne, et la bosse séro-sanguine.

**Cliniquement:**

La contraction s'accompagne du besoin de poussée, qui ne devra être, effectif que lorsque la présentation sera sur le périnée et bien orientée.

Sous l'influence simultanée de la contraction et de l'effort abdominal, le bassin bascule. On note la poursuite de la dilatation vulvaire conformément aux dimensions de la présentation. Celle-ci ayant franchi l'orifice, le retrait du périnée en arrière dégage complètement la présentation.

**La conduite à tenir pratique du travail d'accouchement:**

A l'arrivée en salle de naissance, on commencera par un interrogatoire minutieux, un examen général et obstétrical.

Pendant le travail: On appréciera le rythme cardiaque fœtal, le type et la variété de la présentation, le degré d'engagement, le bassin et la coloration du liquide amniotique (si poche des eaux rompue), les paramètres maternels, les contractions utérines.

Tous les résultats des différents examens et thérapeutiques sont consignés sur le partographe.

A dilatation complète lorsque la tête fœtale est appliquée contre le périnée et orientée suivant l'axe antéropostérieur de l'ouverture périnéale commence la période d'expulsion. C'est le moment propice de faire pousser la parturiente. Le dégagement de la présentation doit s'opérer lentement en observant le périnée dont il faut éviter la déchirure en le protégeant.

### **L'accouchement dirigé:**

Pratiqué par un personnel averti, il met la mère et l'enfant dans de meilleures conditions.

Les interventions:

- la rupture artificielle des membranes,
- l'utilisation d'ocytociques, et d'analgésiques,
- l'anesthésie péridurale ci possible.

### **❖ Troisième période : Délivrance**

Dernier temps de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

- Décollement du placenta,
- Expulsion du placenta,
- Hémostase.

On distingue :

- La délivrance naturelle:

Bien des accidents en rapport avec la délivrance sont dus qu'à trop de hâte ou à une faute technique. La phase de décollement doit être respectée.

Pendant ce temps la tension artérielle et le pouls sont évalués, le saignement vulvaire est surveillé et l'on vérifie si l'utérus est bien rétracté.

On n'intervient qu'à la troisième phase lorsque le placenta décollé se trouve dans le vagin.

- La délivrance active dirigée: Ou gestion active du troisième stade de travail :

La délivrance du placenta le plus tôt possible après l'accouchement prévient la perte de sang.

La prise en charge active du 3ème stade du travail permet d'accélérer la délivrance et diminue la perte sanguine. Il a été démontré que la prise en charge active du 3ème stade du travail réduisait l'incidence de l'hémorragie du post-partum immédiate.

Cette prise en charge consiste à:

- Administrer de l'ocytocine à la femme immédiatement, après s'être assuré de l'absence d'un autre fœtus;
- Exercer une traction mesurée sur le cordon, tout en stabilisant l'utérus
- Dans la minute qui suit l'accouchement, palper l'abdomen de la mère pour s'assurer de l'absence d'un autre fœtus et administrer 10 UI d'ocytocine en 1M.
- On recommande d'utiliser l'ocytocine parce que d'une part, elle agit dès la 2ème minute après injection et d'autre part ses effets secondaires sont minimes.

A défaut on peut injecter 0,2mg d'ergométrine en 1M ou donner 600 mg de misoprostol par voie orale.

**NB:** Ne jamais donner d'ergométrine aux femmes présentant une pré-éclampsie, une éclampsie, une hypertension artérielle ou une hémoglobinopathie (drépanocytose) car cela accroît le risque de convulsion ou d'accident vasculaire.

- La délivrance artificielle et la révision utérine

Matériel : des champs propres ; solution antiseptique pour nettoyer la vulve.

Indication : rétention placentaire totale ou partielle ; hémorragie de la délivrance.

Technique :

- 1- Réaliser l'asepsie des mains et mettre les gants stériles ;
- 2- Réaliser l'asepsie de la vulve ;
- 3- Introduire la main droite repliée dans le vagin puis l'utérus. Pour la délivrance artificielle ou la révision utérine :
  - Introduire la main gantée dans les voies génitales, suivre le trajet du cordon.
- 4- La main droite étant introduite dans les voies génitales et l'utérus, empaumer le fond utérin avec la main gauche et abaisser le fond utérin vers le pubis ;
- 5- Repérer l'insertion placentaire puis décoller le placenta à l'aide du bord cubital de la main ;
- 6- Ramener le placenta dès qu'il est décollé ;
- 7- Révision utérine : réintroduire la main dans l'utérus pour vérifier qu'il ne reste plus rien. On sent bien la zone d'insertion placentaire qui est rugueuse ;
- 8- Masser le fond utérin avec la main gauche pour sentir la contraction ; le muscle devient ferme et dur ;
- 9- Faire injecter l'oxytocine en IV ou accélérer la perfusion d'oxytocine.

### 1.3. Variétés de présentations

Pendant l'accouchement, le fœtus doit adapter ses dimensions à celles de la filière maternelle. Il ne peut franchir les limites relativement exigües du bassin dans n'importe quelle position. La façon pour le fœtus d'aborder le détroit supérieur détermine sa présentation qu'on peut ainsi définir :

la présentation est la partie du fœtus qui occupe l'aire du détroit supérieur pour s'y engager et évoluer ensuite suivant un mécanisme qui lui est propre. On distingue :

#### ❖ Présentations céphaliques: les plus fréquentes (96%)

- Présentation du sommet (présentation de la tête fléchie)
- Présentation de la face (présentation de la tête défléchie)

Présentation du front (intermédiaire à la flexion et à la déflexion). C'est la plus dystocique des présentations céphaliques

#### ❖ Présentation du siège

**Définition [25] :** c'est la présentation par l'extrémité pelvienne du fœtus.

Le siège est dit complet lorsque les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen. Ainsi les membres inférieurs sont repliés devant la présentation dont ils font partie.

Le siège est dit décomplété lorsque les membres inférieurs sont étendus devant le tronc, jambes en extension totale, pieds à la hauteur de la tête fœtale.

Trois ordres de conditions prédisposent à cette présentation. Ce sont :

- La multiparité,
- L'hypotrophie utérine de la primipare,
- Les éléments surajoutés qui empêchent l'accommodation de la tête au détroit supérieur (l'hydramnios, la brièveté du cordon, la tumeur prævia, la grossesse gémellaire).

### ❖ Les positions transversales et obliques (présentation de l'épaule)

C'est lorsque à la fin de la grossesse ou pendant le travail l'aire du détroit supérieur n'est occupé ni par la tête, ni par le siège du fœtus. Elles sont toujours dystociques et nécessitent une intervention.

## 2. Les complications de l'accouchement

### 2.1. Déchirures du périnée

Les déchirures du périnée n'ont guère signes fonctionnels (peu ou pas d'hémorragie, pas de douleur). Seule l'inspection permet d'apprécier le degré des lésions. La femme étant mise en position gynécologique, on voit en écartant les lèvres de la plaie si la déchirure est complète ou incomplète souvent qu'elle intéresse ou n'intéresse pas le sphincter anal et la muqueuse vaginale.

Ces lésions se divisent en deux groupes

- les déchirures postérieures qui sont les plus importantes,
- Les déchirures latérales ou antérieures.

\* lésions anatomiques

La déchirure est incomplète lorsqu'elle n'intéresse pas le sphincter anal; elle est complète lorsque ce muscle est sectionné; elle est compliquée si en plus, la paroi ano-rectale est intéressée.

Les déchirures de la vulve intéressent les lèvres; mais elles atteignent aussi les racines du clitoris.

Le périnée profond est moins intéressé par les déchirures de la vulve

• Etiologie, pathogénie:

- Causes tenant au périnée lui-même:

La valeur du périnée dépend de:

- Sa qualité appréciée par le toucher, par la sensation de souplesse ou d'inextensibilité;

- Sa longueur: les périnéés longs se déchirent facilement, mais les périnéés courts se déchirent gravement;
- Son étirement: le périnée des luxées de la hanche est particulièrement fragile;
- Son atrophie;
- Sa pathologie acquise: les périnéés cicatriciels, les périnéés œdémateux et ceux infectés sont fragiles.
  - Causes fœtales: le grand volume de la tête fœtale, certaines présentations (occipito-sacrée, face)
  - Causes obstétricales: Certaines viciations pelviennes (luxation de la hanche), la cyphose.
  - Les applications de forceps, l'extraction de la tête dernière ;
- Examen clinique:

Les déchirures périnéales peuvent être hémorragiques:

On distingue:

### **Déchirures incomplètes**

Les déchirures incomplètes ont trois (3) degrés : le premier est la déchirure de la commissure (déchirure bénigne). Dans un deuxième degré, le bulbo-caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux central sont intéressés, mais on voit les fibres transverses du périnée encore intactes. Le périnée reste soutenu par ce cordage transversal. Ces déchirures moyennes sont encore bénignes. Dans le troisième degré, tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés, mais le sphincter anal reste intact. On le voit dans la plaie commune une virole musculaire. Il faut donc s'assurer de cette intégrité, point capital pour le pronostic et le traitement.



### **Déchirures complètes**

La déchirure atteint le sphincter anal en partie ou en totalité. Les bouts du sphincter rompu se rétractent, laissant communiquer la vulve et l'anus. Le toucher rectal ne soulève plus en avant que la muqueuse anal ; tout tissu musculaire a disparu.

### **Déchirures complètes et compliquées**

Lorsque la déchirure est compliquée, non seulement le sphincter est intéressé mais aussi une partie plus ou moins étendue de la muqueuse anal. Vagin et canal anal communiquent largement, constituant une sorte de cloaque. La déchirure anale a la forme d'un V à pointe supérieure.

### **Déchirures internes**

Cette forme anatomique particulière est rare. Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement. La tête vient buter au milieu du périnée qu'elle rompt entre la commissure et l'anus en laissant en avant un pont de tissu. La déchirure se voit surtout dans la présentation du bregma et quelques fois de la face. Elle n'est pas verticale mais oblique.

La fréquence des différentes formes de déchirures est en raison inverse de leur gravité. Les déchirures incomplètes sont très fréquentes, de 20 à 60% chez les primipares suivant les auteurs.

## **2.2. Lésions vulvaires**

Les déchirures du périnée sont toujours associées à des lésions vulvaires basses dont elles ne se différencient pas. Mais les lésions vulvaires peuvent être isolées : lésions hyménales, vulvaires antérieures et latérales.

### **Déchirures hyménales**

Au cours de l'accouchement, la tête fœtale doit agrandir la vulve à ses propres dimensions. Les lésions hyménales sont alors constantes chez la primipare. Le premier accouchement achève de détruire l'hymen non

entièrement disparu après la défloration, ce que l'on remarque par l'apparition d'un filet de sang rouge au début du dégagement. Seule la multipare n'a plus que quelques restes d'hymen sans continuité connus sous le nom de caroncules myrtiformes, dont l'intérêt n'est guère que médico-légal. Hors de ces déchirures hyménales sans importance clinique, les déchirures isolées de la vulve ne sont pas fréquentes. En général, c'est le périnée qui se déchire. La déchirure du périnée est parfois la sauvegarde de la vulve.

### **Déchirures clitoridiennes**

Les lésions vulvaires antérieures sont péri-clitoridiennes. Le gland du clitoris est rarement atteint. Ce sont ses deux branches latérales qui sont étirées ou effilochées. Les lésions sont le plus souvent unilatérales avec un caractère hémorragique. Les petits vaisseaux, les artérioles donnent parfois à plein jet. Ce sont des lésions superficielles qu'il suffit parfois de tamponner mais qu'il vaut mieux suturer. On peut observer un décollement de la région urétrale, le sondage est alors difficile.

### **Lésions nymphales :**

Quant aux lésions latérales, ce sont de petits éclatements vulvaires qui saignent moins que les lésions antérieures et n'ont d'autre inconvénient que leur cicatrisation quelque fois douloureuse, origine possible de dyspareunie. Plus rarement on peut observer la désinsertion d'une petite lèvre ou sa perforation comme à l'emporte-pièce, dont la cicatrisation ne se fait toujours spontanément. Les lésions des grandes lèvres siègent sur leur face interne sous forme d'éraillures. Le bord libre peut être sélectionné plus ou moins profondément.

## **2.3. Déchirures du vagin**

Les déchirures obstétricales du vagin se divisent selon la hauteur des lésions en trois groupes de fréquence de mécanisme et d'aspect. Elles sont basses hautes ou moyennes.

### **Déchirures basses (périnéo-vaginales)**

Ce sont de beaucoup les plus communes. Elles sont aussi fréquentes que les déchirures du périnée dont elles sont le complément constant. Elles sont étudiées avec les déchirures du périnée qui sont l'accident dominant ; bénignes en elles-mêmes, le pronostic est celui de la lésion périnéale. La rupture, toujours postérieure, n'est qu'un des éléments de la déchirure périnéale dont la réparation anatomique commence par la suture séparée des lèvres de la plaie vaginale au néofil : sa minutie est une des conditions de la réussite opératoire.

Déchirures (du dôme vaginal) par effraction. Une branche de forceps par exemple a été introduite non entre la tête et le col, mais en dehors de la lèvre cervicale ; puis on a forcé la résistance et perforé le cul-de-sac. D'où la règle de vérifier après l'application de l'instrument que la tête est prise et seule. Mais le mécanisme habituel est celui de l'éclatement. La pathogénie, le pronostic, l'aspect clinique et le traitement rappellent ceux des ruptures utérines. L'association avec une lésion du segment inférieur est d'ailleurs fréquente, soit que la déchirure a commencé sur le segment inférieur pour s'étendre au cul de sac vaginal, soit que l'éclatement vaginal a secondairement intéressé l'utérus. C'est donc au chapitre des ruptures utérines que sont décrites ces graves lésions traumatiques. Souvent la rupture vaginale reste sous péritonéale, donnant lieu à la constitution d'un hématome ou thrombus pelvien qui décolle le péritoine plus ou moins loin, parfois juste dans la région lombaire, surtout si une branche artérielle de la cervico-vaginale a été intéressée par la déchirure. Ces déchirures sous péritonéales restent graves par l'infection du tissu cellulaire qu'elles peuvent entraîner et surtout par le choc qu'elles provoquent. Parfois justiciable du tamponnement et du traitement anti-infectieux lorsqu'elles sont incomplètes, ou même de la suture par voie basse, elles relèvent le plus souvent de la coeliotomie suivie de suture ou d'hystérectomie.

## Déchirures de la partie moyenne

Les déchirures précédentes avaient un tableau clinique d'emprunt, celui des déchirures périnéales pour les basses, celui des ruptures moyennes ont un aspect qui leur est propre.

### 2.4. Déchirures du col utérin

#### Définition et division :

Ce sont les solutions de continuité non chirurgicales du col utérin, survenues au moment de l'accouchement. Pour en comprendre les variétés et les complications il est nécessaire de connaître les rapports anatomiques du col grévide. Les déchirures sous-vaginales ne menacent aucun viscère. Les déchirures sus-vaginales menacent le segment inférieur en haut, la vessie en avant, les rameaux vasculaires sur les cotés.

Les déchirures du col sont spontanées ou provoquées :

- **Spontanées** : toutes les altérations du col les favorisent.

Les altérations peuvent être antérieures à la grossesse. Traumatiques, elles sont dues à des déchirures obstétricales précédentes, à des sections chirurgicales du col (amputation), à des lésions d'origine thérapeutique (électrocoagulations endocervicales trop profondes ou répétées).

Pathologiques, elles sont dues à une maladie du col : cancer, chancre, lésion, inflammatoire. Ces altérations pathologiques sont devenues exceptionnelles.

- **Provoquées** : plus graves que les déchirures spontanées, elles sont dues à des interventions mal indiquées ou exécutées dans de mauvaises conditions :
  - Au cours de l'accouchement normal, on a fait pousser la femme trop tôt ;
  - On a fait une prise de forceps ou une extraction de la tête dernière avant la dilatation complète ;
  - Les incisions du col ne se pratiquent plus. Elles risquaient de se propager sous forme de déchirures au-dessus de l'insertion vaginale.

- Complications: il s'agit de la propagation au segment inférieur qui est même un des mécanismes des ruptures utérines.

### **2.5. Ruptures utérines pendant le travail:**

Rares mais sont les conséquences les plus redoutables.

Elles s'observent dans des conditions fort différentes:

a- Certaines soit liées à une fragilité particulière de la paroi utérine (utérus cicatriciel, grande multiparité etc.) et surviennent au cours d'un accouchement apparemment normal,

b- D'autres sont la conséquence d'une lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable,

c- Enfin un troisième groupe est constitué des ruptures utérines provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'ocytociques

## **3. COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE:**

### **1- Rétention placentaire:**

- Etiologies:

Les altérations de la muqueuse (curetage, césarienne corporéale, hystéroplasties, myomectomie sous muqueuse)

Les anomalies placentaires qui peuvent être de siège (placenta praevia); de conformation (excès de volume et de surface dans la grossesse gémellaire); ou d'implantation (placenta increta ou percreta ...)

Les anomalies de la contraction utérine: l'inertie utérine ; l'hypertonie localisée de l'utérus.

- Variantes anatomiques: la rétention peut être partielle ou totale:

### **2- Hémorragies de la délivrance:**

- Etiologie

- la plupart des rétentions placentaires, l'inertie utérine,
- certains troubles de la coagulation,

- Certaines causes d'ordre thérapeutique: une expression utérine, une application de forceps.

• Symptomatologie:

L'hémorragie est le signe le plus important.

Les autres signes sont les uns locaux (modifications de la morphologie, de la situation et de la consistance de l'utérus) les autres généraux (baisse de la tension artérielle, l'anémie aiguë, le collapsus et parfois le choc).

## **C- CONDUITE A TENIR DANS LE SERVICE DEVANT TOUT ACCOUCHEMENT A DOMICILE CHEZ LA MERE**

1. Accueil ;
2. Examen général et obstétrical ;
3. Prise de voie veineuse si hémorragie +++ et groupage rhésus ;
4. Délivrance et / ou révision utérine (examen sous valve) ;
5. Utérotonique en l'absence de contre-indication ;
6. Massage utérin ;
7. Sondage vésical ;
8. Antibiothérapie d'indication large ;
9. NFS 48 heures plus tard ;
10. Conseils pour le changement de comportement ;
11. Planification familiale.

## **D- CONDUITE A TENIR DANS LE SERVICE DEVANT TOUT ACCOUCHEMENT A DOMICILE CHEZ LE NOUVEAU-NE**

### **❖ Soins essentiels du nouveau-né**

- Apprécier l'état du nouveau-né à l'arrivée,
- Clamper, couper le cordon avec les instruments stériles
- Sécher et stimuler
  - Recueillir le bébé dans un linge propre et chaud ;
  - Sécher immédiatement tout le corps de l'enfant sans oublier la tête, les membres ;
  - Stimuler en frottant son corps ;
  - Changer la serviette mouillée.
- Garder le nouveau né au chaud
  - Environnement chaud dès la naissance et pendant les soins (contact peau à peau avec la mère) ;
  - Attention au courant d'air ;
  - Prendre la température toutes les heures pendant les trois premières heures.
- Donner un bain tiède pas systématique sauf chez les enfants nés de mère séropositive ou HIV.
- Initier l'allaitement précoce dans la première heure de vie
  - Aider la mère à donner le sein selon la position choisie ;
  - Si l'enfant est né d'une mère séropositive tenir compte du choix du mode d'allaitement par la mère.



- Donner les soins oculaires
  - Nettoyer les yeux (compresse ou tissus propres) ;
  - Collyre ou pommade antimicrobien.
- Administrer la vitamine K1 : 1mg/kg en IM ou peros (3 gouttes par kg pour la forme orale)
- Soins ombilicaux
  - Nettoyer avec une solution antiseptique (alcool 90°) ;
  - Mettre une compresse stérile de protection ;
  - Le bandage n'est pas systématique.

## E- SITUATION SANITAIRE AU MALI

Avec une population d'environ douze (12) millions d'habitants, un indice synthétique de fécondité des plus élevés du monde [3,8], le Mali se classe encore parmi les dix (10) derniers pays du monde par rapports aux objectifs du développement humain durable [7]. L'étude du plan décennal de développement sanitaire social du Mali de 1998 à 2008 montre que des progrès ont été réalisés. Ainsi, l'espérance de vie est passée de 56,9 ans en 1987 à 58,5 en 1994, le taux de mortalité infantile a régressé de 22%, la création de nombreuses structures de santé a permis la prise en charge des maladies dès le premier échelon du système de santé. Depuis décembre 1990, le Mali a adopté une politique sectorielle de santé de population ayant pour objectif de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays.

Selon l'EDS, réalisée en 1995-1996 16% des femmes sont atteintes de malnutrition aigue. Au cours de l'accouchement, 50% seraient anémiées. Avec un taux de prévalence de 4%, la progression du SIDA devient inquiétante car l'on dénombre environ 248 000 séropositifs et 47.000 personnes décédées (MSSPAS 1998). Le réseau de structure de prestation de soins est organisé sous forme pyramidale avec de la base au sommet des formations sanitaires de premier, deuxième, troisième et quatrième niveau (PDDSS-1998).

### ➤ **Structure de 1<sup>er</sup> niveau :**

Ce sont les centres communautaires (CSCOM) et les centres de santé d'Arrondissement revitalisés(CSAR).

### ➤ **Structure de 2<sup>ème</sup> niveau ou 1<sup>ère</sup> référence**

Ce sont des centres de santé de Référence.

### ➤ **Structure de 3<sup>ème</sup> niveau ou de 2<sup>ème</sup> référence :**

Ce sont des hôpitaux régionaux. Il en existe dans chacune des régions du Mali.

➤ **Structure de 4<sup>ème</sup> niveau ou 3<sup>ème</sup> référence:**

Ce sont des hôpitaux nationaux :

- CHU du point G ;
- Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré ;
- Hôpital de Kati ;
- Centre National d'Odonto-Stomatologie ;
- Hôpital du Mali.

➤ **Secteur privé :**

Autorisées depuis 1985, les structures privées sanitaires sont surtout concentrées dans les grandes villes principalement à Bamako.

➤ **Formations sanitaires confessionnelles :**

Elles existent pratiquement dans toutes les régions du Mali y compris le district de Bamako et participent à l'augmentation de la couverture sanitaire.

➤ **Structure des mutuelles**

➤ **Réseau de l'institut National de prévoyance Sociale (INPS) :**

Pour assurer sa mission de protection sanitaire des travailleurs qui lui sont affiliés, l'INPS a mis en place un réseau de centres médicaux Inter-entreprises (CMIE).

➤ **Service de santé des armées :**

Comporte essentiellement les infirmeries et maternités de Garnison auxquelles ont accès les hommes en uniforme et leurs familles.

Certaines dispensent des soins au public de proximité.

➤ **Secteur pharmaceutique**

- La pharmacie populaire du Mali (PPM) est l'actrice la plus importante pour la mise en œuvre de la politique pharmaceutique, d'abord en

raison de son statut d'établissement public à caractère industriel et commercial et ensuite de par son réseau de magasins régionaux et officines témoins ;

- Officines privées.

### ➤ **Structure de formation et de recherche :**

Le Mali dispose de structures de formation initiale pour l'ensemble du personnel nécessaire à l'animation des structures de premier niveau et de première référence. La FMOS forme depuis 1973 beaucoup de médecins et de pharmaciens par an.

L'institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) forme des infirmiers, sages-femmes, techniciens de laboratoire et d'assainissement et comprend l'école secondaire de la santé (ESS), le centre de spécialisation des techniciens de santé (CSTS), l'école de formation pour le développement communautaire (EFDC).

Le personnel est mal reparti entre d'une part la capitale et les autres régions et d'autre part entre les zones urbaines et les zones rurales. Bamako concentre plus de la moitié du personnel socio-sanitaire du pays :

- 57% des médecins,
- 41% des infirmiers,
- 64% des sages-femmes

## **II. MATERIELS ET METHODES.**

### **A- CADRE D'ETUDE :**

Notre étude a été réalisée dans l'unité de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

#### **1. Présentation de la Commune VI du District De Bamako**

C'est la plus grande commune et la plus peuplée de Bamako avec 94 km<sup>2</sup> de superficie et 504 738 habitants en 2011 et une densité de 5002 habitants par km<sup>2</sup>.

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux.

Chaque quartier dispose d'au moins un CSCOM excepté Sokorodji et Dianeguella qui ont en commun un CSCOM.

Les principales activités menées par la population de la commune sont: l'agriculture, le maraîchage, la pêche, l'élevage, le petit commerce, le transport, l'artisanat. On note également des travailleurs de la fonction publique.

Il existe aussi quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

Bamako, la capitale du Mali, connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre).

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

Cette sollicitation est liée, à l'accessibilité de la structure, car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA).

#### **2. Présentation du centre de sante de référence de la commune VI**

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999.

Ce centre est l'un des six (6) centres de référence du District de Bamako. Il faut signaler que le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

### **3. Les infrastructures**

Le CSREF est constitué de cinq (5) grands bâtiments et quatre (4) annexes qui sont :

#### **3.1. Le bloc opératoire** comprenant :

- Deux (2) salles d'intervention
- Une salle de désinfection et de stérilisation du matériel
- Une salle de lavage chirurgicale des mains
- Une salle de réveil
- Une salle de consultation pré-anesthésique

#### **3.2. Deux bâtiments** à étage dont l'un comprend à l'étage

- l'administration
- la comptabilité
- la brigade d'hygiène
- le SIS
- l'unité de chirurgie
- une salle de staff

En bas la rénovation n'est pas terminée.

L'autre bâtiment à étage comprend en bas

- le laboratoire
- une salle de radiographie non équipée
- des toilettes

A l'étage nous avons :

- le service d'odontostomatologie
- l'unité d'ORL
- l'unité d'ophtalmologie
- des toilettes.

1. Un bâtiment dénommé complexe mère-enfant comportant :

- Une salle d'accouchement avec 5 box
- une salle de SAA
- Un bureau de consultation gynécologique et obstétricale
- Une unité de consultation prénatale
- Une unité de planification familiale
- Une salle d'hospitalisation
- Une salle de surveillance des accouchées (suites de couches)
- Une salle de réanimation des nouveau-nés (non fonctionnelle)
- Une salle de garde des sages-femmes
- Une salle de garde des médecins
- Une salle de garde des internes
- Des toilettes

**3.3. Le 4<sup>eme</sup> bâtiment est composé de**

- L'USAC
- Du magasin

**3.4. Le dernier bâtiment est constitué**

- D'une unité de vaccination
- D'une unité de pédiatrie

Les annexes sont constituées :

- Bureau des entrées
- Pharmacie
- Morgue (non fonctionnelle)
- Salle de pansements et d'injection

- Deux bureaux de consultations médicales
- Une salle de prise en charge des tuberculeux
- Domicile du médecin chef

La rénovation du centre est en cours.

Dans le CSREF CVI, il y'a une insuffisance de local pour toutes les unités.

On constate également une absence de salle d'hospitalisation pour la médecine et la pédiatrie et une insuffisance pour la chirurgie et la gynéco-obstétrique.

Une absence de buanderie.

### **MISSIONS DU CSREF COMMUNE VI**

En tant que structure sanitaire de deuxième référence, les missions fondamentales du centre sont les suivantes :

- ✓ Assurer la disponibilité des soins de qualité et de prise en charge des urgences ;
- ✓ Assurer les formations ;
- ✓ Effectuer des travaux de recherche ;
- ✓ Participer au développement sanitaire du district
- ✓ Promouvoir l'évaluation hospitalière.



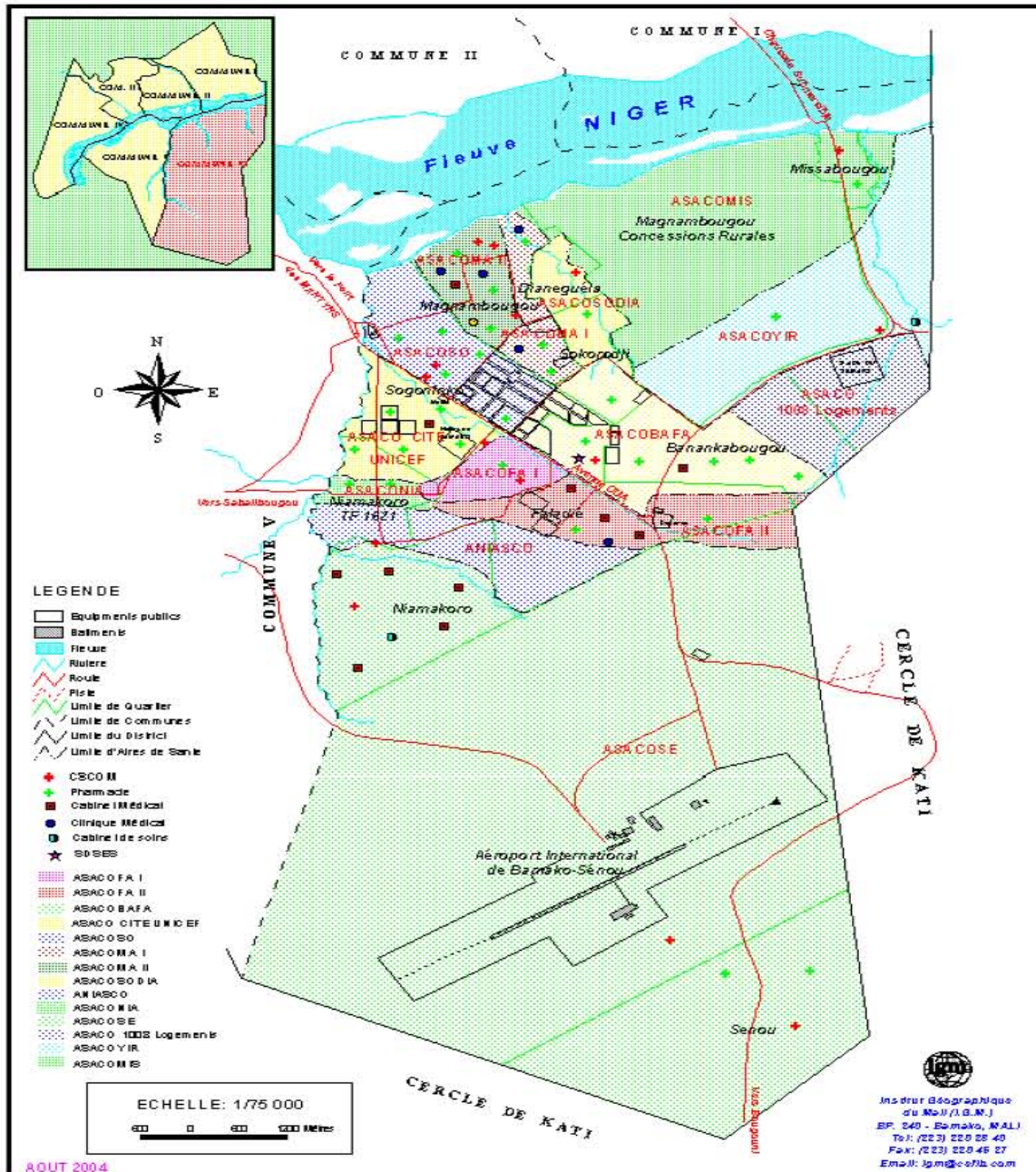
#### 4- Les ressources humaines :

Corps	Nombre	Formation diplômante
<b>Médecins</b>	<b>23</b>	
Médecins gynécologues	6	1 en formation
Médecin Chirurgien	2	
Chirurgien dentiste	1	
Médecin Pédiatre	1	
Médecins Généralistes	13	4 en formation
<b>Assistants Médicaux</b>	<b>26</b>	
ORL	4	
Santé Publique	3	
Anesthésie	3	
Bloc opératoire	1	
Formation des Formateurs	1	
Odonto-stomatologie	4	
Ophtalmologie	3	
Gestion Ressources Humaines	1	
Médecine Interne	1	
Laboratoire	2	2 en formation
Ingénieur Sanitaire	3	
<b>Techniciens Supérieurs de Santé</b>	<b>41</b>	
Sages femmes	26	1 en formation
IDE	8	1 en formation
Hygiène assainissement	4	
Anesthésie	1	
Laboratoire	2	1 en formation
<b>Techniciens de Santé</b>	<b>33</b>	
<b>Infirmières Obstétriciennes</b>	<b>11</b>	
<b>Infirmiers de santé Publique</b>	<b>18</b>	2 en formation
Laboratoire	2	
Technicien d'hygiène	2	
Agents d'Hygiène	6	
Aides Soignantes et matrones	13	
Sécretariat	9	
Attaché d'administration	1	
Adjoint administratif	2	
Agents de saisie	6	
Comptabilité	9	

Accouchements à domicile au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.

<b>Inspecteur du trésor</b>	<b>1</b>	
<b>Contrôleur de Finances</b>	<b>4</b>	<b>1 en formation</b>
<b>Aides comptables</b>	<b>4</b>	
<b>Documentaliste</b>	<b>1</b>	
<b>Administrateur de l'Action Sociale</b>	<b>1</b>	
<b>Plantons</b>	<b>1</b>	
<b>Chauffeurs</b>	<b>4</b>	<b>1 malade</b>
<b>Manœuvres</b>	<b>12</b>	
<b>Gardiens</b>	<b>3</b>	
<b>Lingères</b>	<b>2</b>	
<b>Personnel de l'USAC</b>	<b>4</b>	
<b>Médecin</b>	<b>1</b>	
<b>Pharmacien</b>	<b>1</b>	
<b>Conseillers</b>	<b>2</b>	
<b>TOTAL PERSONNEL</b>	<b>188</b>	

## 5- Cadre sanitaire de la commune VI



## 6- Situation de la logistique au niveau du CSRéf à la date du 01 Janvier 2009.

MATÉRIEL	DATE DE MISE EN SERVICE	MARQUE	ÉTAT ACTUEL			PROVENANCE
			BON	PASS	MAUV	
Ambulance 4x4	2006	Toyota land cruiser		1		DAF
Autres Véhicules 4x4		Toyota land cruiser		1		PSPHR
Ambulance 4x4	2009	Toyota land cruiser	1			DAF
	2008	Toyota land cruiser		1		DAF
	2009	Ford		1		Allemagne
Autres Véhicules 2X4		TOYOTA		1		
<b>Motos</b>	2000	Yamaha 50			1	RECOUVR.
	2000	Yamaha 100		3		Recouvrement. PNLT
	2007/2009	Yamaha 80	2	1	1	RC/PNLT
		CG 125			1	
Mobylette		ROYAL		1		RC
	2003	DT 125		1		RC
Photocopieuse	2005	NP7161				<b>Néerlandais</b>
Rétroprojecteurs	2005		1			Villes Unies Bko Lyon Genève
Réfrigérateurs	2002			1		DRS
Réfrigérateurs	2005			1		Recouvrement
Congélateurs	2002	Electrolux		1		DRS
	1998			1		
	1997			1		
Ordinateurs	1999	COMPAQ			1	Unicef
	2004 / 2005	HP		2		Recouv/ Unicef
	2006	Toshiba		1		Néerlandais
	2006	HP		1		Projet SIDA3
	2005	HP		1		UNICEF
Groupe électrogène	2002		1			DAF

Les problèmes importants en matière de logistique dans le CSRéf restent la chaîne de froid, l'outil informatique et les véhicules de liaison/ambulance

## **7- Ressources financières**

Les ressources financières du centre proviennent essentiellement de :

- le recouvrement des coûts,
- l'Etat.

## **8- L'organisation du service**

Au plan technique:

- un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service.
- des consultations gynécologiques et obstétricales sont réalisées chaque Lundi ; Mardi ; Mercredi et ; Vendredi.
- une séance d'échographie par semaine (chaque vendredi),
- le programme opératoire se fait Mercredi et Jeudi.
- les consultations pédiatriques sont réalisées tous les jours ouvrables,
- une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24,
- les consultations prénatales, post-natales, de planning-familial et les accouchements se font tous les jours
- les activités de santé publique sont menées,
- les activités de vaccination des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi.
- les consultations de médecine générale, ORL, ophtalmo, odonto-stomato tous les jours, et de chirurgie le mardi,
- la prise en charge des malades tuberculeux, les malades du VIH tous les jours,
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus chaque jeudi.

## **B. PERIODE D'ETUDE :**

Notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 01 janvier 2012 au 31 décembre 2012.

## **C. TYPE D'ETUDE :**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive avec collecte des données.

## **D. POPULATION D'ETUDE :**

Notre étude s'est portée sur les accouchements à domicile pour les cas.

## **E. ECHANTILLONNAGE :**

**a. Critère d'inclusion :** nous avons inclus dans cette étude tous les cas d'accouchement à domicile ou en cours de route après 28 SA de grossesse et admis au CSREF de la commune VI dans les 72 heures qui suivent l'accouchement.

### **b. Critère de non inclusion :**

Nous avons exclus de cette étude tous les accouchements qui ont eu lieu dans une structure de santé et évacuées dans notre service.

### **c. Collecte des données :**

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête complétée à partir des dossiers obstétricaux, le registre d'accouchement, le registre du protocole opératoire.

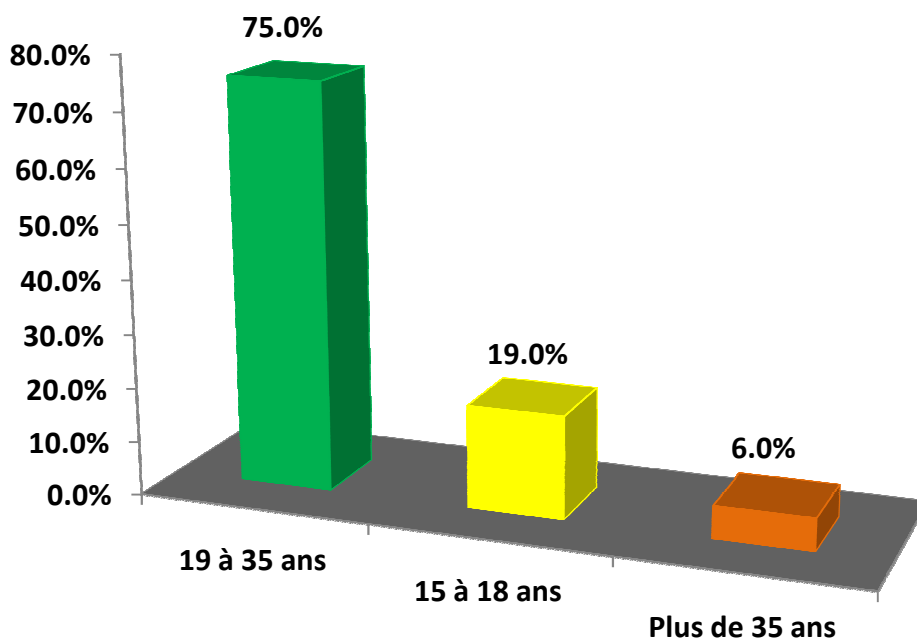
### **d. Analyse et traitement des données :**

Les données ont été traitées et analysées sur le logiciel SPSS version 12.0 et saisies dans Word 2007.

### III. RESULTATS

#### Fréquence

Durant la période d'étude nous avons colligé 100 cas d'accouchement à domicile sur 7494 accouchements allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2012 soit un taux de 1,3%.



**FIGURE I:** Répartition des accouchées selon l'âge

**Tableau I : Répartition des accouchées selon l'ethnie**

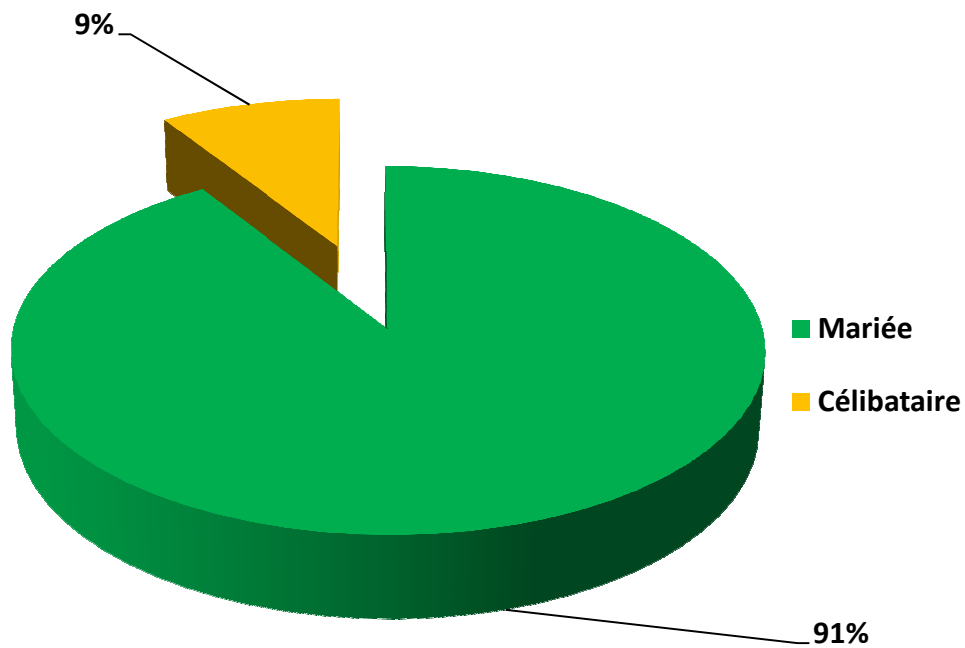
<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>49</b>	<b>49</b>
Bobo	5	5
Peulh	17	17
Soninké	9	9
Dogon	13	13
Autres	7	7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau II : Répartition des accouchées selon la provenance**

<b>Provenance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
ATTbougou	2	2
Djandjiguila	4	4
Faladié	10	10
Faso kanu	5	5
Banakabougou	5	5
Magnambougou	7	7
Niamakoro	13	13
Niamana	2	2
Senou	9	9
Sirakoro	3	3
Sogoniko	9	9
Sokorodji	2	2
<b>Yirimadio</b>	<b>17</b>	<b>17</b>
Hors aire	12	12
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Hors aire : Sanankoroba (2%), Doudabougou (7%), Mountougoula (1%), N'tabakoro(1%), Baguineda (1%).





**FIGURE II :** Répartition des accouchées selon le statut matrimonial

**Tableau III-a :** Répartition des accouchées selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Femme au foyer</b>	<b>66</b>	<b>66</b>
Vendeuse ambulante	13	13
Aide ménagère	15	15
Elève/ étudiante	4	4
Fonctionnaire	2	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau III-b** : Répartition des accouchées selon la profession de la femme et la CPN

CPN	OUI	NON	TOTAL
<b>Profession de la femme</b>			
<b>Femme au foyer</b>	<b>24</b>	<b>42</b>	<b>66</b>
Vendeuse ambulante	8	5	13
Aide ménagère	3	12	15
Elève/ étudiante	3	1	4
Fonctionnaire	2	0	2
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

$X^2 = 10,48$

$P = 0,034$

**Tableau IV** : Répartition des accouchées selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	16	16
Secondaire	9	9
Supérieur	3	3
Alphabétisées en langue nationale	25	25
<b>Non scolarisées</b>	<b>47</b>	<b>47</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau V : Répartition des accouchées selon la parité**

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primipare (1)	21	21
Paucipare (II-III)	28	28
<b>Multipare (IV-V)</b>	<b>35</b>	<b>35</b>
Grande multipare ( $\geq$ VI)	16	16
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau VI : Répartition des accouchées selon les antécédents médicaux**

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
HIV	1	1
HTA	2	2
<b>Aucun</b>	<b>97</b>	<b>97</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau VII : Répartition des accouchées selon les antécédents chirurgicaux**

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Césarienne	8	8
Salpingectomie	1	1
<b>Aucun</b>	<b>91</b>	<b>91</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau VIII-a : Répartition des accouchées selon la profession du conjoint**

<b>Profession conjoint</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Cultivateur	20	20
Fonctionnaire	6	6
Chauffeur	12	12
Commerçant	24	24
<b>Ouvrier</b>	<b>38</b>	<b>38</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau VIII-b : Répartition des accouchées selon la profession du conjoint et la CPN**

<b>CPN</b>			
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Profession du mari</b>			
Cultivateur	8	12	20
Chauffeur	7	5	12
Commerçant	15	9	24
<b>Ouvrier</b>	<b>17</b>	<b>21</b>	<b>38</b>
Fonctionnaire	4	2	6
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

**$X^2 = 3,68$**

**$P = 0,451$**

**Tableau IX:** Répartition des accouchées selon le suivi prénatal

<b>Nombre CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0</b>	<b>32</b>	<b>32</b>
1	10	10
2	26	26
3	15	15
≥ 4	17	17
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau X :** Répartition des accouchées selon le type de grossesse

<b>Type de grossesse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Monofœtale</b>	<b>96</b>	<b>96</b>
Gémellaire	4	4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Nous avons noté 4 grossesses gémellaires

**Tableau XI :** Répartition des accouchées selon les chiffres tensionnels à l'admission

<b>Tension artérielle mmhg</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 100/60	20	20
<b>&lt; 140/90</b>	<b>75</b>	<b>75</b>
>140/90	5	5
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau XII : Répartition des accouchées selon l'état général**

<b>Etat général</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bon</b>	<b>65</b>	<b>65</b>
<b>Mauvais</b>	15	15
<b>Passable</b>	30	30
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau XIII : Répartition des accouchées selon le lieu d'accouchement**

<b>Lieu de l'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>A domicile</b>	<b>75</b>	<b>75</b>
En cours de route	24	24
La cour du CSRef	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau XIV : Répartition des accouchées selon la qualification de l'agent qui a procédé à la section du cordon**

<b>Agent</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin	5	5
<b>Sage Femme</b>	<b>38</b>	<b>38</b>
Faisant fonction d'interne	35	35
Infirmière obstétricienne	12	12
Aide soignante	7	7
Accoucheuse Traditionnelle	1	1
Parent	2	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau XV-a : Répartition des accouchées selon le lieu de la section du cordon**

<b>Lieu Section du cordon</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
A domicile	40	40
<b>Structure de sante</b>	<b>60</b>	<b>60</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau XV-b : Répartition des accouchées selon le matériel utilisé pour la section du cordon**

<b>Matériel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ciseaux stériles</b>	<b>64</b>	<b>0,63</b>
Lame	33	0,32
Couteau	5	0,05
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Tableau XVI : Répartition des accouchées selon le lieu de la délivrance**

<b>Lieu</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Domicile (maison)</b>	<b>68</b>	<b>68</b>
Structure sanitaire (maternité)	29	29
En cours de route (dans la voiture)	3	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau XVII :** Répartition des accouchées selon le type de la délivrance

<b>Type</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Naturelle</b>	<b>95</b>	<b>95</b>
Artificielle	5	5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau XVIII :** Répartition des accouchées selon l'état du placenta à l'admission

<b>Placenta</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Complet</b>	<b>68</b>	<b>66,67</b>
Incomplet	16	15,69
Non observé	18	17,65
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Tableau XIX :** Répartition des accouchées selon le type d'accouchement

<b>Type</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Eutocique</b>	<b>97</b>	<b>97</b>
Dystocique	3	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



**Tableau XX:** Répartition des accouchées selon le type de complications

<b>Type de complications</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Déchirure périnéale</b>	<b>27</b>	<b>27</b>
Déchirure cervicale	2	2
Rupture utérine (déhiscence de l'ancienne cicatrice)	2	2
Rétention placentaire	16	16
Hémorragie de la délivrance	22	22
HTA post partum	3	3
Anémie clinique	8	8
Aucune complication	20	20
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau XXI a :** Répartition des accouchées à domicile selon le degré de déchirure

<b>Degré de déchirure</b>	<b>Effectif</b>
<b>Déchirure incomplète 1<sup>er</sup> degré</b>	<b>11</b>
Déchirure incomplète 2 <sup>ème</sup> degré	8
Déchirure incomplète 3 <sup>ème</sup> degré	5
Déchirure complète	2
Déchirure complète et compliquée	1
<b>Total</b>	<b>27</b>

**Tableau XXI b** : Répartition des accouchées au centre selon le degré de déchirure

Degré de déchirure	Effectif
Déchirure incomplète 1 <sup>er</sup> degré	6
Déchirure incomplète 2 <sup>ème</sup> degré	4
Déchirure incomplète 3 <sup>ème</sup> degré	2
<b>Total</b>	<b>12</b>

**Tableau XXII:** Répartition des accouchées selon l'état du périnée et le lieu d'accouchement

Etat du périnée Lieu d'accouchement	Périnée déchiré	Périnée intact	Total
	<b>Domicile/ En cours de route</b>	27 2,61%	
<b>Centre</b>	12 36,39%	7382 73,58%	<b>7394</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>7455</b>	<b>7494</b>

Chi<sup>2</sup> = X<sup>2</sup> = 250,84  
 P < 0,00005

**Tableau XXIII:** Répartition des accouchées selon l'hospitalisation

<b>Hospitalisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Hospitalisées	12	12
<b>Non Hospitalisées</b>	<b>88</b>	<b>88</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Causes d'hospitalisation

L'anémie clinique représentait la première cause d'hospitalisation (10%). Trois femmes ont subi la transfusion.

**Tableau XXIV :** Répartition des accouchées selon les motifs évoqués

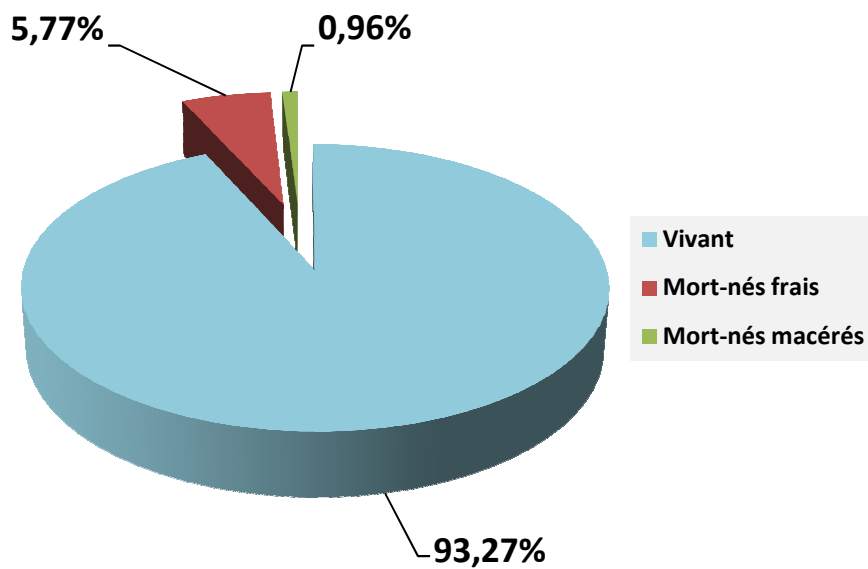
<b>Motifs</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Méconnaissance du travail	11	11,0
<b>Manque de moyen de transport/ Obstacle financier</b>	<b>68</b>	<b>68,0</b>
Absence d'accompagnateur (trice)	15	15,0
Volonté personnelle	6	6,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tableau XXV:** Répartition des accouchées selon le poids de naissance.

<b>Poids de naissance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 2500g	<b>69</b>	<b>66,34</b>
2500-4000g	34	32,69
> 4000g	1	0,96
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés selon la référence**

Référence	Effectif	Pourcentage
Référés	10	10,0
Non Référés	90	90,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



**Figure III : Répartition des accouchées à domicile selon l'état du nouveau-né**

**Tableau XXVII :** Répartition des accouchées au centre selon l'état du nouveau-né

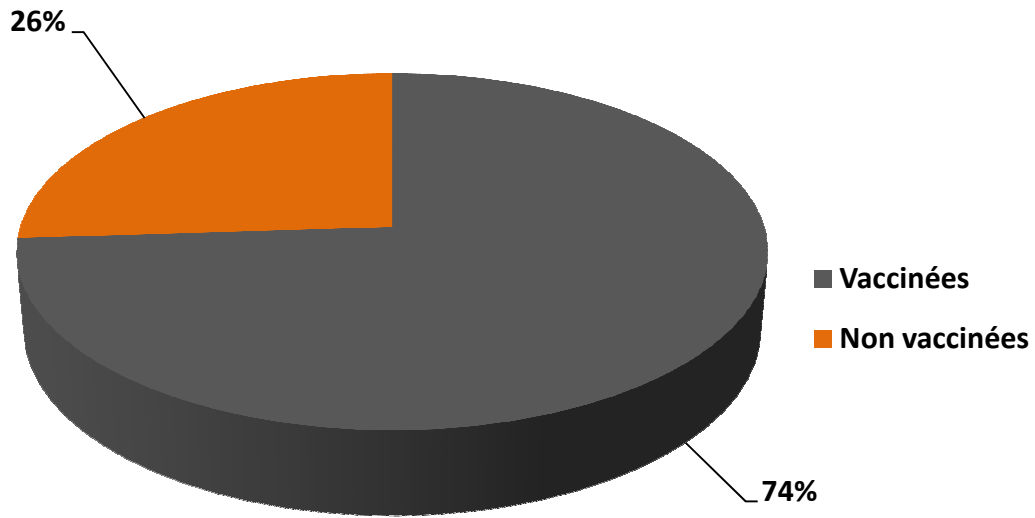
Etat du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
<b>Vivant</b>	<b>7385</b>	<b>99,85</b>
Mort-né frais	3	0,04
Mort-né macéré	8	0,11
<b>Total</b>	<b>7396</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVIII:** Répartition des accouchées selon l'état du nouveau-né et le lieu d'accouchement

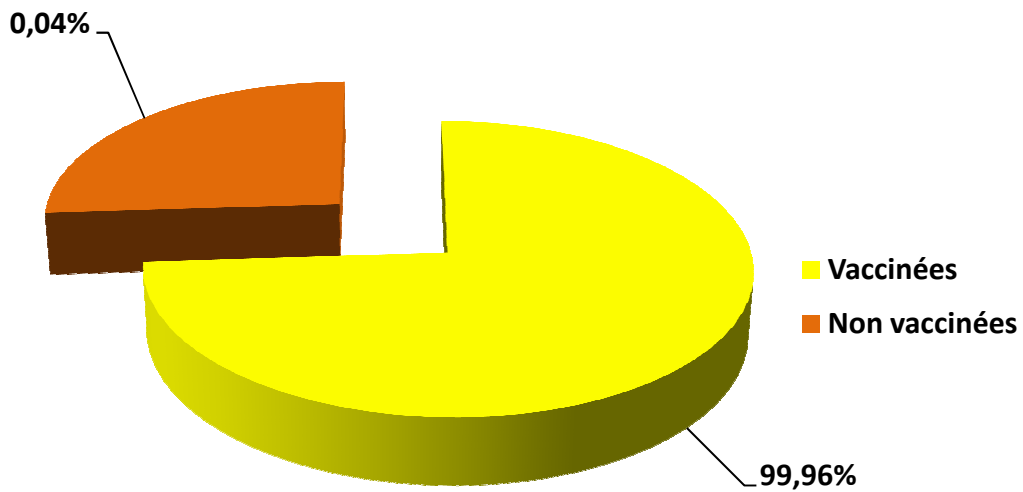
Etat du nouveau-né Lieu d'accouchement	Vivant	Mort né frais	Mort né macéré	Total
	<b>Domicile</b>	<b>97</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
	<b>10,28%</b>	<b>0,62%</b>	<b>0,62%</b>	
<b>Centre</b>	7385	3	8	7396
	73,79%	8,38%	8,38%	
<b>Total</b>	<b>7482</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>7500</b>

$$\text{Chi}^2 = \text{X}^2 = 185,55$$

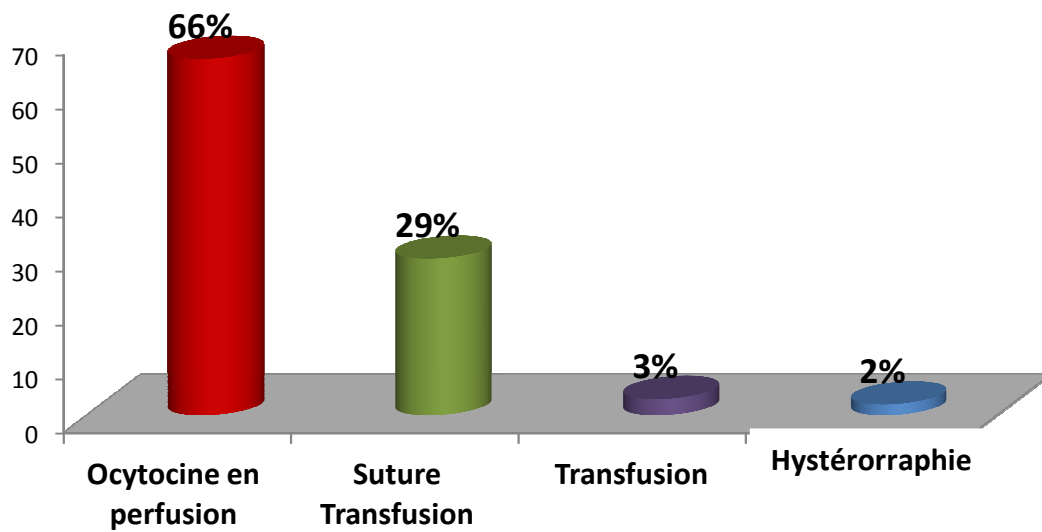
$$P < 0,00005$$



**FIGURE IV a :** Répartition des accouchées à domicile selon le statut vaccinal



**FIGURE IV b :** Répartition des accouchées au centre selon le statut vaccinal



**Figure V:** Répartition des accouchées selon le traitement réalisé au CSRéf

**Tableau XXIX :** Répartition des accouchées au centre selon le traitement réalisé au CSRéf

Traitement	Effectif
Révision + Antibiothérapie	38
SAT + VAT	26
Hospitalisation	12
<b>Total</b>	<b>76</b>

**Tableau XXX :** Répartition des nouveau-nés au centre selon le traitement réalisé au CSRéf

<b>Traitement</b>	<b>Effectif</b>
SAT	26
<b>K1</b>	<b>31</b>
Antibiothérapie	10
Réanimation	20
Référence	10
<b>Total</b>	<b>97</b>



## **IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1. Le taux d'accouchement à domicile**

Pendant la période d'étude nous avons colligé 100 cas pour 7494 accouchements soit un taux de 1,3%. Notre taux est inférieur à ceux de : DIARRA N. [5] qui a trouvé 4,02% dans une étude rétrospective sur trois ans et demi, réalisée à la maternité du CSRéf de la Commune V du district de Bamako, OUELOGUEM Ali [29] dans une étude prospective avec 3,8% et KONDE K. [18] avec 5,4%.

### **2. Caractéristiques socio-démographiques**

#### **2.1 Age**

Dans notre série l'âge moyen était de 27 ans tandis que DIARRA N. [5]; KONDE K. [18]; Zouhairou S. [31] et Hirsch G. [9] ont trouvé respectivement : 27,4 ans ; 25,5 ans ; 18,2 ans ; 26,1 ans.

Il semble que la femme âgée d'au moins 25 ans est plus exposée à l'accouchement à domicile selon les auteurs [8, 9, 15,45].

#### **2.2 Niveau d'instruction**

On note un taux de 47% de femmes non scolarisées parmi nos cas. Ce taux est inférieur à ceux de : DIARRA N. [5]; KONDE K. [18]; Zouhairou S. [31] qui ont trouvé respectivement 55,8% ; 70,4% ; 52,5% et Malam [23] 57,5%. Donc l'analphabétisme exposerait à l'accouchement à domicile. Ainsi le risque d'accouchement à domicile lié à l'absence d'instruction scolaire était considérable dans notre étude.

#### **2.3 Profession de la femme**

Dans notre étude la majorité des patientes étaient des femmes au foyer avec un taux de 66% des cas. Ce taux est inférieur à ceux de : KONDE K. [18] avec 92%; DIARRA N. [5] avec 91,8% et Bonane 98%. Cette fréquence élevée des femmes au foyer semble signaler une faiblesse de ressources propres.

## 2.4 Parité

Les paucipares ont représenté dans la série 28%. Ce taux est inférieur à ceux de KONDE K. [18] 32% ; DIARRA N. [5] 32,4% ; Zouhairou S. [31] 30,8% et AKPADZA J.K.[2] 58,9%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les primipares effectuent moins de CPN. Ces dernières représentent 21% dans notre série. Les multipares étaient les plus représentées avec 35%. Le fait que les multipares accouchent à domicile peut s'expliquer par d'abord la brièveté relative de la durée du travail et ensuite par la notion « d'expériences acquises » lors des accouchements précédents.

## 2.5 Autres caractéristiques

Notre étude se singularise par :

- Un mauvais suivi prénatal : 26% de nos parturientes n'ont pas fait de CPN. Ce taux est inférieur à ceux de KONDE K. [18] plus de 80%.
- Le manque de ressource pour faire face aux frais d'accouchement et de transport a tantôt été évoqué entre autre comme raison justifiant l'accouchement à domicile dans 68% des cas. Nos résultats sont supérieurs à ceux de KONDE K. [18] 10,3% ; Malam [23] à Niamey et DIARRA N. [5] à Bamako qui ont trouvé respectivement 40,06% et 51,03% des femmes ayant évoqué le motif d'obstacle financier.
- Au total, le profil socio-démographique des femmes accouchant à domicile en commune VI du district de Bamako pourrait se définir dans notre étude comme étant en général :
  - les multipares (35%),
  - une tranche d'âge de 19 à 35 ans,
  - l'insuffisance ou l'absence de suivi prénatal,
  - la non scolarisation,
  - la pauvreté.

### 3. Pronostic maternel :

La majorité des femmes de notre série ont présenté des complications soit 80%.

Parmi ces complications nous pouvons citer :

- les lésions périnéales 27%, ce taux est supérieur à ceux de : KONDE K. [18] ; Zouhairou S. [31] qui trouvent respectivement 3,8% et 12,5 %. Il est inférieur à ceux de DIARRA N. [5] et Bonane B. et Coll à Ouagadougou qui ont trouvé 30% et 42%.
- l'hémorragie de la délivrance a été observée chez 22% des cas. Ce taux est inférieur à celui de DIRRA N. [5] ; Zouhairou S. [31] qui ont trouvé 25% et 23,1%. Il est supérieur à celui de KONDE K. [18] 18,9% ; Olivier S. [26] 3%.
- la rétention placentaire : 16%, taux supérieur à ceux de : KONDE K. [18] 8% ; Zouhairou S. [31] 12,4%, mais inférieur aux 29% observés dans la série de DIARRA N. [5].
- L'anémie clinique est la pathologie la plus observée avec 8%. Ce chiffre est inférieur à ceux de KONDE K. [18] ; Zouhairou S. [31] qui ont trouvé 14,3% et 59,6%.

Les femmes les plus exposées aux complications sont celles qui accouchent à domicile.

### 4. Pronostic fœtal

Nous avons colligé 104 nouveau-nés dont 8 issus de grossesses gémellaires.

#### a. Morbidité

Dans notre série 66,35% des nouveau-nés avaient un petit poids de naissance. Ce taux est supérieur à ceux de K ONDE K. [18] ; Zouhairou S. [31] qui ont trouvé 18,9% ; 13,5%. Cette différence importante pourrait être due à l'absence d'un bon suivi prénatal.

Les principales causes de référence des nouveau-nés ont été : la prématurité, la souffrance néonatale et le petit poids de naissance. Cinq (5) nouveau-nés ont été référés soit 4,7% des cas.

### **b. Mortalité**

Nous avons enregistré 7 morts nés soit 6,73% des cas. Ce taux est inférieur à celui de DIARRA N. [5] avec 18,65%. Ce taux est comparable à celui de KONDE K. [18] avec 2,6% mais inférieur à celui de DIARRA N. [5] qui a relevé 20,95% de décès néonatal.

L'accouchement à domicile est un facteur de risque de décès néonatal.

## V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### 1- Conclusion

Cette étude prospective transversale descriptive menée au Centre de Référence de la Commune VI du district de Bamako sur une période de 12 mois, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2012, pour toute femme ayant accouché à domicile et admise dans le post partum immédiat a permis de retenir que :

- 1,3% des accouchements se sont déroulés sans aucune assistance médicale ;
- les multipares sont les plus représentées avec 35% ;
- 26% des cas n'ont pas fait de CPN ;
- 47% des cas n'étaient pas scolarisés;
- 51% des cas ont présenté des complications ;
- 81% des cas sont des femmes au foyer ;
- aucun décès maternel n'a été constaté.

La pauvreté et l'ignorance peuvent expliquer les différences des séries discutées. Une partie importante des femmes continuera à accoucher à domicile dans des conditions désastreuses si aucune stratégie correctrice n'est mise en route.

## 2- Recommandations

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

- **Au personnel de santé**
  - ❖ Développer et intensifier à l'intention des femmes des informations sur :
    - L'importance de la consultation prénatale (CPN) ;
    - L'existence et le danger des facteurs de risque au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post partum ;
    - Les conséquences néfastes pour la mère et le nouveau-né des accouchements à domicile ;
    - Redynamiser la stratégie du plan d'accouchement.
  - ❖ Organiser des campagnes d'informations et de sensibilisation de la population afin de convaincre plus de femmes à accoucher dans les structures de santé.
- **Aux autorités politiques**
  - Renforcer la formation des prestataires en matière de santé de la reproduction en général, les matrones et les sages femmes en particulier tout en assurant leur formation continue ;
  - Etudier et promouvoir une politique de formation et d'intégration des accoucheuses traditionnelles dans le système de santé ;
  - Renforcer les efforts visant à accroître le taux de scolarisation des jeunes filles, ce qui aura probablement une très grande influence sur leur comportement ultérieur et sur les décisions qui concernent leur santé ;
  - Doter les CSRéf d'un service de réanimation avec un médecin réanimateur ;
  - Améliorer les conditions de vie des femmes ;

- Renforcer les activités de communication et le changement de comportement de la population en général et de la femme en particulier ;
  - Instaurer la gratuité de l'accouchement.
- **A la population**
    - Eviter les accouchements à domicile ;
    - Faire régulièrement les CPN ;
    - Espacer les naissances pour le meilleur état de santé de la mère et de l'enfant ;
    - Eviter les pratiques traditionnelles néfastes.

## VI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Anonyme** : Rapport de la cellule de recherche pour la population et le développement (CERPOD) 1997.
2. **AKPADZA J. K., BAETA S., AMADOU A., ANKOU A. :**  
Accouchement sans surveillance médico-obstétricale dans la commune de LOME. Journal de la SAGO, 2004, *vol.5*, n° 1, p.9-14.
3. **Bonane B et Coll** : Accouchement à domicile à la maternité du CHN de Ougadougou à propos de 156 cas colligés en quatre (4) ans. Burkina Médical n° spécial, année 1999 session II
4. **Conable B B** : La maternité sans risque. Forum médical de la santé – OMS Genève 1987 vol 8 N°2 164-170.
5. **DIARRA N. :** Etude des accouchements à domicile en CV du District de Bamako à propos de 728 cas. Thèse de Médecine FMPOS Bamako 2001 M-48.
6. **De Stanne, De Bernis L** : Mortalité maternelle : les causes. L'enfant en milieu tropical 1990, 187-188.
7. **Enquête Démographique et de Santé au Mali** : EDS 4 2006.
8. **Habssatou T** : Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain. Thèse de Médecin FMPOS Bamako 2000 M-62.
9. **Hirsch G. :** Facteurs de risque et conséquences materno-foetales des accouchements hors maternité. Thèse de Médecine paris 1988 N°49.



10. **Isenalumbe A. E** : Intégration des accoucheuses traditionnelles au système de soins de santé. Forum mondial de la santé, 1990.
11. **J. Baudet et F. Daffos** : Obstétrique pratique. Maloine SA. Paris ZAC de Mercière 1977 : 553.
12. **J. Lansac, C. Berger, G. Magnin** : Obstétrique pour le praticien 4<sup>ème</sup> édition, Masson Paris 2003 : 469.
13. **J. Lansac, P. Lecomte** : Gynécologie pour le praticien, 5<sup>ème</sup> édition Saint Germain Cedex 06, SIMEP, 1999 : 560.
14. **J. Lansac, G. Body, F. Perrotin et H. Marret** : Pratique de l'accouchement, 3<sup>ème</sup> édition, 2001 : 360.
15. **J. Lansac, C. Berger, G. Magnin** : Obstétrique pour le praticien 2<sup>ème</sup> édition, 1990 : 424.
16. **J. Lansac, G. Body** : Pratique de l'accouchement, 2<sup>ème</sup> édition, 1992 : 360.
17. **Kitsa et Coll** : The prevalence of dociliary deliveries in khayelisha, Cap Town. South Africain Medical Journal 1997 FEB.
18. **KONDE K.** : Accouchement à domicile au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako à propos de 175 cas. Thèse de Médecine FMPOS 2008-M-573.
19. **Legende** : Ministère du Plan. Diagnostic du District de Bamako, avant projet, Bamako 1988. Document photocopié.

20. **Labama L** : Accouchement à domicile, un risque pour la mère et l'enfant. Panorama médical 1995 12 : 720-723, Kinsangani (RDC).
21. **Lori. S. Ash Ford** : Politique des populations-promotion des droits de la femme.
22. **Maguiraga M.** : Etude de la mortalité maternelle au Mali. Cause et facteur de risque au CSREF CV du District de Bamako. Thèse de Médecine FMPOS Bamako 2000 M-110.
23. **Malam** : Contribution à l'étude des accouchements à domicile à propos de 312 cas. Thèse de Médecine Niamey 1995 N°18.
24. **Marc Gamberre et Coll** : Préparation maternelle de l'accouchement. OBST 5017 D 10 page 5
25. **Merger R., Levy J., Melchoir J.**: Précis d'obstétrique 6<sup>ème</sup> Edition MASSON Paris Cedex Saint Germain, 1995 : 597.
26. **Olivier S.** : L'accouchement à domicile. Réanimation soins intensifs. Médecine d'urgence 1994 ; 4 : 207-12.
27. **OMS** : Santé de la reproduction – Maternité sans risque. N°2 octobre 2004.
28. **OMS** : Santé du monde janvier-février 1998 n°1.
29. **OUOLOGUEM Ali D.** : Accouchement non assisté dans le centre de santé de référence de la commune I. Thèse de Médecine 2006-M-353 FMPOS.

**30. Talibo A :** Contribution à la CPN pour l'identification et la prévention des facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de santé du District de Bamako. Thèse de Médecine 1998 M-29 FMPOS.

**31. Zouhairou S. :** Accouchement non assisté à l'hôpital de Tombouctou. Thèse de Médecine FMPOS 2011-M-233.

# ANNEXES

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**NOM :** DIAKITE

**PRENOM :** Nanténin Kaba

**TITRE DE LA THESE :** Accouchements à domicile au CSRéf Commune VI du District de Bamako.

**ANNEE UNIVERSITAIRE :** 2012-2013

**VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako

**PAYS D'ORIGINE :** Mali

**LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**SECTEUR D'INTERET :** Obstétrique.

### Résumé

L'accouchement à domicile reste un problème important et grave qui expose la mère et l'enfant aux complications les plus néfastes. Au terme de cette étude prospective et transversale sur 7494 accouchements cumulés, 100 accouchements à domicile ont été enregistrés soit un taux de 1,3%.

Dans notre étude l'âge moyen était de 27 ans, qui ont au moins 3 enfants. La plupart de nos patientes étaient non scolarisées (47%) effectuant peu ou pas de CPN. La déchirure périnéale, l'hémorragie de la délivrance, les lésions cervicales, la déhiscence utérine étaient les principales complications (27% ; 22% ; 2% et 2%). Cependant aucun décès maternel n'a été constaté. Les efforts doivent se concentrer sur l'éducation et la sensibilisation des gestantes, une information soigneuse, lucide sur les aspects et signes qui nécessitent le départ rapide vers la maternité.

**Mots clés :** Accouchement à domicile

Aspect socio-démographique ; complications.

## FICHE D'ENQUETE

### I- IDENTIFICATION DE LA FEMME

1-Numéro du dossier :.....

2-Numéro de contact :.....

3-Age :.....

4-Ethnie  (1 bambara, 2 bobo, 3 peulh, 4 Sarakolé, 5 dogon, 6 autres)

5-Provenance :

Commune.....

6-Profession  (1 femme au foyer, 2 fonctionnaire ; 3 commerçante ;  
4 vendeuse ambulante, étalagiste, 4 élève /étudiante)

7-Etat matrimonial  (1 mariée, 2 célibataire, 3 divorcée, 4 veuve)

8-Niveau d'instruction  (1 primaire, 2 secondaire, 3 supérieur, 4  
alphabétisée en langue nationale, 5 analphabète)

9-Antécédents :

9.1 Médicaux

9.2 Chirurgicaux

9.3 Obstétricaux

9.3.1 Gestité

9.3.2 Parité

9.3.3 Enfant vivants

9.3.4 Avortement

9.3.5 Enfants décédés

9.3.6 C P  1 oui, 2 non  
nombre :.....

9.3.7 V A  1 oui 2 non  
nombre :.....

Profession du conjoint  (1 cultivateur, 2 fonctionnaire, 3 chauffeur,  
4 commerçant, 5 autres)

## II-EXAMEN PHYSIQUE DANS LE CENTRE

### 1-Lieu d'accouchement

.Domicile

Si oui qualification de l'accoucheuse :

.Accoucheuse traditionnelle

. Sage femme

.Infirmière obstétricienne

.Autres

.En cour de route

.Autre

### 2 EXAMEN GENERAL

#### 2-1Etat général

.Mauvais

.Passable

.Bon

.Altéré

#### 2-2 CONJONCTIVES

. Colorée

.Moyennement

.Pale

#### 2-3 Tension artérielle

2-4 Pouls

2-5 Auscultation (cardiaque.....Pulmonaire.....)

### 3 SI DELIVRANCE

Si délivrance faite

A

Faite      Oui       non

Globe de sécurité

Bien formé    Oui  non   

Autre à préciser

.hémorragie oui  non   

. section du cordon

Domicile

Structure de santé

4 placenta

. ramené oui       non

Si oui

. complet

. incomplet molles

. Non vu

5 lésions des parties

. Périnée

Intact     

.déchirure   

. simple

. complet

.compliquée

. vagin

Intact

Lésion

.col

Intact

Lésion

6 révision utérine    oui     ou    non

B. si délivrance non faite

. Hémorragie    oui     ou    non

III . Examens complémentaires (bilans)

.groupage rhésus

. taux d'hémoglobine

IV Traitement

1 . reçu à domicile

2. Reçu au centre

. per fusion d'ocytocine

. Transfusion

. Suture

V. Evolution de la mère pendant la surveillance (2H)

- vivante

- Décédée

. Lieu



.cause

- Référée

.lieu

. Cause

Moyen de transport

.Ambulance

. Taxi

. Autre

VI Pronostic du nouveau né

1 Nombre d'enfant

2. Poids (en gramme) : J1.....J2.....

3 Taille (en cm) : J1.....J2.....

4 Sexe (M ou F) : J1.....J2.....

5. Réanimation oui            oui     non

6. Examen du nouveau né

Etat général

. Mauvais

. Passable

. Bon

- Vivant : J1.....J2.....

- Nœud sur le cordon fait oui     ou    non

.Etat du linge

Propre

Salle

-Mort né : J1.....J2.....

Décédée : J1.....J2.....

-Référé : J1.....J2.....

Motifs (causes) :

.Ictère

.Infection

.Hyperthermie

.Autres

VII Traitement du nouveau né

- Soins médicaux

.Alcool 90% (pansement ombilical)

.Genta collyre

.Antibiothérapie si nécessaire

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nations, de races, de partis ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !**