

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**



**U.S.T.T.B**

Université des sciences Techniques et  
des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B)

**REPUBLIQUE DU MALI**

**Un Peuple-Un But-Une Foi**



Faculté de Médecine, Et  
d'Odontostomatologie (FMOS)

Année Universitaire 2021 – 2022

N° 131/2022

**ASPECTS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES  
ET PRONOSTIC DES ACCOUCHEMENTS  
NON ASSISTES ARRIVANT A L'HOPITAL  
FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

**Thèse**

Présentée et soutenue publiquement le 6 / 7 / 2022  
devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

**M. FOMBA DAOUA**

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

**JURY**

Président : Pr Abdoul Aziz DIAKITE

Directeur : Pr Youssouf TRAORE

Co-directeur : Dr Mahamadou DIASSANA

Membre : Dr Amadou BOCOUM

## DEDICACES

Je dédie ce travail :

- **Au Prophète Mohamed** (paix et salut sur lui) : que la paix et la bénédiction de DIEU soit sur vous et tous les membres de votre famille ainsi que tes fidèles compagnons.

- **A mon père Konimba FOMBA** : je ne saurai assez, de te remercier père. C'est grâce à l'importance que tu accordes aux études que nous en sommes là aujourd'hui. Tu nous as toujours enseigné le sens de l'honneur, du devoir, et de la dignité. Merci de m'avoir toujours soutenu.

Ce travail est le résultat de ton dévouement inconditionnel.

Que DIEU te donne longue vie et une bonne santé. Amen !

- **A ma mère Feue BA Oumou GUINDO : Ah mère pourquoi si tôt ?**

Nous t'appelons affectueusement **AIGNAN** merci pour l'amour immense que tu nous as donné. Tes conseils et tes bénédictions nous accompagnent toujours dans la vie. Merci maman pour tous les sacrifices consentis à notre éducation. Tu resteras à jamais gravée dans nos mémoires.

Puisse DIEU t'accueillir dans son paradis. Amen !

- **A la mémoire de mes oncles Kassim, Galo, Makan, Tiéblé FOMBA, et à Adama DEMBELE et Cheick Oumar GUINDO:** Merci pour tous les soutiens.

- **A toute la famille FOMBA** : merci pour tout l'amour que vous m'avez donné sachez que je vous aime de tout mon cœur.

- **A ma fille BA Oumou Daouda Fomba l'homonyme de ma mère :**

Ce travail est l'expression de toute mon affection.

## **REMERCIEMENTS**

- **A ALLAH** : le tout puissant, le clément et le très miséricordieux. Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistiez dans nos actes quotidiens, que vous nous montriez le droit chemin et en nous éloignant du mal. Gloire à DIEU, l'omniscient, le maître des maîtres qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce grand jour. Que votre volonté soit faite.
- **A la FMOS** :  
Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.
- Remerciements infinis à **mes encadreurs du service Dr MACALOU Ballan, Dr DEMBELE Sitapha** : chers maîtres vous êtes des modèles pour moi. Votre rigueur scientifique, votre humanisme, votre dévouement pour l'encadrement des étudiants ont fait de la gynéco-obstétrique de l'HFD de Kayes pôle d'excellence. Ce travail est le résultat de votre implication constante, je ne vous en remercierai jamais assez.
- **A Dr DICKO Singou** : homme religieux, j'ai appris à connaître à votre côté la valeur de se battre avec loyauté pour réussir sa vie. Puisse DIEU vous donner longévité et santé.
- **A Dr DICKO Albachar Amidou** : je vous remercie pour votre soutien infini, ce travail est aussi le fruit de votre implication à ma formation.
- **A Dr KONE Jean-Paul, Dr TRAORE Bréhima, Dr KAMATE Y D, Dr SAGARA Aboubacar, Dr DEMBELE Harouna, Dr DOUMBIA Djidal, Dr CAMARA Mamoudou, Dr SIDIBE Hamadi, Dr SIMPARA Amadou et Dr SISSOKO Abdoul Karim** : Votre contribution à ma formation a été capitale.
- A mes camarades thésards du service de gynéco-obstétrique de l'HFD de Kayes **Falaye Fassirima KEITA, Minata DOUMBIA**.

- A mes jeunes frères du service **Ibrahim COULIBALY, Issa DAOU, Robert DIARRA, Mamadou DIAKITE, Ramata TRAORE, Alpha Oumar DIALLO, Ousmane DIAH** : pour tous ces moments scientifiques.
- A mes aînés du service **Dr DIALLO Mamadou C, Dr DOLO Issiaka T, Dr KONATE Adama , Dr BALDE Mahamadou** : pour l'apprentissage à vos côtés.
- A **Fadiama TOURE, Moussa SANOGO, Sékou KONE, Nazoum DIARRA, Mariam TRAORE, Ramatou DIARRA, Assan DIARRA, Hawa KONATE, Kady MAIGA, Founè DOUMBIA, Safoura DIALLO, Assitan Sourakata SACKO, Fanta CISSE, Maimouna COULIBALY, Maman SISSOKO, Kadidiatou SANGARE, Marie SIDIBE, et Nana TRAORE** : mon équipe de garde vous resterez pour moi une seconde famille.
- A l'ensemble du personnel médical et paramédical du service de gynécologie-obstétrique de l'HFD de Kayes.
- A **Dr DIASSANA Alima SIDIBE** : j'ai été impressionné par votre attitude depuis le jour dont vous m'avez accordé votre confiance, vous êtes un exemple à suivre chère maître.
- A ma tendre épouse **Fatoumata Tata TOGOLA** : être la femme d'un étudiant en médecine n'est pas chose facile mais tu as fait preuve de compréhension. Tu m'as soutenue malgré tous, je t'en serais toujours reconnaissant ma chérie. Que DIEU nous accorder longue vie conjugale pleine de santé.
- A mes beaux-parents : pour tous l'estime à mon égard.
- A mes frères : **Modibo, Siaka, Samou, Hama, Fodé, Lassina, Abdou, Moussa, et FOMBA Adama** : Que l'esprit de cohésion de nos parents nous anime tous.

- **A mon frère Dr FOMBA Aboubacar Konimba** : grand frère je n'en finirai jamais de te remercier durant tout le reste de mon existence pour votre soutien indéfectible. Sans vous ce parcours était impossible à réaliser, ce travail est aussi le vôtre.
- **A M Ibrahim Sow** : tes conseils et collaborations ont été capitale pendant mon séjour au service .Ce travail est aussi le vôtre
- **A M Yacouba SISSOKO anesthésiste-réanimateur à l'HFD de Kayes** : votre humanisme et conseil m'ont sans doute poussé à réaliser mon rêve. Qu'ALLAH vous accorde une longue vie enfin que plusieurs apprenant puissent réaliser leur rêve.
- **A Dr Diarra Moussa** : tu as été pour moi un frère et ami au cour de ses longues et dures années passées à la fac, merci pour tout le service rendu.
- **A mes sœurs Sétou, Kadiatou, Fana, Pedou, Nah, Mamou, Aminata, Korotoumou et Tenin FOMBA** : que Dieu consolide davantage notre fraternité.
- **A mes cousins et cousines de Fana et Bamako** : restons unis, que Allah puisse raffermir chaque jour nos liens.
- **A ma cousine Madame DEMBELE Bintou DEMBELE** : durant ce parcours tu as été pour moi une grande sœur et mère aussi par tes conseils et soutien moral et financier.
- **A mes neveux** : seul le travail paye.
- **A mes tantes** : pour les différents conseils et le soutien moral.
- **A toute la famille COULIBALY** : du point G je ne vous remercierai jamais assez.

- **Aux personnels du bloc de l'hôpital Dr DEMBELE Sadio, Dr GOITA Lassana TRAORE Hamidou, M KANE Moustapha, TRAORE Idrissa :** votre abord facile fait du bloc un lieu excellent d'apprentissage pour les thésards.
- **A vous mes amis Yaya DOUMBIA, Kissima TOUNKARA, N'TO COULIBALY , Lassine CAMARA, Binta TOGORA:** plus que des amis, vous êtes des frères pour moi. Seul Dieu peut vous récompenser.
- **A tous les étudiants de l'INFSS annexe Kayes :** pour votre soutien.

**HOMMAGES  
AUX MEMBRES  
DU JURY**

**HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur DIAKITE Abdoul Aziz**

- Professeur agrégé en pédiatrie à la FMOS ;
- Chef de service de la pédiatrie générale au CHU Gabriel Touré ;
- Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie ;
- Spécialiste en hématologie pédiatrique ;
- Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales.

**Cher maître**

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous donne longue vie.



**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**Docteur BOCOUM Amadou**

- Maître-assistant en gynécologie Obstétrique à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au service de GO du CHU Gabriel Touré ;
- Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en gynécologie et Obstétrique en France ;
- Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de coelioscopie en gynécologie en France ;
- Titulaire d'un Diplôme de formation médicale spécialisé en chirurgie gynécologie obstétrique en France ;
- Secrétaire adjoint de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).

**Cher Maître,**

Nous avons pu apprécier vos qualités humaines qui nous ont permis de travailler à vos côtés.

Vos connaissances immenses et surtout votre maîtrise parfaite en la matière font de vous un formateur apprécié.

Qu'Allah le tout puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de votre expérience.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**Docteur DIASSANA Mahamadou**

- Spécialiste en gynécologie et obstétrique ;
- Praticien hospitalier à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes ;
- Chef du service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes ;
- Chargé de cours d'obstétrique de l'INFSS annexe de Kayes ;
- Président de l'antenne régionale de Kayes de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).
- Chef de la filière sage-femme à l'INFSS annexe de Kayes
- Chargé de recherche.

**Cher maître,**

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger cette étude.

Homme de principe, d'humanisme, votre disponibilité, votre simplicité et votre abord facile sont autant de qualité que vous incarnez.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

Permettez-nous de vous exprimer, le témoignage de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur TRAORE Youssouf**

- Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE ;
- Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au Mali ;
- Président de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO) ;
- Vice-président de la société Africaine de gynécologie Obstétrique (SAGO) ;
- Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique de Bordeaux II ;
- Secrétaire adjoint à l'organisation de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;
- Enseignant chercheur.

**Cher maître**

Nous vous remercions de votre participation à l'encadrement de ce travail et à nos enseignements.

Veillez accepter cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

Que Dieu vous accorde une longue vie.

# **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

ANA : Accouchement non assisté

ATCD : Antécédent

CCC : Conseil pour le changement de comportement

CSCOM : Centre de santé communautaire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNGOF : Collège national de gynéco-obstétrique de France

CPN : Consultation Prénatale

CSREF : Centre de santé de référence

CU : Contraction utérine

CUD : Contraction utérine douloureuse

DNS : Direction nationale de la santé

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

GATPA : Gestion active de la Troisième période de l'accouchement

GEU : Grossesse extra-utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HFDK : Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPP : Hémorragie du post-partum

HPPI : Hémorragie du post-partum immédiat

HTA : Hypertension artérielle

HU : Hauteur utérine

IIG : intervalle intergénéral

InVS : Institut de veille sanitaire

Nné : Nouveau-né

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

USTTB : Université des sciences techniques et technologies de Bamako

RPC : Recommandation pour la pratique clinique

SA : Semaine d'aménorrhée

SAGO : Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique

SFAR : Société de France Anesthésie et de Réanimation

# **SOMMAIRE**

## **SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>2</b>
<b>II. GENERALITES :.....</b>	<b>3 à 21</b>
<b>2-1-DEFINITION</b>	
<b>2-2-EPIDEMIOLOGIE</b>	
<b>2-3-RAPPEL SUR L'ACCOUCHEMENT NORMAL</b>	
<b>III. METHODOLOGIE.....</b>	<b>22 à 26</b>
<b>IV. RESULTATS.....</b>	<b>27 à 41</b>
<b>V. COMMENTAIRES / DISCUSSION.....</b>	<b>42 à 45</b>
<b>VI. CONCLUSION.....</b>	<b>46</b>
<b>VII. RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>47</b>
<b>VIII. REFERENCES/BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>48 à 52</b>
<b>IX. ANNEXES.....</b>	<b>53 à 55</b>

# **LISTE DES TABLEAUX**



## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Répartition des femmes selon tranche d'âge.....	29
Tableau II : Répartition des femmes selon l'état matrimonial.....	30
Tableau III: Répartition des femmes selon la profession du procréateur.....	31
Tableau IV: Répartition des femmes selon la gestité.....	32
Tableau V: Répartition des femmes en fonction d'antécédents de mort-né.....	33
Tableau VI : Répartition des femmes en fonction d'antécédent d'accouchement hors maternité.....	33
Tableau VII: Répartition des femmes en fonction d'antécédents chirurgicaux..	34
Tableau VIII : Répartition des femmes selon le nombre de CPN .....	34
Tableau IX : Répartition des femmes en fonction du lieu de suivi prénatal.....	35
Tableau X Répartition des cas en fonction du lieu d'expulsion du fœtus.....	36
Tableau XI : Répartition des cas en fonction de la personne ayant assistée l'accouchement.....	37
Tableau XII : Répartition des cas en fonction du lieu de la délivrance.....	37
Tableau XIII : Répartition des cas en fonction du lieu de la section du cordon ombilical.....	38
Tableau XIV : Répartition des cas en fonction du sentiment après l'accouchement.....	38
Tableau XV : Répartition des femmes selon le type de complication.....	39
Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du besoin transfusionnel..	40
Tableau XVII : Répartition des patientes ayant bénéficié d'une transfusion....	41
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le nombre d'unit de poche de sang reçue.....	41
Tableau XIX: Répartition des Nouveau-nés en fonction de l'état à la naissance.....	42
Tableau XX : Répartition en fonction du poids des Nnés à la naissance.....	42
Tableau XXI : Répartition des Nouveau-nés en fonction de la référence en pédiatrie.....	43
Tableau XXII : Répartition des cas en fonction des traumatismes des Nnés à la naissance.....	43
Tableau XXIII : Répartition des cas selon la raison de l'accouchement hors Maternité.....	44

# **LISTES DES FIGURES**

## **LISTES DES FIGURES**

FIGURE 1 : Déchirure périnéale du premier degré (simple) .....	10
FIGURE 2 : Déchirure périnéale du deuxième degré (complète) .....	11
FIGURE 3 : Déchirure périnéale du troisième degré (complète compliquée) ...	11
FIGURE 4 : Déchirure centrale du périnée .....	12
FIGURE 5 : L'utérus inversé n'atteint pas la vulve 2 <sup>ème</sup> degré .....	16
FIGURE 6 : L'utérus totalement invaginé s'exteriorise à la vulve 4 <sup>ème</sup> degré ...	16
FIGURE 7 : Paralysie obstétricale du plexus brachial Type DUCHENNE ERB .....	17
FIGURE 8 : Paralysie obstétricale du plexus brachial Type KLUMPKE P 18	
FIGURE 9 : Céphalématome .....	18
FIGURE 10 : Compression de l'aorte abdominale .....	23
FIGURE 11 : Compression bimanuelle de l'utérus .....	23
FIGURE 12 Répartition des femmes selon la provenance.....	29
FIGURE 13 : Répartition des femmes selon leur profession.....	30
FIGURE 14 : Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction.....	31
FIGURE 15 : Répartition des femmes selon la parité.....	32
FIGURE 16 : Répartition des femmes en fonction de la qualification de l'auteur du suivi prénatal.....	35
FIGURE 17 : Répartition des cas en fonction du motif d'admission.....	36
FIGURE 18 : Répartition des cas en fonction du pronostic vital des patientes...	40
FIGURE 19 : Répartition des Nouveau-nés en fonction du motif de la référence en pédiatrie.....	44

# **INTRODUCTION**

## **I- INTRODUCTION**

Depuis des années les dirigeants des pays africains 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 [1].

L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que chaque année plus de 20 millions de femmes souffrent de séquelles liés à l'accouchement non assisté parmi lesquelles 800 femmes meurent chaque jour des suites de complications obstétricales. En Afrique nombreuses sont les mères qui n'ont pas accès à des services de soins de santé moderne, on estime entre 60-80% les femmes des pays en développement qui continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance ou avec l'aide de personnes non qualifiées et d'ordinaire dans un environnement peu salubre [2].

Zouhairou S [3] à Tombouctou , Kane S [4] au Csref CII de Bamako, Tchango N [5] au Cameroun ,Cissé B.O [6] à Gao ont rapporté respectivement 8.04% , 5,1% , 37.4% et 4,5% d'accouchements non assisté (ANA). Certains facteurs jouent considérablement sur le choix du lieu d'accouchement dont le niveau d'instruction ,le suivi prénatal ,l'âge de la patiente, la multiparité et le niveau socio-économique [7]. Les risques les plus rapportés par la plupart des auteurs sont les déchirures cervicales, périnéales et /ou de la paroi vaginale, la rupture utérine et parfois une hémorragie du post-partum pouvant entraîner le décès maternel.

Pour pallier à ce phénomène aux conséquences obstétricales et socio-économiques lourdes, depuis plus d'une dizaine d'années environ, de nombreuses initiatives ont été opérée dans le but de rapprocher davantage les services de soins de santé à la population, de même que l'amélioration de la qualité des services.

Parmi ces différentes reformes nous avons : le programme de maternité sans risque, l'adoption d'une politique de population qui accorde une place de choix à la santé de la mère et de l'enfant, la politique sectorielle de santé, la césarienne gratuite, la GATPA, et les CPN recentrées.

Malgré ses dispositions peu d'études ont été mené sur les conséquences de ce mode d'accouchement sur la mère ou sur le Nné au Mali en particulier dans la région de Kayes, raison pour laquelle nous avons décidé d'initier ce travail au sein de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes en fixant comme objectifs.

# **OBJECTIFS**

**1. Objectif général :**

Etudier les aspects socio-épidémiologiques et pronostic des accouchements non assistés arrivant à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

**2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de ces accouchements.
- Décrire le profil sociodémographique des accouchées.
- Evaluer le pronostic maternel et fœtal.
- Déterminer les facteurs entraînant les accouchements non assisté.

# **GÉNÉRALITÉS**



## **II- GENERALITES**

### **2-1- Définition :**

L'accouchement non assisté (ANA) est défini comme tout processus d'enfantement qui survient dans le domicile de la mère , dans tout autre domicile ou en cours de route, sans assistance d'un personnel de santé qualifié [5].

### **2-2- Epidémiologie**

#### **- Fréquence**

La prévalence de l'accouchement à domicile a diminué au cours des dernières années ; cependant en 2019 aux États-Unis le taux de naissances hors de l'hôpital était de 0,9% , 1% en France, 3% en Allemagne, 0,5% en Australie 2% au Canada, et 16% au Pays-Bas [8].

En Afrique particulièrement au Soudan du Sud en 2010 la prévalence des accouchements sans assistance était à 19%, et 45% des accouchements étaient assistés par une personne non qualifiée [9]. En Ethiopie en 2019, 47 sur 60 accouchements ont été réalisés à domicile avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles [10]. Bien que la prévalence des accouchements non assistés (ANA) reste très élevée au Mali, leurs déterminants demeurent mal étayés [11].

Au Mali selon EDSM-VI en 2018 les accouchements non assistés ont diminué sensiblement, passant de 54 % en 2006 puis à 33 % en 2018 [12]

#### **- Facteurs de risque :**

Les principaux facteurs de risques qui peuvent favoriser les accouchements non assistés, en Afrique particulièrement au Mali, il s'agit entre autres: la profession ménagère pour la femme et celle du mari cultivateur, le niveau d'instruction scolaire de la femme ou du mari, le faible niveau de qualification du personnel de suivi prénatal, la multiparité, l'âge de la patiente et le niveau socio-économique [4].

### **2-3- Rappels accouchement normal**

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) [13].

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 la sortie (ou l'extérieur).

### **2-3-1- Mécanisme**

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 de travail : effacement et dilatation**

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

- **Effacement** : le col qui a gardé tout (3 à 4 centimètres) ou une partie de sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse se raccourcit 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 1 cm 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. Le deuxième ne commence que quand le premier est tout à fait terminé et dure en moyenne dans les cas non pathologiques 7 à 10 heures. Ainsi le pourtour du col dilaté est toujours mince. 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. La rupture à dilatation complète est dite **tempestive**, au cours de la dilatation **précoce** ; avant tout début de travail **prématurée**. 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 du fœtus**

Correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance; traversée de la filière génitale.

Rappel anatomique sur le bassin obstétrical :

Le bassin est une structure osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels elle s'appuie, son examen permet d'établir le pronostic d'accouchement, qui comprend 3 parties ou orifice :

l'orifice supérieur ou détroit supérieur, l'orifice moyen ou détroit moyen et l'orifice inférieur ou détroit inférieur.

○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 se sera « amoindrie » en se fléchissant à l'extrême.

○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.

○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 fléchi se défléchi.

Chez la primipare cette période durait en moyenne pour les classiques une à deux 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.

● 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 (formation du globe utérin).

**2-3-2- Les complications de l'accouchement non assisté :**

**- Les complications maternelles**

●**Les hémorragies du post-partum (HPP)**, en particulier celles de la délivrance sont les plus redoutables notamment pour les équipes urgentistes dont l'exercice hors maternité et l'expérience souvent limitée rendent la prise en charge délicate. Cette crainte est renforcée par le fait qu'elles représentent la première cause de mortalité maternelle en France [14,15] avec 48 décès recensés par l'InVS de 2001 à 2006 et que leur caractère évitable atteindrait 50 à 80 % [15].

Cette viabilité est rapportée à un retard au diagnostic ou à un retard à l'intervention. C'est pour cela que des recommandations pour la pratique clinique ont été élaborés à ce sujet par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) en 2004 [16] ; elles ont permis d'uniformiser les pratiques même si l'impact de cette uniformisation reste à évaluer. Ces recommandations restent d'actualité en 2012 et ont été adaptées à l'obstétrique extrahospitalière en 2010 [17].

Pour mieux appréhender le risque d'une HPP, il faut se rappeler que le débit de chaque artère utérine atteint 300 ml/min en fin de grossesse. L'hémorragie du post-partum immédiat correspond à une perte sanguine supérieure ou égale à 500 ml dans les 24 premières heures qui suivent l'accouchement.

Cependant, une hémorragie de 500 à 1 000 ml est généralement bien tolérée avec un retentissement clinique souvent apparent qu'au-delà de 1 000 ml de perte sanguine [18]. Une perte supérieure à 1 000 ml représente 1,3 % des grossesses dont 0,4 % de perte supérieure à 1 500 ml [18].

L'HPP précoce représenterait 5,4 % des accouchements dont 1,5 % d'hémorragie graves [19]. Les hémorragies qui menacent la vie de la parturiente représentent 0,5 % des grossesses [20].

➤ **Facteurs de risque et étiologies**

Les facteurs de risque reconnus sont l'âge de la patiente (risque multiplié par 3 après 35 ans et par 8 au-delà de 40 ans), l'appartenance à une catégorie sociale défavorisée, antécédent d'hématome rétro-placentaire, de rupture utérine et de placenta prævia. Une délivrance tardive, au-delà de 30 minutes après la naissance, est le facteur de risque le plus fortement lié à l'hémorragie de la délivrance [21].

Les prises en charge non conformes aux recommandations restent élevées en maternité avec lors des HPP 33 % de prises en charge strictement conformes et 15 % de cas où aucune recommandation n'a été suivie [19], il est probable que la situation soit pire en dehors d'une maternité. L'application rigoureuse des protocoles thérapeutiques et une prise en charge précoce et multidisciplinaire sont donc nécessaires [19,22]. Au final, la majorité des HPP survient sans qu'aucun facteur de risque ne soit clairement identifié [18]. Puisqu'il n'est pas possible de recommander une stratégie de prévention de l'HPP qui reposerait sur l'identification de facteurs de risque, la vigilance de l'équipe soignante est garante d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée.

Les causes d'hémorragies survenant en post-partum immédiat peuvent être regroupées en trois catégories : l'atonie utérine et les pathologies de la délivrance ; les lésions traumatiques obstétricales ; les troubles de l'hémostase. Seul le premier groupe peut être qualifié d'hémorragie de la délivrance stricto sensu ; cette distinction nosologique reste théorique car en pratique, il s'agit d'une femme qui vient d'accoucher et qui saigne anormalement. Ce groupe est cependant très majoritaire (80 % à 70 % d'atonie et 10 % de rétention de placenta ou de membranes) pour 20 % de traumatismes et moins de 1 % de coagulopathie initiale [23].

○ Diagnostic d'une hémorragie post-partum (HPP) : si la définition quantitative théorique d'une HPP paraît simple, sa reconnaissance est difficile. Il est admis depuis longtemps que l'évaluation visuelle du saignement sous-estime les pertes de 45% [24]. Les modifications de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque (généralement tachycardie mais parfois bradycardie paradoxale), de la recoloration capillaire, de la fréquence respiratoire, de l'état neurologique et de la diurèse sont utiles au diagnostic d'hypovolémie mais ne sont pas corrélées à son intensité [25]. Le retentissement d'une hémorragie est souvent tardif : une parturiente supporte facilement une perte atteignant 1 000 ml ; il est parfois brutal. L'hypotension artérielle ne survient que pour des pertes sanguines égales ou supérieures à 30 % ; on ne peut donc lui accorder de l'intérêt que comme signe de gravité.

#### ● **Les complications traumatiques obstétricales**

Elles comprennent les déchirures périnéales, vulvaires, vaginales, cervicales et rupture utérine. Ces lésions sont souvent associées. Leur réparation n'a pas fondamentalement changé ces dernières années.

Elles sont observées dans 20 à 60 % des accouchements non assistés [26].

Les parties les plus touchées sont le vagin, la vulve et le périnée, et plus rarement le col et le sphincter anal. Leur suture est méthodique et réalisée dans l'ordre : col, vagin, périnée, vulve. Les facteurs de risques doivent être connus par les sages-femmes pour prévenir les déchirures lors de l'accouchement.

Les facteurs favorisant les déchirures obstétricales retrouvées dans la littérature sont [26,27] :

- La primiparité [26,27] ;
- La macrosomie fœtale et la dystocie des épaules par surdistension du périnée lors du dégagement [26,27] ;
- Les présentations postérieures de la face [27], du siège [26] ;

- Les extractions instrumentales[27], les manœuvres obstétricales (la manœuvre de Jacquemier ou la grande extraction du siège) [26] ;
- L'épisiotomie médiane [26,27] ;
- La texture du périnée : œdématisée par un travail prolongé, fragilisée par des touchers vaginaux répétés ou constitutionnellement fragile en particulier chez les femme rousse [26] un périnée trop résistant se laissant mal distendre (comme un périnée cicatriciel, celui de la primipare âgée, et celui des femmes excisées ou infibulées) [26,27] ;
- Une distance ano-vulvaire courte [26,27] ;
- Le mauvais contrôle manuel du dégagement, un accouchement très rapide « en boulet de canon » où le périnée n'a pas eu le temps de s'assouplir et se distendre, la position de la parturiente (la position debout majore le risque), [26,27] ;
- L'obésité : les facteurs de risques sont souvent associés entre eux avec un effet cumulatif sur le risque de déchirures[27].

La physiopathologie des déchirures repose sur les relations entre les différentes structures anatomiques en cause, les capacités de résistance à la tension de chacun d'eux et le déroulement de l'expulsion. La résistance à l'étirement est décroissante de la peau aux muscles.

Au cours de la première phase de l'expulsion, lors du franchissement des faisceaux sphinctériens des releveurs par la présentation, ces derniers peuvent présenter des déchirures.

Au cours de la deuxième phase de l'expulsion, l'élément le moins élastique est le noyau fibreux central du périnée dont les lésions sont donc plus ou moins importantes. La rupture musculaire altère la tonicité et pourra être source de dyspareunies. La muqueuse vaginale est le deuxième élément capable de se déchirer. La déchirure peut se produire au niveau de l'hymen pour remonter vers le vagin en direction des épines sciatiques et pour descendre vers la jonction cutanéomuqueuse. Il est important de ne pas sous-estimer des « éraillures vaginales » où des dégâts sous-jacents peuvent être importants.

Après tout accouchement, un examen attentif et soigneux doit être réalisé au niveau du périnée, du vagin, voire s'il y a lieu du sphincter anal, de la paroi digestive (rectum), ou du col [27].

Un bilan lésionnel est donc une étape essentielle pour identifier et évaluer les déchirures obstétricales. Il ne faut pas hésiter à utiliser des valves.



➤ **Les déchirures périnéales** [27,28]

Plusieurs classifications existent.

La première distinction à faire est entre les déchirures fermées et les déchirures ouvertes :

✚ **Les déchirures fermées** : les structures musculo-aponévrotiques peuvent être lésées sans effraction cutanéomuqueuse, ces lésions sont interstitielles. Le périnée semble normal sans lésion vulvaire.

Alors qu'en réalité, il peut y avoir des lésions profondes du périnée atteignant les muscles et le noyau fibreux central du périnée, le nerf pudendal qui seront responsables de troubles de la statique pelvienne à long terme [29].

Elles s'accompagnent d'hématomes intramusculaires qui peuvent entraîner une sclérose cicatricielle [27,29], le diagnostic est difficile. On peut parfois constater un « caractère ecchymotique et flasque de la peau du périnée », traduisant les dégâts sous-jacents. [27]. Le risque de thrombus vaginal est important.

✚ **Les déchirures ouvertes** : elles sont les plus fréquentes.

En cas de déchirures ouvertes, on peut distinguer la classification française et la classification anglo-saxonne.

La classification française [27,28]:

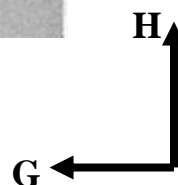
○ Les déchirures incomplètes du 1er degré ou déchirures périnéales simples qui intéressent la peau, muqueuse vaginale, tissus conjonctif, parfois le plan musculaire superficiel, mais elles respectent le sphincter anal ; celui-ci est en effet entouré d'un pourtour fibreux qui constitue une dernière zone de résistance avant sa rupture. La déchirure remonte plus ou moins haut vers les culs de sacs latéraux du vagin.

○ Les déchirures complètes du 2ème degré dans lesquelles le sphincter anal est concerné. Le sphincter externe se rompt lorsque la distension est plus importante et si la traction qui s'exerce sur lui par l'intermédiaire des deux faisceaux pubo-rectaux devient supérieure à ses capacités d'étirement : il s'agit alors d'une déchirure du 2nd degré. La couche longitudinale complexe constitue à la fois une zone de résistance et un plan de glissement entre le sphincter externe et le sphincter interne. La déchirure s'arrête au niveau de la marge anale, là où les fibres du faisceau sous-cutané du sphincter strié rentrent en contact avec la peau. Lorsque ce dernier rempart cède, le sphincter interne et la muqueuse anale se déchirent du bas vers le haut, faisant communiquer vagin et rectum : ce sont les déchirures du 3ème degré.

○ Les déchirures complètes du 3<sup>ème</sup> degré intéressent complètement le sphincter anal mais également la muqueuse anale. Elles mettent ainsi en communication le vagin et le bas rectum. Elles forment ainsi un « cloaque ». Elles sont souvent dues à une épisiotomie insuffisante.

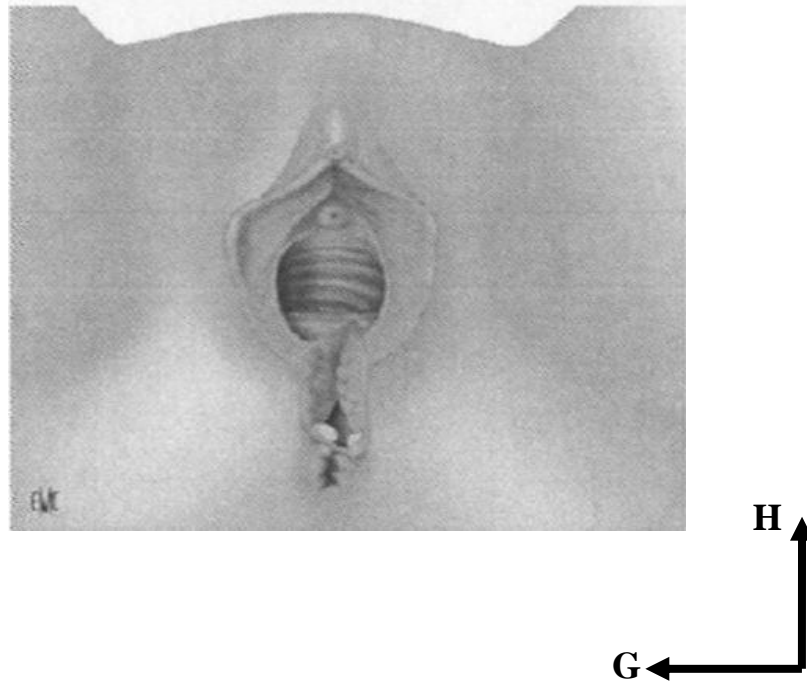
La classification anglo-saxonne [27,28] qui est différente mais essentielle à connaître pour l'analyse de la littérature :

- **Le 1er degré** correspond à une déchirure périnéale isolée (lésions cutanéomuqueuses) ;
- **Le 2nd degré** correspond à une atteinte du noyau fibreux central du périnée c'est donc une lésion du 1er degré compliqué par une atteinte du noyau fibreux central du périnée ;
- **Le 3ème degré** correspond à une déchirure complète c'est-à-dire avec une atteinte du sphincter externe de l'anus ;
- **Le 4ème degré** correspond à une déchirure complète compliquée. On observe donc une lésion sphinctérienne à laquelle se rajoute une rupture de la paroi ano-rectale antérieure.

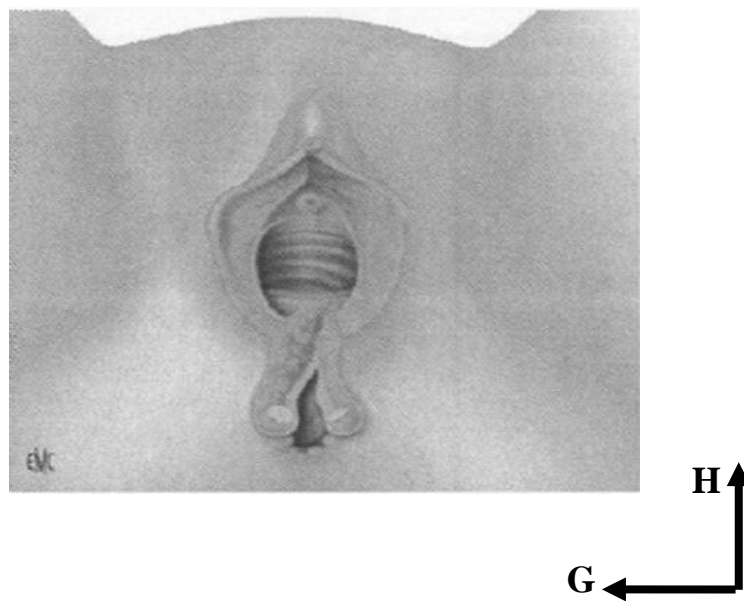


**FIGURE 1 : Déchirure périnéale du premier degré (simple) [13]**

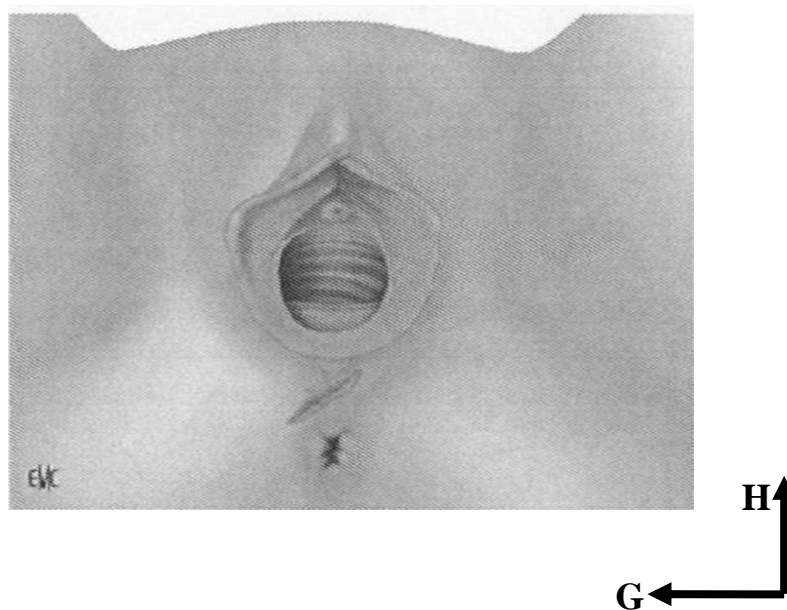




**FIGURE 2 : Déchirure périnéale du deuxième degré (complète) [13]**



**FIGURE 3 : Déchirure périnéale du troisième degré  
(complète compliquée) [13]**



**FIGURE 4 : Déchirure centrale du périnée [13]**

➤ **Les déchirures vaginales**

Elles peuvent être parfois simples et isolées. Les plaies partent de l'anneau vulvaire et remontent en direction de l'épine sciatique. Elles sont toujours postérieures et peuvent parfois être bilatérales. Leur réparation est le premier temps du traitement des déchirures obstétricales[26,30].

Elles sont plus souvent compliquées car elles sont associées à une déchirure périnéale ou à une épisiotomie au cours d'une extraction instrumentale [26,30]

Les plaies peuvent se prolonger jusqu'au cul-de-sac vaginal et s'associer à une déchirure cervicale. Elles sont majorées lors d'une extraction instrumentale ( par forceps ou spatules ) avec des taux variant de 2 à 56 % pour les forceps et de 20 à 43% pour les spatules [31] ,ces plaies sont parfois très hémorragiques.

Le bilan lésionnel sous valves est indispensable pour diagnostiquer ces déchirures. Une bonne exposition est nécessaire pour repérer la limite supérieure de la déchirure. Les déchirures hautes qui concernent le dôme vaginal sont exceptionnelles. Elles sont dues à un traumatisme instrumental ou à une déchirure cervicale qu'elles vont prolonger [26,30].

➤ **Les déchirures cervicales**

Les véritables déchirures sont assez rares ( de 0,2 à 0,5% ) [27]. Elles sont rarement isolées et peuvent être associées à des déchirures vaginales.

Les plus fréquentes sont des petites déchirures (<1cm) qui passent souvent inaperçues et peuvent être non hémorragiques.

On observe soit les déchirures cervicales basses (sous-vaginale) soit les déchirures cervicales hautes (sus-vaginale).

Les déchirures cervicales isolées basses sont favorisées par des dilatations intempestives au doigt ou des efforts expulsifs alors que la dilatation cervicale n'est pas encore complète, et plus souvent chez la primipare [27].

Les déchirures cervicales hautes sont exceptionnelles et peuvent être assimilées à une déchirure corporéale si elles se prolongent vers l'utérus [27].

« Elles peuvent se compliquer de volumineux hématomes pelviens fusant dans le ligament large ou bien réaliser de véritables ruptures utérines, par propagation vers le corps utérin » [26,27].

Les déchirures cervicales hautes sont favorisées par un travail long avec un col œdématisé, ou des manœuvres d'extraction avant la dilatation complète [26].

Elles sont rarement responsables d'hémorragie importante mais après l'accouchement, elles doivent être systématiquement recherchées lors d'un examen sous valves [32]. Seules les déchirures hémorragiques nécessitent une suture [26,30].

➤ **Les déchirures vulvaires [26,30,32] :**

Elles peuvent être associées à une épisiotomie ou à une déchirure périnéale, elles sont alors superficielles car les lésions périnéales protègent la vulve.

Si elles sont sur un périnée intact, elles sont alors plus profondes hémorragiques.

Elles concernent, individuellement ou à la fois :

○ Les déchirures vulvaires postérieures, elles sont alors assimilées aux déchirures périnéales simples ;

○ Les déchirures hyménales isolées, constantes chez les primipares, en effet, le premier accouchement termine de détruire l'hymen, avec les caroncules myrtiformes. L'apparition d'un filet de sang rouge au début du dégagement en est le témoin.

○ Les déchirures nymphales, elles se limitent souvent à une éraillure des petites lèvres sur leur partie antérieure. La déchirure peut être plus sévère, transfixiante, avec désinsertion, et s'étendre sur la face interne des grandes lèvres ;

○ Les déchirures clitoridiennes (la capuchon ou le frein clitoridien) avec des plaies du tissu péri urétral sont également possibles.

Elles sont hémorragiques, souvent unilatérales. Elles peuvent filer vers le méat urinaire touchant alors les tissus péri urétraux. Quand elles sont réparées, il est nécessaire de cathétériser l'urètre.

L'impact des RPC concernant l'épisiotomie [33] conduit à une politique restrictive des épisiotomies mais cela peut entraîner une augmentation des lésions périnéales [32].

Chez les patientes ayant subi des mutilations sexuelles (excision) : les déchirures vulvaires sont plus fréquentes même avec une épisiotomie. L'accouchement par les voies naturelles n'est pas contre-indiqué chez une patiente excisée ou infibulée. En cas d'infibulation, il est nécessaire de pratiquer une incision médiane antérieure (désinfibulation) au moment du dégagement.

Pour les déchirures périnéales sévères, une antibioprophylaxie à large spectre est recommandée. De même, la prescription d'un laxatif est classiquement prescrite pendant une dizaine de jours [32].

**Les complications des déchirures [27] :**

On retrouve des complications immédiates et précoces :

- Une hémorragie liée à une suture réalisée trop tardivement ou un bilan lésionnel incomplet,
- La douleur en lien avec des éraillures antérieures, une dysurie, un œdème,
- Un hématome puerpéral ( ou thrombus génital ),
- Une infection ou une désunion.

**Les complications plus tardives sont :**

- Des conséquences sur l'activité sexuelle avec davantage de dyspareunies dans les 6 mois après l'accouchement.
- Des conséquences sur la continence anale et le risque de fistule, en cas de périnée complet ou compliqué.

➤ **Les ruptures utérines pendant le travail :**

Rares mais ce sont les conséquences les plus redoutables. Elles s'observent dans des conditions fortes différentes :

a- certaines sont liées à une fragilité particulière de la paroi utérine (utérus cicatriciel, grande multiparité...) 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 qui sont les ruptures utérines provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'ocytociques.

● **Les complications de la délivrance :**

Elles sont multiples, l'hémorragie est le signe le plus important.

Les signes locaux sont (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 [13].

Les plus fréquentes sont :

✚ **Les retentions placentaires :** les altérations de la muqueuse utérine (curetage, césarienne corporéale, hystéroplastie, une myomectomie sous muqueuse ), les anomalies placentaires qui peuvent être de siège (placenta prævia ) ; de conformation ( excès de volume et de surface dans la grossesse gémellaire ) ; ou d'implantation chez les patientes enceintes et porteuses d'un utérus cicatriciel risque d'une implantation anormale du placenta avec ses conséquences hémorragique.

✚ **Inertie utérine :** il s'agit d'un trouble secondaire de la rétraction utérine (absence de globe de sécurité) entraînant une hémorragie génitale dans les 24h ou au-delà des 24 premières heures après l'accouchement, en général dans 2-3 premiers jours ; à l'examen clinique l'utérus est mal involué, mou et dépasse l'ombilic, mais sans signe d'endométrite. Les facteurs favorisant l'atonie utérine sont le travail prolongé, les sur-distensions utérines, la multiparité, âge maternel élevé supérieur à 40 ans, utérus fibromateux, utilisation récente de tocolytique.

Outre ces facteurs favorisant, l'atonie utérine peut également être due a une rétention partielle du placenta (cotylédon ou membranes) ou parfois à une anomalie de l'hémostase.

✚ **Inversion utérine :** c'est de l'invagination de l'utérus en doigt de gant due en général à une traction intempestive, brutale et insistante sur le cordon avant le décollement placentaire ou une pression maladroitte sur le fond utérin ou encore la combinaison des deux manœuvres [13]. L'inertie utérine et l'adhérence placentaire anormale sont des causes favorisantes.

Elle se manifeste par une douleur pelvienne selon les degrés avec sensation de pesanteur et hémorragie d'abondance variable rapidement suivie de choc hypovolémique. Disparition du fond utérin à la palpation abdominale, protrusion dans le vagin ou extériorisation d'une masse à la vulve.

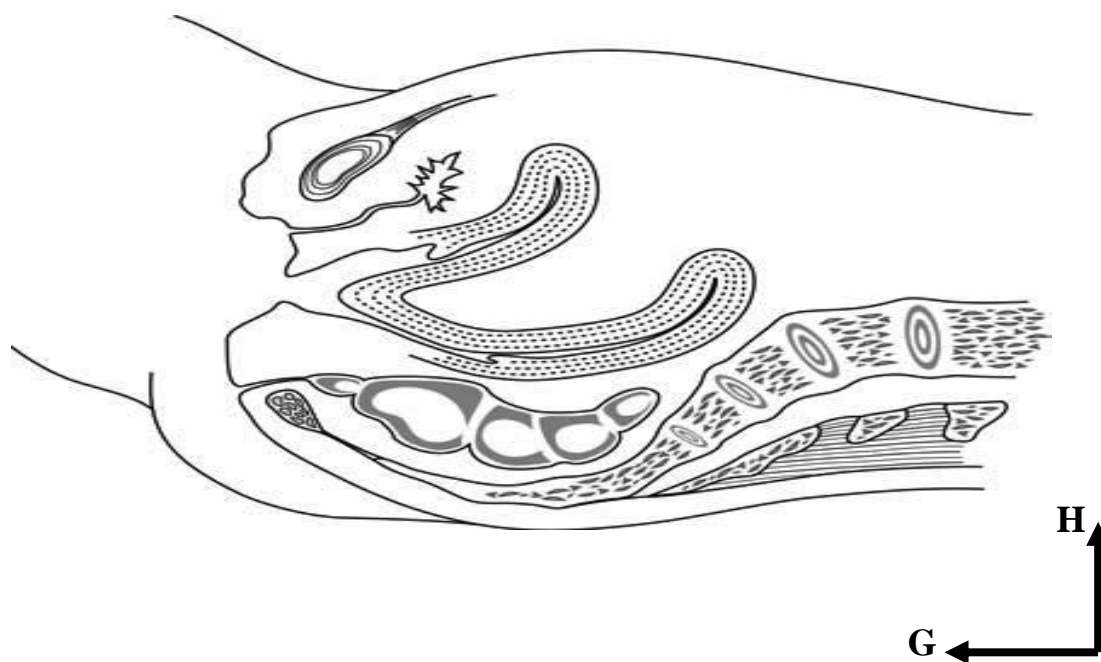


FIGURE 5 : L'utérus inversé n'atteint pas la vulve 2<sup>ème</sup> degré [13]

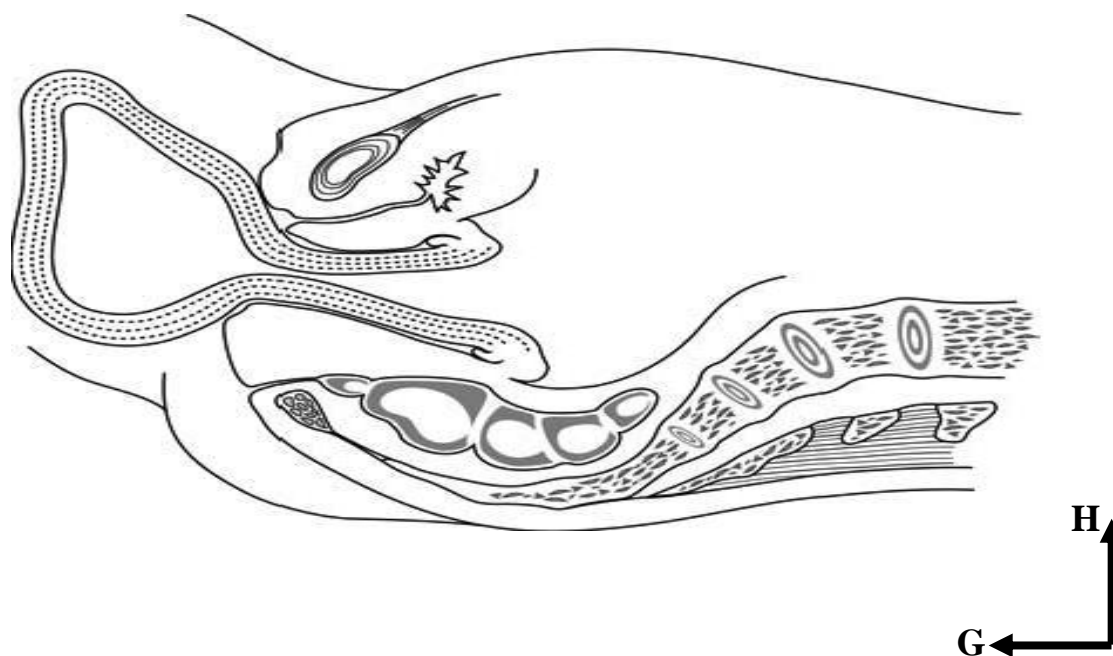


FIGURE 6 : L'utérus totalement invaginé s'exteriorise à la vulve  
4<sup>ème</sup> degré [13]



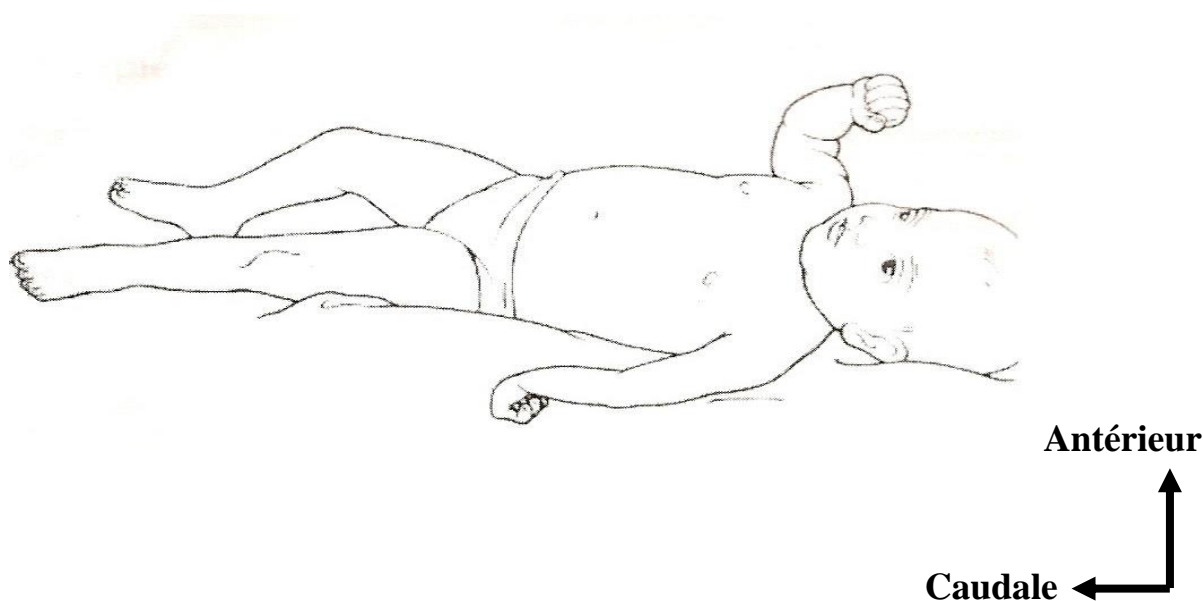
✚ **Les troubles de l'hémostase** : anomalies constitutionnelles ou acquises, traitements médicamenteux (héparine de bas poids moléculaire en cas de thrombophilie...), pré-éclampsie compliquée de syndrome HELLP, rétention de fœtus mort, coagulopathie de consommation lors d'une HPP sévère...

✚ **Cause thérapeutique** : ce sont les causes les plus fréquentes:

Les tocolytiques (les bêta mimétiques), les antispasmodique, l'utilisation abusive de l'ocytocine, l'expression utérine, l'application de forceps qui tiraille les membranes. Ces éventualités conduisent au décollement partiel du placenta ou à «L'enchâtonnement pathologique du placenta dans une corne utérine derrière un anneau de contracture localisée » [34].

#### **- Complications fœtales de l'accouchement**

Les accouchements non assistés ne sont pas sans risque de par la surmortalité et la surmorbidity néonatales qu'ils génèrent en termes d'acidose néonatale, de détresse respiratoire, d'infection, et d'hypothermie [35], de traumatismes obstétricaux des Nné (paralysie du plexus brachial, fractures des membres et de la clavicule [36], de bosse séro-sanguine et céphalhématomes [13] ).



**FIGURE 7 : Paralysie obstétricale du plexus brachial Type DUCHENNE  
ERB [36]**

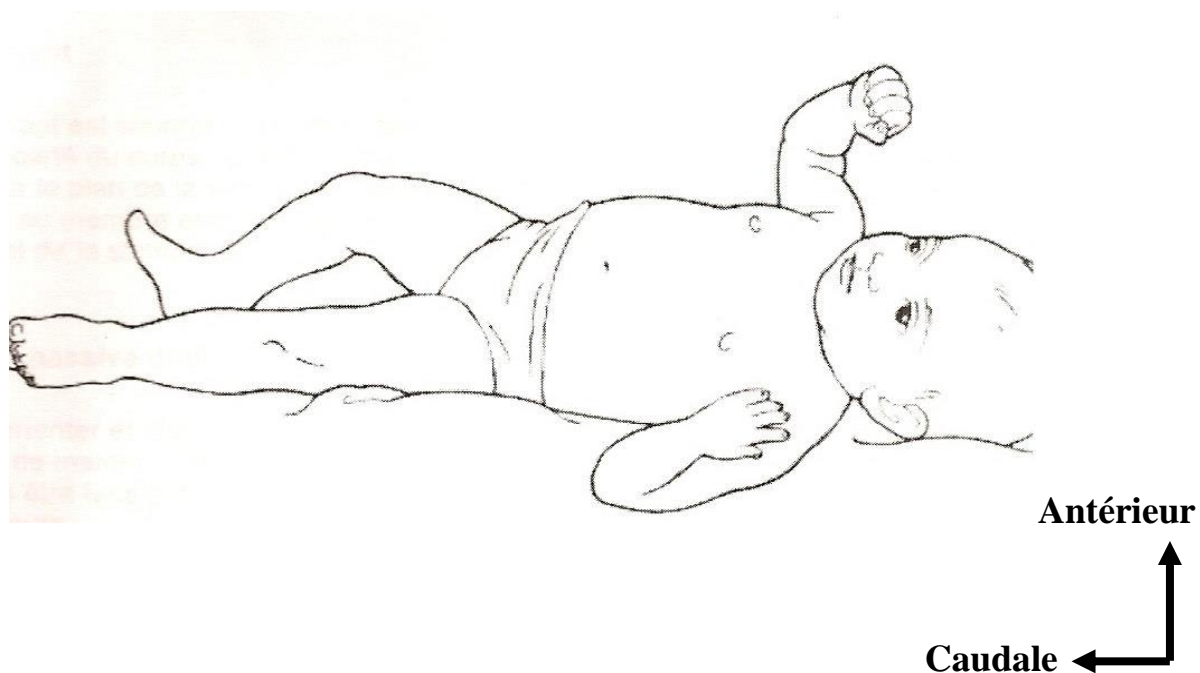


FIGURE 8 : Paralyse obstétricale du plexus brachial Type KLUMPKE[36]

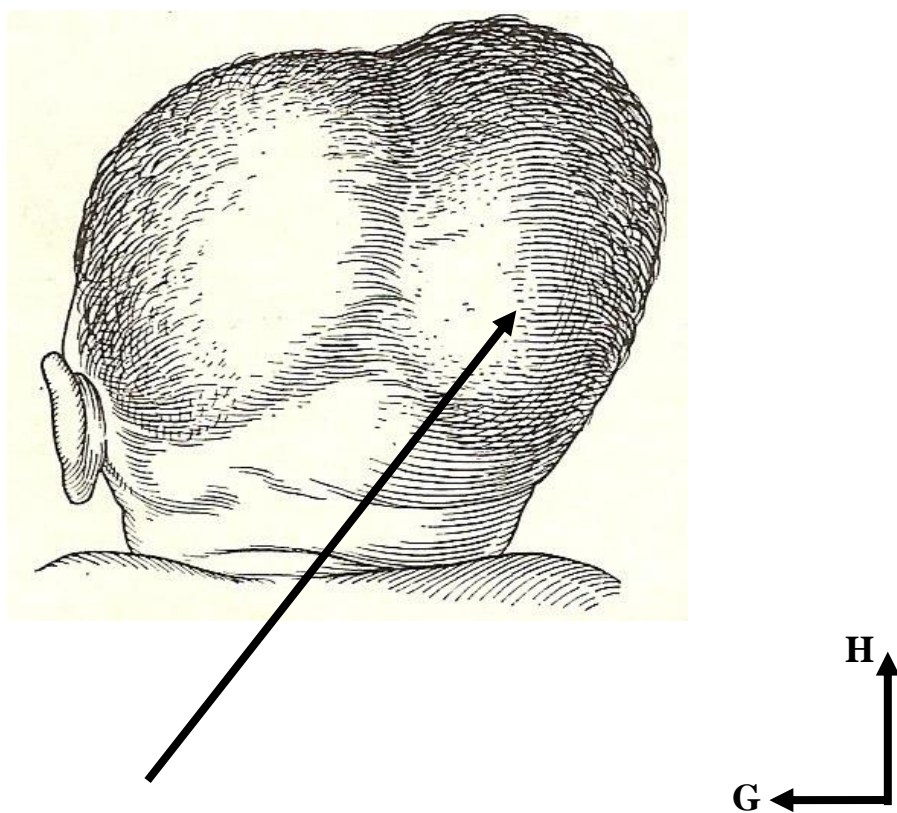


FIGURE 9 : Céphalématome siégeant sur le pariétal droit [13]



## **2-4-Prise en charge des complications de l'accouchement non assisté :**

### **2-4-1-Curatif**

#### **- But :**

Corriger les troubles hémodynamiques

Assurer l'hémostase

Prévenir et traiter les complications

#### **-Moyens:**

##### **Les moyens médicaux :**

- ✓ L'oxygénothérapie ;
- ✓ Les cristaalloïdes dans le but de maintenir une diurèse ;
- ✓ Les utéro toniques ;
- ✓ L'acide tranexamique IV ;
- ✓ Antibiotiques et préventions de l'iso-immunisation ;
- ✓ Sulfate de magnésium et de loxen ;
- ✓ Les gestes obstétricaux ;

##### **Moyens chirurgicaux :**

###### **●Moyens conservateurs :**

- ✓ Traction sur le col ;
- ✓ Hystérorraphie (suture utérine) ;
- ✓ Capitonnage des parois utérines ;
- ✓ Ligature des vaisseaux utérins ;
- ✓ Radiologie interventionnelle : embolisation.

###### **●Moyen radical :**

- ✓ C'est l'hystérectomie d'hémostase.

#### **-Les indications:**

La conduite d'urgence :

- ✓ Mise en place d'une voie veineuse.
- ✓ Oxygénation en cas d'hémorragie abondante
- ✓ Mise en position de Trendelenburg
- ✓ Examen général TA, température, pouls, l'état des conjonctives, la fréquence respiratoire, l'état de la conscience, diurèse l'abondance du saignement vaginal.
- ✓ Examen obstétrique recherche le globe utérin de sécurité, si pas de rupture utérine secondairement, ou utérus mal rétracté, l'examen vulvaire à l'aide d'une valve si nécessaire à la recherche des lésions obstétricales.

- ✓ Examen du Nné en appréciant son état à l'admission, prendre ses paramètres et rechercher des lésions traumatiques obstétricaux.

Au terme de ces examens les complications seront traité en fonction de l'étiologique.

### **Traitement de l'étiologie**

Antibiothérapie à large spectre, préventions de l'iso-immunisation.

Rétention placentaire : Faire immédiatement une délivrance artificielle suivie d'une révision utérine avec massage utérin. Puis vérifier les bonnes rétractions utérines ainsi que l'absence des lésions traumatiques cervico-vaginales par l'examen sous valves.

Si le placenta est déjà expulsé, faire un examen minutieux à la recherche d'un cotylédon manquant. En cas de doute, faire une révision utérine plus massage utérin, faire passer une dose d'entretien de perfusion d'ocytocine 20UI dans 250 ml de SG 5%.

Inertie utérine : le premier geste est le massage utérin avec révision utérine suivie d'administration d'ocytocique (Syntocinon) 10UI IVD ou 20 UI dans 250 CC de sérum glucosé 5%. Si l'hémostase est bonne, maintenir une dose d'entretien de 20 UI dans 250 ml de sérum glucosé et surveille.

Si échec utiliser le Misoprostol (CYTOTEC) 5 comprimés en intra rectal et administrer de l'acide tranexamique en IV ,ou faire certains gestes obstétricaux à savoir (la compression bimanuelle de l'utérus, la compression de l'aorte abdominale, la compression par sonde de BLACK MORE). Demander un bilan en urgence : hémostase (taux de prothrombine [TP], temps de céphaline activé [TCA]) numération formule sanguine (NFS), plaquettes, créatinémie, groupe sanguin et Rhésus, il sera répété en fonction de l'évolution clinique. L'oxygénation de la patiente et la mise en position de Trendelenburg, le remplissage vasculaire par cristalloïdes, dans le but de maintenir une diurèse de 30 ml/h ou de compenser des pertes sanguines à raison de 3 ml de cristalloïdes pour 1 ml de sang perdu.

À partir de 3 L de cristalloïdes perfusés, la transfusion de sang est estimée en fonction de la perte sanguine.

Après remplissage, si diurèse inférieure à 30 ml par heure, utiliser un diurétique (furosémide).En cas d'hémorragie importante malgré les différents gestes obstétricaux une ligature des vaisseaux s'impose.

Rupture utérine : faire une hystérorraphie dans les formes non compliquées et hystérectomie d'hémostase dans les formes nécrosées.

Inversion utérine : faire une réduction par taxis au cours de la révision utérine puis administrer l'ocytocique. Si la réduction manuelle de l'utérus échoue, envisager un traitement chirurgical par voie abdominale : réduction de l'inversion avec éventuelle section du col rétracté œdématisé, parfois hystérectomie dans les formes vues tardivement avec nécrose.

Troubles de coagulation : transfusion de plasma congelé, héparine de bas poids moléculaires après arrêt de l'hémorragie et normalisation du bilan de coagulation. La chirurgie sera indiquée en cas d'échec de traitement médical ou devant un placenta accréta impossible à décoller. Elle doit être conservatrice en première intention.

Administrer le protocole de sulfate de magnésium et loxen dans les cas des pré-éclampsies et éclampsies.

La réparation des déchirures périnéales :

○ La déchirure du 1<sup>er</sup> degré : la réparation doit être minutieuse et les temps sont les mêmes que pour une épisiotomie compte-tenu que se sont les mêmes plans anatomiques qui sont concernés, par contre la plaie est souvent moins nette et moins linéaire. Il faut une réparation qui permette de rétablir la symétrie en utilisant des points de repère. Ainsi, la technique de suture « un fil-un nœud » n'est pas la plus adaptée, il convient mieux de suturer chaque plan séparément (surjet muqueux, points simples musculaires, surjet intradermique ou points simples séparés sur la peau). Les éraillures du vestibule sont également soigneusement suturées par des points simples.

○ La déchirure du 2<sup>e</sup> degré (périnée complet) : il faut bien l'identifier pour suturer correctement. Il faut débiter par la réparation du sphincter anal.

Les extrémités du sphincter, chaque chef musculaire doit être repéré, souvent rétracté dans sa gaine. Les extrémités doivent être saisies avec une pince Kocher ou mis en traction avec du fil. La suture de ces 2 extrémités se fait avec du fil à résorption lente et par un point en U. C'est un obstétricien expérimenté qui se charge de ce type de suture. Ensuite, la réparation se poursuit plan par plan.

○ La déchirure du 3<sup>e</sup> degré (périnée complet compliqué) : il y a une atteinte de la muqueuse rectale et une rupture complète du sphincter anal. La réparation doit avoir lieu dans de bonnes conditions (bloc opératoire, analgésie parfaite). La suture de la muqueuse impose une exposition parfaite de la lésion.

La suture de la muqueuse rectale se fait par des points séparés simples ou un surjet avec du fil 6 à résorption lente ou rapide en débutant à l'angle supérieur jusqu'à la marge anale. Le sphincter est ensuite réparé comme dans déchirure du 2<sup>e</sup> degré, puis les autres plans comme une déchirure du 2<sup>e</sup> degré

La réparation des déchirures cervicales : il faut procéder à une exposition correcte avec des valves afin d'évaluer la lésion du col. A l'aide de pinces en cœur, il faut saisir le col et l'attirer vers l'extérieur et repérer la limite supérieure de la déchirure. Si on ne la voit pas, c'est que la plaie remonte et dépasse l'insertion vaginale et atteint l'isthme.

Il faudra alors vérifier l'intégrité de l'utérus et du péritoine pour suturer par voie basse, sinon, la suture se fera par voie abdominale.

La suture de la portion intra vaginale du col utérin est souvent simple et est réalisée uniquement si la déchirure cervicale est hémorragique [26,27].

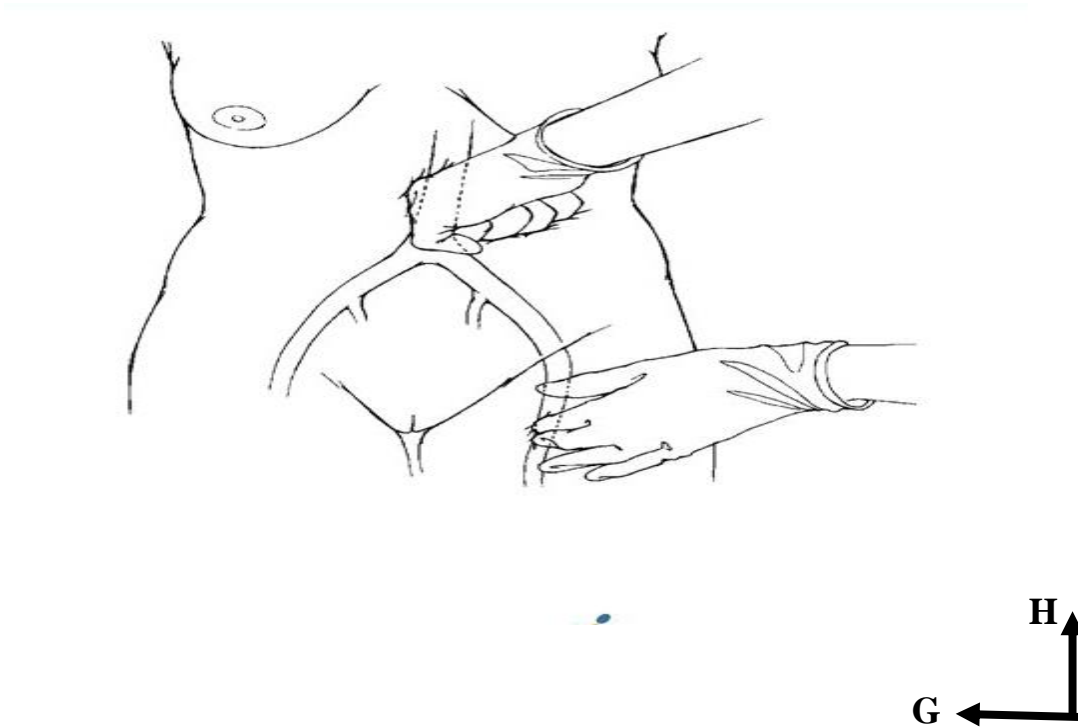
La réparation des déchirures vaginales :

Les déchirures doivent être suturées bord à bord en prenant largement les tissus qui sont souvent œdématisés et fragiles et en commençant la suture par le haut. Des points en X peuvent favoriser l'hémostase. Un surjet est rapide et réalise une bonne hémostase mais peut entraîner des cicatrices plus rétractiles

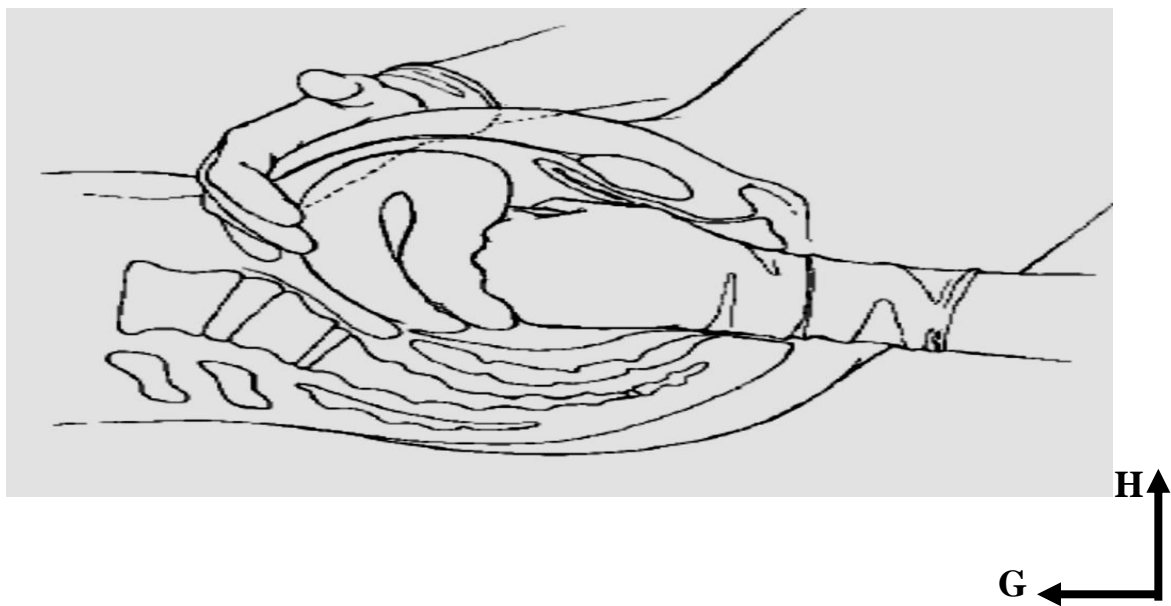
Surveillance TA, pouls, la fréquence respiratoire, l'état de la conscience, diurèse, le globe utérin de sécurité, si pas d'hystérectomie, secondairement, surveiller la température, la montée laiteuse, l'involution utérine, les lochies, les mollets, l'état psychoaffectif.

**Conduite à tenir dans le service devant tout accouchement non assisté vis à vis du nouveau-ne :**

- ✓ Apprécier l'état à l'arrivée,
- ✓ Bain chaud si besoin ,
- ✓ Désobstruction des voies respiratoires si besoin,
- ✓ Oxygénation si besoin,
- ✓ Référence en pédiatrie si besoin,
- ✓ Allaitement maternel.



**FIGURE 10 : COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE [37]**



**FIGURE 11 : COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS [37]**

### **2-4-2-Préventives**

**-Primaire** cette mesure préventive passe par :

- La construction des structures sanitaires en lui équipant des matériels nécessaires pour l'accouchement.
- Faire des counseling sur les facteurs de risque d'hémorragie du post-partum lors des cpn et l'importance d'accouchement dans un centre de santé.

#### **-Secondaire**

Elle consiste a encouragé et appuié d'avantage les cscom et leur centre secondaire à multiplier le nombre de leur stratégie avancée, enfin de depister les cas d'anémie clinique et biologique par la réalisation du groupage rhésus et le taux d'hémoglobine.

#### **-Tertiaire**

La prise en charge des patientes ayant faire un accouchement non assisté est pluridisciplinaire. Elle applique d'avantage les différents moyens médico-chirurgicaux et gestes obstétricaux.

Prodiguer des Conseils pour le changement de comportement pour la femme et les parents (CCC).

# **MÉTHODOLOGIE**

### **III. METHODOLOGIE**

#### **1. Cadre et Lieu d'étude:**

L'étude a eu lieu dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

##### **1.1-Service de gynécologie et d'obstétrique :**

C'est un bâtiment construit en 2015

- Une salle d'accouchement et de soins des nouveaux nés comportant: quatre tables d'accouchement et communiquant avec une toilette pour les femmes en travail et la salle de garde
- Une salle de réveil
- Deux (2) salles des suites de couches
- Un bureau du major d'accouchement
- Une salle de pansement des malades opérées
- Une salle pour les étudiants en année de thèse
- Une salle pour les manœuvres
- Quatre toilettes dont (2) pour les personnels et (2) pour les malades
- Une salle de staff
- Une salle de dépistage de cancer du col
- Une salle de soin après avortement (SAA)
- Une salle pour le major de la consultation
- Une salle pour le major d'hospitalisation
- Une salle de consultation prénatale
- Une salle de planification familiale ( P F )
- Un archivage
- Trois bureaux pour les consultations externes
- Deux salles V I P a un lit chacune
- Deux salles V I P a quatre lits
- Quatre salles d'hospitalisation d'une capacité de six lits
- Un bloc opératoire non fonctionnel

##### **1.2-Le personnel se compose de :**

- Trois (3) médecins gynécologues obstétriciens,
- Sept (7) étudiants de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie en année de thèse,
- Neuf (9) sages-femmes,
- Cinq (5) infirmières obstétriciennes,



- Trois (3) matrones et trois (5) manœuvres.

### **1.3-Fonctionnement du service de Gynéco-Obstétrique:**

- Quatre jours de consultations externes,
- Trois jours de consultations prénatales,
- Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien,
- Un jour d'activités chirurgicales programmées (jeudi).

Au niveau organisationnel du service de garde :

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée du gynécologue-obstétricien, un étudiant en année de thèse, une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une matrone et un manœuvre.

L'équipe dispose de :

- Trois salles d'opérations fonctionnelles
- Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

Il s'agit de kit de laparotomie (GEU, torsion d'annexe etc.), kit d'urgence pour la gestion des hémorragies du post-partum immédiat, éclampsie et un kit de césarienne.

Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque lundi après le staff.

Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et gynécologiques provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250 km et prend en charge les évacuations du Csref de Kayes, de certains cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

### **2- Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale cas- témoin avec appariement deux témoins pour un cas d'une même tranche d'âge.

### **3- Période d'étude :**

Elle s'est étendue sur une période de 12 mois allant du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2020.

### **4- Population d'étude :**

La population d'étude était constituée par l'ensemble des accouchements admis à la maternité de l'HFD de Kayes.

## **5- Echantillonnage**

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif portant sur tous les cas d'accouchements non assistés qui ont été enregistré dans le service au cours de la période d'étude.

### **5-1- Taille de l'échantillon :**

Notre étude a porté sur 160 cas d'accouchement non assistés et 320 témoins (accouchement assistés) selon les critères d'appariements.

### **5-2- Critères d'inclusion**

- Pour les cas tous les accouchements non assisté arrivant à l'hôpital avec un âge gestationnel  $\geq 28$  SA, qui ont donné leur consentement.

-Pour les témoins tous les accouchements assistés avec un âge gestationnel  $\geq 28$  SA, qui ont donné leur consentement.

### **5-2- Critères de non-inclusion :**

N'ont pas été incluse de cette étude tous les accouchements non assistés et assistés avec un terme  $< 28$  SA et des dossiers inexploitable.

## **6- Variables:**

Les variables quantitatives étaient: l'âge, la gestité, la parité, le nombre (d'accouchement hors maternité, de CPN, d'avortement et d'intervalle intergénésiq).

Les variables qualitatives étaient : le lieu de résidence et d'accouchement, le statut matrimonial, la profession, le niveau d'instruction, le motif d'admission, les raisons de l'accouchement à domicile, les sentiments après l'accouchement, et les complications liées à l'accouchement non assisté.

## **7- Technique et collecte des données :**

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête élaborée à partir des supports suivants :

- les dossiers obstétricaux ;
- du registre d'accouchement ;
- du registre d'évacuation ;
- du registre de CPN.

## **8- Saisie et analyse des données:**

Les données ont été saisies sur Word 2010 et analysées sur le logiciel SPSS version 2020. Les tests statistiques utilisés ont été Khi2 (Khi-deux de PEARSON) et l'OR (odd-ratio). Les différences constatées étaient considérées significatives pour une  $P < 0,05$ .

### **9- Aspect éthique:**

Toutes les patientes ont été soumises à un counseling avec leur consentement éclairé. Ce consentement a été obtenu à l'interrogatoire de la patiente.

L'anonymat a été respecté.

### **10- Définitions opérationnelles :**

- Accouchement non assisté est ( ANA) défini comme tout processus d'enfantement qui survient dans le domicile de la mère , dans tout autre domicile ou en cours de route, sans assistance d'un personnel de santé qualifié [5]

- Naissance vivante : un bébé est dit né vivant, s'il présente à l'expulsion ou à l'extraction un ou plusieurs signes de vie : cri ; respiration ; battements cardiaques ; pulsation du cordon.

- Mort-né :c'est un nouveau-né sans aucun signe de vie.

Mort-né frais : ici le décès est survenu peu de temps avant la naissance.

Le corps du bébé apparaît normal et la peau apparaît normale dans sa texture et sa consistance, bien qu'elle puisse être pâle ;

Mort-né macéré : le corps du nouveau-né peut être déformé ; il est mou; souvent plus petit que le normal et la peau a un aspect malsain avec décoloration et desquamation.

- Nouveau-né à terme : si la naissance survient entre 37 et 42 SA.

- Nouveau-né prématuré : si la naissance survient entre 28SA et 36SA-6J.

- Naissance post-terme : accouchement intervenant après la 42SA.

- Primigeste : une grossesse

- Paucigeste : 2-3 grossesses

- Multigeste : 4-5 grossesses

- Grande multigeste :  $\geq 6$  grossesses

# RÉSULTATS

**IV RESULTATS**

**1- Fréquence :**

Au cours de la période d'étude 3900 accouchements ont été enregistrés dont 160 accouchements non assistés (ANA) (cas), soit une fréquence de 4,1%.

**2- Caractéristiques socio-démographiques :**

**Tableau I :** Répartition des femmes selon tranche d'âge

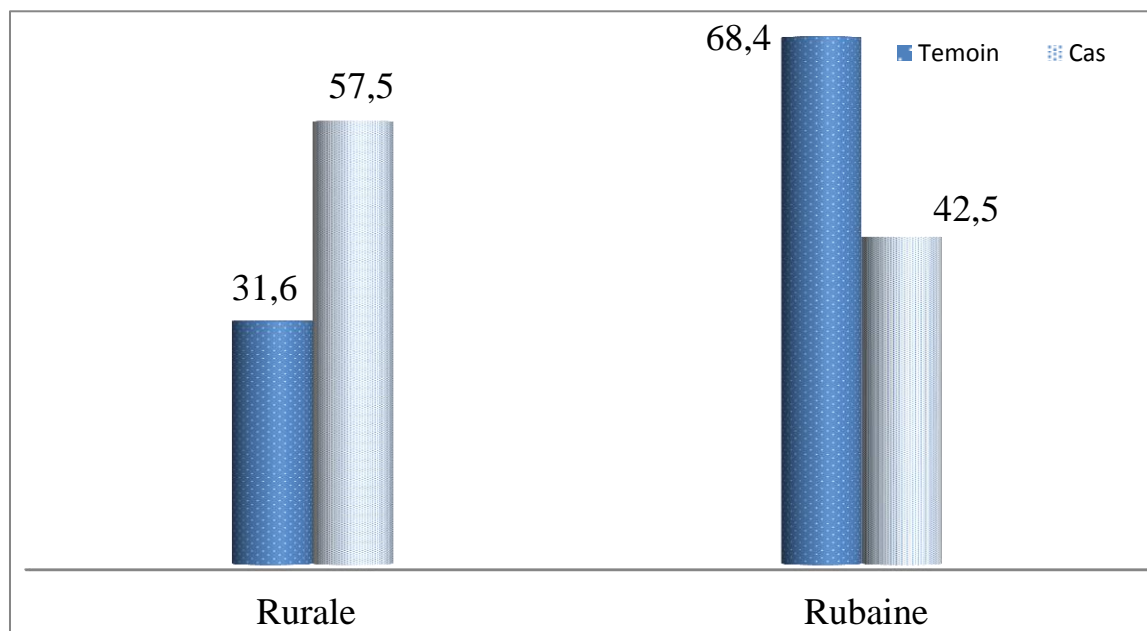
Tranche d'âge	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
≤ 19 ans	23	14,4	46	14,4
20 - 29 ans	49	30,6	98	30,6
30 -35 ans	<b>52</b>	<b>32,5</b>	<b>104</b>	<b>32,5</b>
> 35 ans	36	22,5	72	22,5
Total	160	100	320	100

Khi2= 7,610

ddl=3

P= 0,035

Dans notre série la moyenne d'âge était de 28,5 ans avec des extrêmes de 15 et 42 ans.



Khi2= 29,849

ddl=1

P= 0,000

**FIGURE 12 :** Répartition des femmes selon la provenance

**ASPECTS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIC DES ACCOUCHEMENTS NON ASSISTES ARRIVANT A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

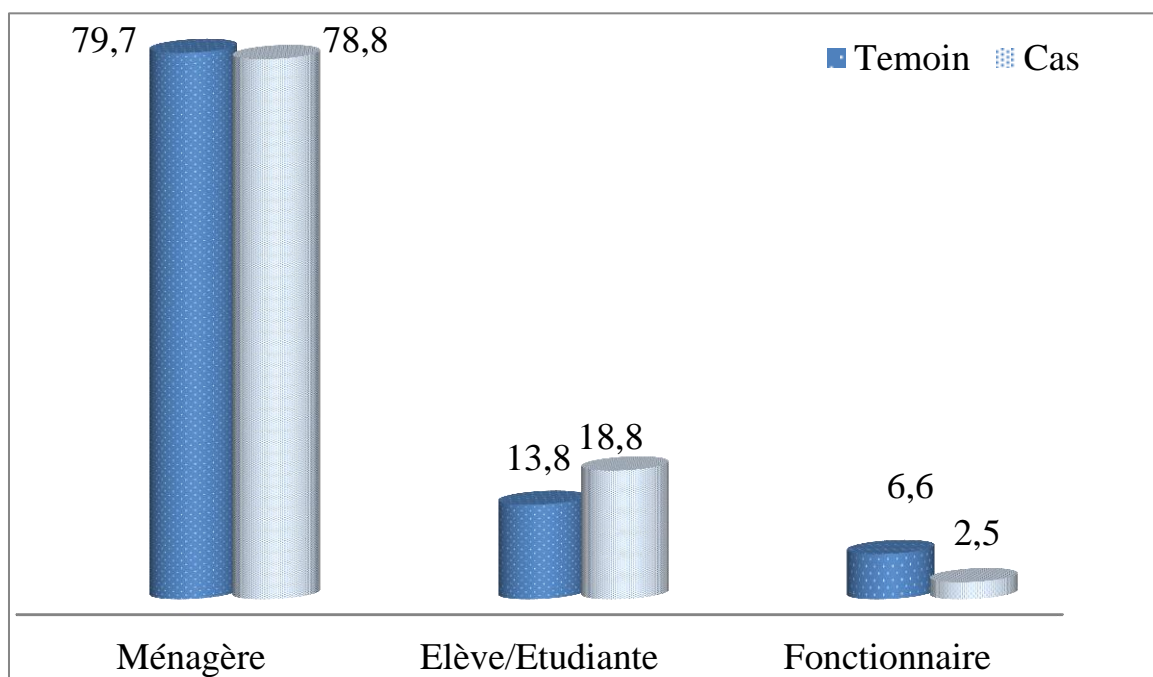
**Tableau II : Répartition des femmes selon l'état matrimonial**

ETAT MATRIMONIAL	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
Mariée	146	91,3	304	95,0
Célibataire	11	6,9	16	5,0
Veuve	3	1,9	0	0
Total	160	100	320	100

Khi2= 7,301

ddl= 3

P= 0,063



Khi2= 5,500

ddl= 3

P= 0,139

**FIGURE 13 : Répartition des femmes selon leur profession**

**Tableau III : Répartition des femmes selon la profession du procréateur**

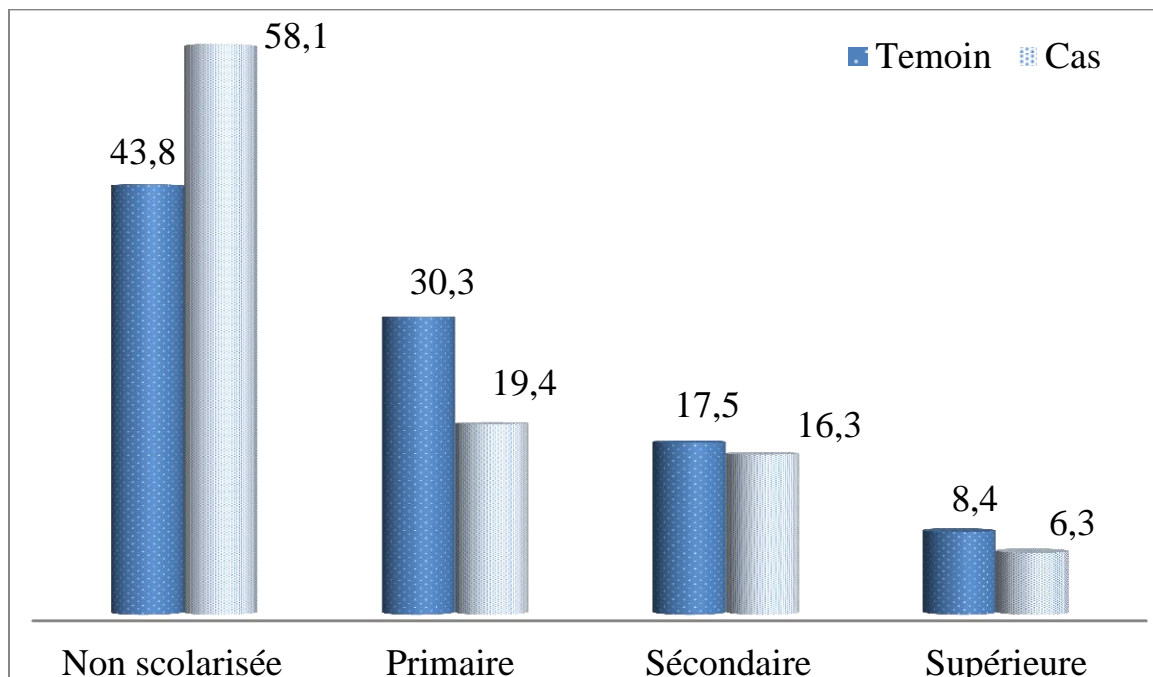
Profession du procréateur	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
Cultivateur	56	35,0	68	21,3
Fonctionnaire	23	14,4	72	22,5
Commerçant	33	20,6	81	25,3
Berger	22	13,8	48	15,0
Tailleurs	16	10,0	36	12,5
Autres	10	6,25	15	9,4
Total	160	100	320	100

Khi2=59,378

ddl=6

P= 0,000

Autres : \*cordonnier, \*ouvrier, \*pêcheur, \*marabout



Khi2= 10,086

ddl= 3

P=0,018

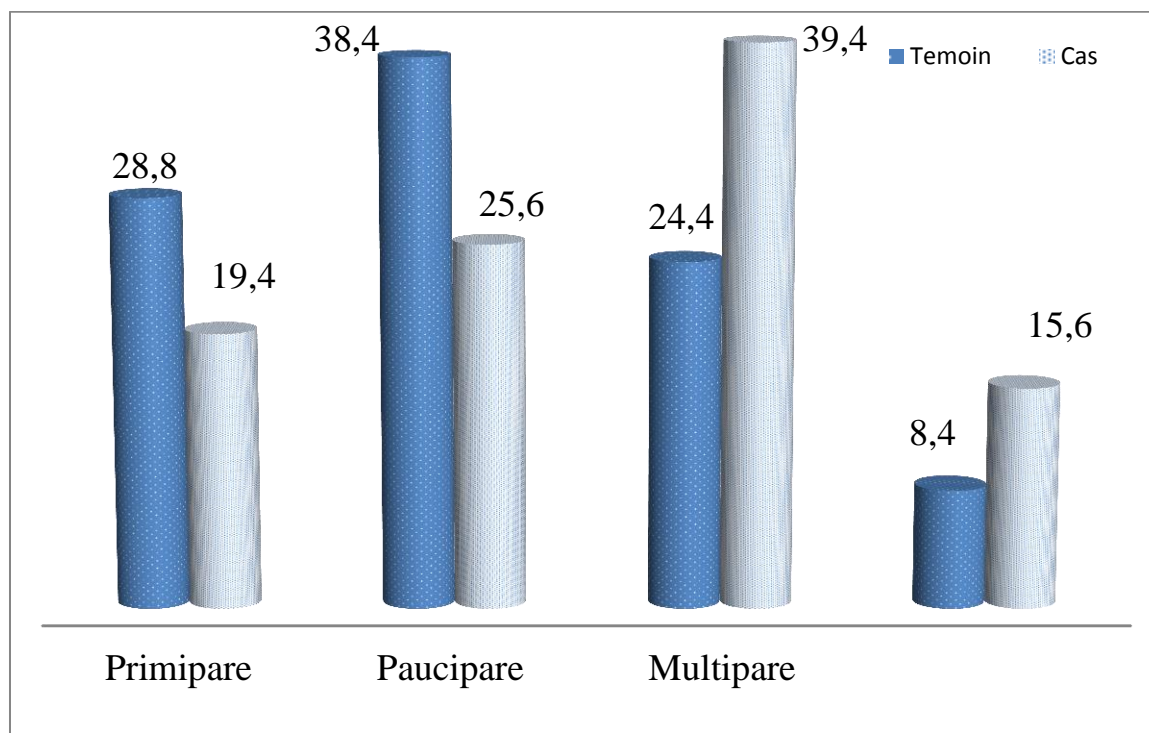
**FIGURE 15 : Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction**

**-Antécédents obstétricaux**

**Tableau IV : Répartition des femmes selon la gestité**

Gestité	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
Primigeste	24	15,0	68	21,3
Paucigeste	46	28,8	115	35,9
Multigeste	59	36,9	62	19,4
Grande multigeste	31	19,4	75	23,4
Total	160	100	320	100

Chi2= 5,576                      ddl= 3                      P= 0,134  
 La gestité moyenne était de 3,75 avec des extrêmes 1 et 9



Chi2= 22,040                      ddl=3                      P= 0,000  
**FIGURE 16 : Répartition des femmes selon la parité**  
 La parité moyenne était de 3,25 avec des extrêmes 1 et 7



**Tableau V : Répartition des femmes en fonction d'antécédents de mort-né**

ATCD de mort-né	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
OUI	25	15,6	27	8,4
NON	135	84,4	293	91,6
Total	160	100	320	100

Khi2=1,121

ddl=1

P= 0,290

**Tableau VI : Répartition des femmes en fonction d'antécédent d'accouchement hors maternité**

ATCD d'accouchement hors maternité	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
NON	86	53,8	266	83,1
OUI	74	46,2	54	16,9
Total	160	100	320	100

Khi2= 57,227

ddl=3

P= 0,000

**Tableau VII : Répartition des femmes en fonction d'antécédents chirurgicaux**

ATCD chirurgicaux	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
Césarienne	2	1,2	34	10,6
Myomectomie	3	1,9	8	2,5
Appendicectomie	4	2,5	6	1,9
Aucun	151	94,4	272	85,0
Total	160	100	320	100

Khi2= 14,108

ddl=4

P= 0,074

**- Suivi prénatal :**

**Tableau VIII : Répartition des femmes selon le nombre de CPN**

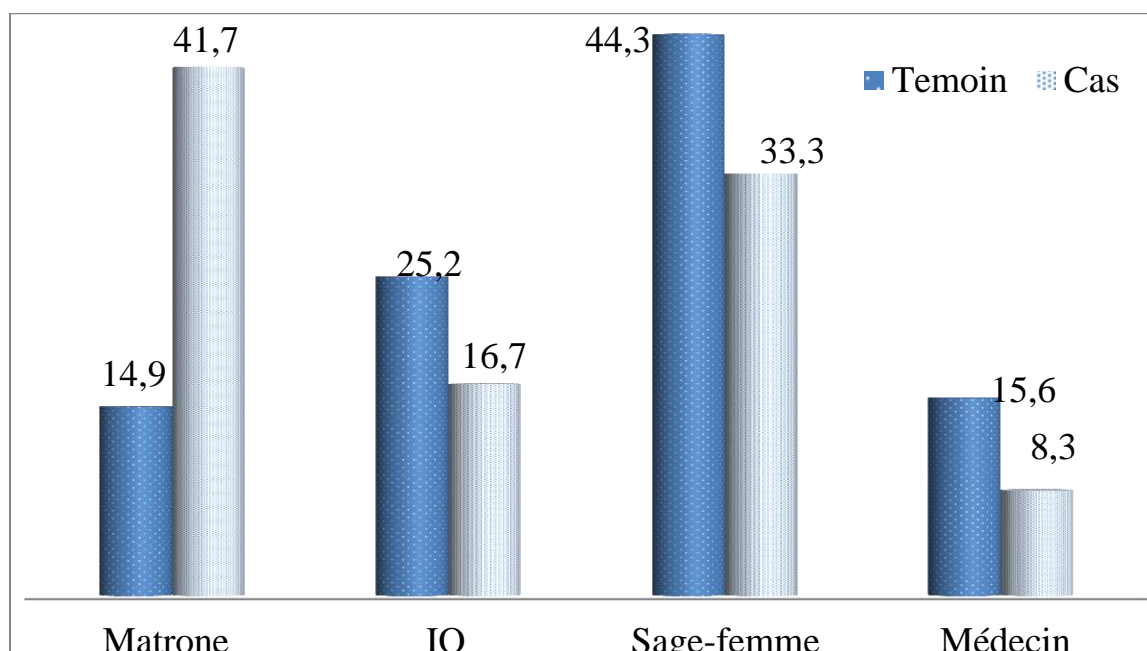
Nombre de CPN	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
Aucune	86	53,7	15	4,7
< 4	50	31,3	65	20,3
≥ 4	24	15,0	240	75,0
Total	160	100	320	100

Khi2= 6,410

ddl= 3

P= 0,093

**ASPECTS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIC DES ACCOUCHEMENTS NON ASSISTES ARRIVANT A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**



Khi2= 19,024

ddl=3

P= 0,000

**FIGURE 17 :** Répartition des femmes en fonction de la qualification de l'auteur du suivi prénatal

**Tableau IX:** Répartition des femmes en fonction du lieu de suivi prénatal

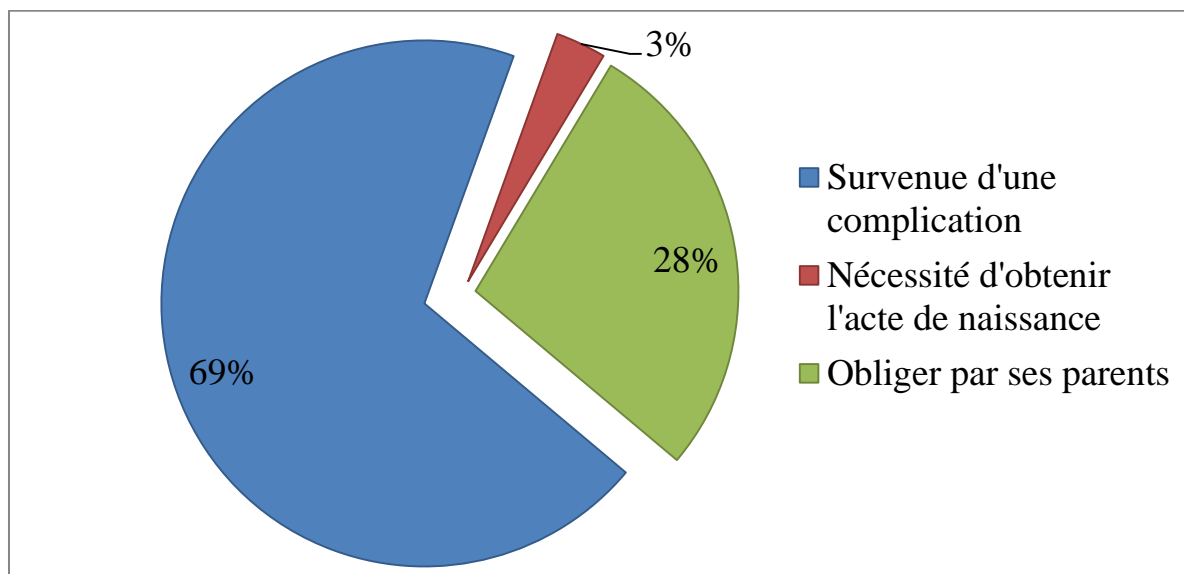
Lieu de suivi	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
Cscom	75	62,5	113	43,1
Clinique privée	18	15,0	32	12,2
Csref	14	11,7	54	20,6
Hôpital	4	3,3	45	17,2
Cabinet médical	19	7,5	18	6,9
Non	40	25,0	58	18,1
Total	160	100	320	100

Khi2= 21,982

ddl=4

P= 0,000

**3- Déroulement de l'accouchement à domicile  
c – Motif d'accouchement**



**FIGURE 17 :** Répartition des cas en fonction du motif d'admission

**Tableau X :** Répartition des cas en fonction du lieu d'expulsion du fœtus

Lieu d'accouchement	effectif	pourcentage
Domicile	97	60,6
En cours de route	63	39,4
Total	160	100,0

**ASPECTS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIC DES ACCOUCHEMENTS  
NON ASSISTES ARRIVANT A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

---

**Tableau XI :** Répartition des cas en fonction de la personne ayant assistée l'accouchement

<b>Qualification de personne ayant assistée</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Aucune assistance	44	27,5
Parent	46	28,8
Accoucheuse traditionnelle	55	34,4
Matrone	15	9,4
Total	160	100

**Tableau XII :** Répartition des cas en fonction du lieu de la délivrance

<b>Lieu de délivrance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Domicile	86	53,8
En cours de route	26	16,2
A l'hôpital	48	30,0
Total	160	100

**Tableau XIII :** Répartition des cas en fonction du lieu de la section du cordon ombilical

<b>Lieu de section</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>
Domicile	86	53,7
En cours de route	25	15,6
Hôpital	49	30,6
Total	160	100

**Tableau XIV :** Répartition des cas en fonction du sentiment après l'accouchement

<b>Sentiment après l'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Sans regret	50	31,3
Regret	73	45,6
Anxiété	37	23,1
Total	160	100

**4- Pronostic materno-fœtal  
- Complications maternelles**

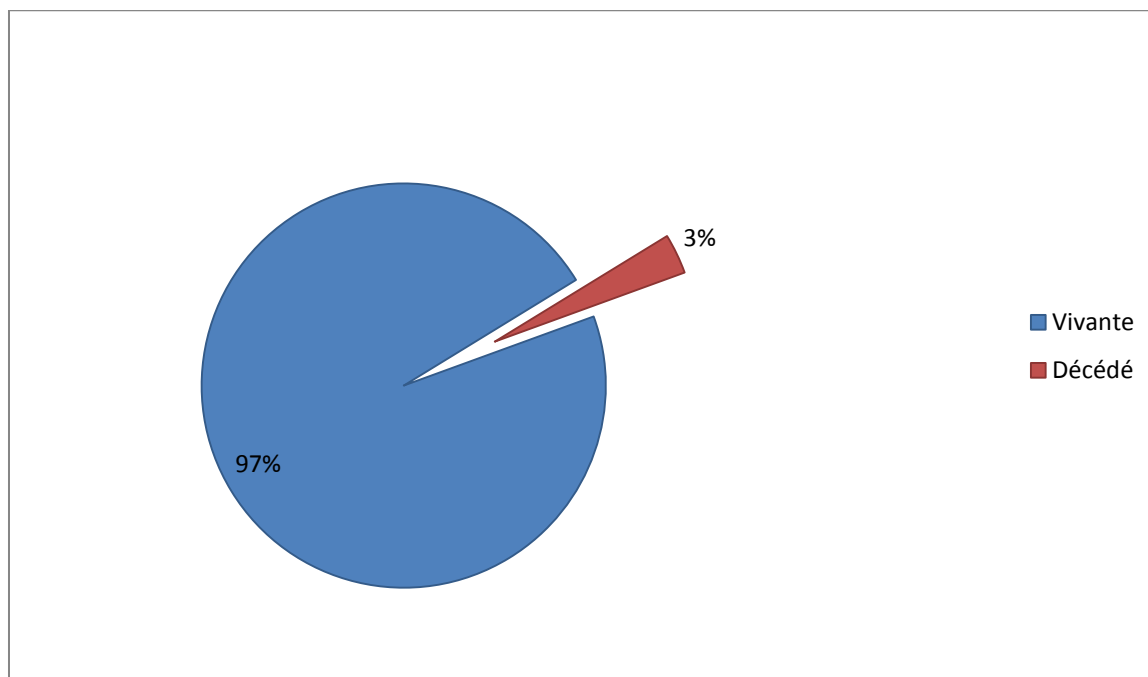
**Tableau XV : Répartition des femmes selon le type de complication**

Type de complication	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
<b>Complication immédiate</b>				
<b>HPPI</b>	<b>80</b>	<b>50</b>	<b>20</b>	<b>6,3</b>
Rétention partielle du placenta	30	18,8	10	3,1
Rétention totale du placenta	10	6,2	0	0
Déchirure cervicale	13	8,1	4	1,3
Déchirure vaginale	4	2,5	0	0
Déchirure périnéale	23	14,4	6	1,9
<b>HTA et ses complications</b>	<b>19</b>	<b>11,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Eclampsie	15	9,4	0	0
HELLP Syndrome	4	2,5	0	0
<b>Complications tardives</b>	<b>11</b>	<b>6,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Endométrite	6	3,7	0	0
Psychose puerpérale	5	3,1	0	0
<b>Aucune</b>	<b>50</b>	<b>31,3</b>	<b>300</b>	<b>93,8</b>
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>	<b>320</b>	<b>100</b>

Khi2= 221,893

ddl=7

P= 0,000



**FIGURE 18** : Répartition des cas en fonction du pronostic vital des patientes  
Les 3% étaient des décès constatés à l'arrivée (DCA)

Nous avons hospitalisé 48 patientes des cas pour anémie sévère, 19 pour HTA et ses complications et 11 pour endométrites et psychose puerpérale

**Tableau XVI** : Répartition des patientes en fonction du besoin transfusionnel

Besoin de transfusion	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
OUI	64	40,0	10	3,1
NON	96	60,0	310	96,9
Total	160	100	320	100



**Tableau XVII : Répartition des patientes ayant bénéficié d'une transfusion**

<b>Transfusion</b>	<b>CAS</b>		<b>TEMOIN</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
OUI	48	75,0	4	40,0
NON	16	25,0	6	60,0
Total	64	100	10	100

**Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le nombre d'unité de poche de sang reçue**

<b>Nombre d'unité de poche de sang</b>	<b>CAS</b>		<b>TEMOIN</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1-2	30	62,5	4	100
3-4	18	37,5	0	0
Total	48	100	4	100

**- Pronostic fœtal**

**Tableau XIX :** Répartition des Nouveau-nés en fonction de l'état à la naissance

Etat des Nnés	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
Vivant	<b>135</b>	<b>83,3</b>	<b>314</b>	<b>98,1</b>
Mort-né frais	22	13,6	6	1,9
Mort-né macéré	5	3,1	0	0
Total	162	100	320	100

Khi2= 12,186

ddl= 2

P=0,002

**Tableau XX :** Répartition en fonction du poids des Nnés à la naissance

Poids des Nnés	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
≤ 2500g	36	22,5	48	15,0
2500-3999	117	73,1	250	78,1
≥4000	7	4,4	22	6,9
Total	160	100	320	100

Khi2= 3,696

ddl= 2

P= 0,159

**ASPECTS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIC DES ACCOUCHEMENTS  
NON ASSISTES ARRIVANT A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

**Tableau XXI** : Répartition des Nouveau-nés en fonction de la référence en pédiatrie

Référence des Nnés en pédiatrie	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
Oui	33	24,4	70	21,9
Non	102	75,6	250	78,1
Total	135	100	314	100

OR=0,958

IC 95%

P= (0,601-1,528)

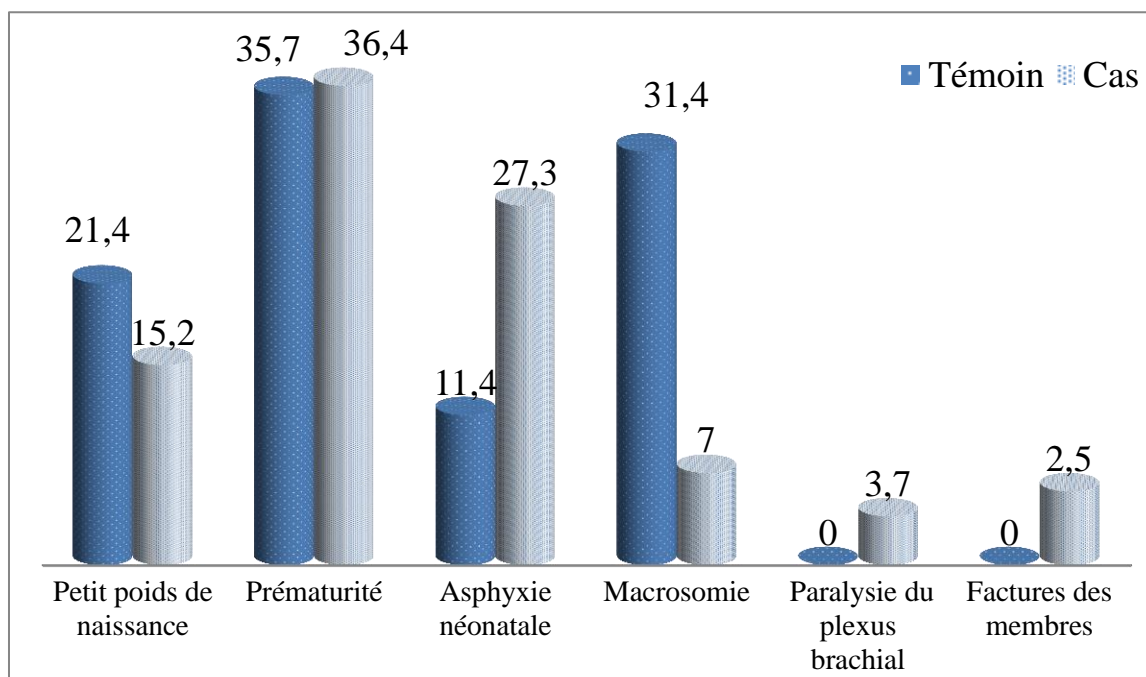
**Tableau XXII** : Répartition des Nnés en fonction des traumatisés à la naissance

Type de traumatisés	CAS		TEMOIN	
	n	%	n	%
Paralysie du plexus brachial	6	4,4	0	0
Fracture des membres	4	2,9	0	0
Bosse séro-sanguine	15	11,1	6	1,9
Aucun traumatisme	110	81,5	308	98,1
Total	135	100	314	100

Khi2= 6,720

ddl= 2

P= 0,026



Chi2= 7,696

ddl= 3

P= 0,259

**FIGURE 19 :** Répartition des Nouveau-nés en fonction du motif de la référence en pédiatrie

### 5- Raison évoquée

**Tableau XXIII :** Répartition des cas selon la raison de l'accouchement hors maternité

Raison d'accouchement hors maternité	Effectif	Pourcentage
Surprise par le travail	74	46,2
Manque de moyens financiers	15	9,4
Manque moyens de transport	28	17,5
Habitude d'accouchement à domicile	143	26,9
Total	160	100

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **V COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1. Approche méthodologique**

-Type : il s'agit d'une étude transversale cas- témoin avec appariement deux témoins pour un cas d'une même tranche d'âge.

-Difficultés : nous n'avons pas pu avoir tous les données, cela s'explique par le fait que les dossiers obstétricaux, les registres d'accouchement, le registre d'évacuation, et les carnets de cpn des accouchés non assistés étaient mal renseignés (il existait des informations manquantes).

Nous avons rencontré certaines difficultés lors de l'admission de certaines patientes avec des complications hémorragique par faute de moyens et de l'accompagnement et enfin l'estimation du temps pour se rendre du domicile à la maternité.

-Conséquence : les conséquence de ces difficultés ont percuté sur la prise en charge notamment lorsqu'il s'agit de produits sanguins ou de médicament par faute de moyens, de l'âge de l'accompagnant et lors de la collecte et saisie des données.

### **2- Fréquence**

Notre étude effectuée au sein de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes (H FDK) allant du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2020 a obtenu un taux d'accouchements non assistés de 4,1% ( 160/3900 cas d'accouchements ).Ce taux est supérieur à ceux obtenus par Ouologuem A.D [38] au Csref de la CI de Bamako, Michel S [39] de l'hôpital G T de Bamako ,et Akpadza J. K [41] Lomé, avec respectivement 3,8%, 3,01% ; 3,3%; et 1,8% ; Cependant notre taux est inférieur à ceux de Cissé B.O[6] à Gao, Kane S [4] au Csref CII de Bamako, Kitsa et Coll [40] en Afrique du Sud et de Zouhairou S [3] à Tombouctou qui trouvent 4,5%, 5,1% , 8%, et 8,04%.

Dans les pays en voie de développement comme le Mali, la fréquence élevée d'accouchements non assistés peut s'expliquer surtout par les pesanteurs socioculturelles et l'ignorance des risques de l'accouchement non assisté par un personnel qualifié [4]. En effet un certain nombre de femmes ayant accouché à domicile ne se rendent pas à la maternité surtout si elles ne semblent présenter aucun problème à l'issue de l'accouchement.

### **3- Caractéristiques sociodémographiques des accouchés**

-Les femmes âgées de 30-35 ans dominait notre échantillon soit 32,5%, la moyenne d'âge était de 28,5ans. Keita A [1] au Csref CV Bamako ,Dembélé S [42] Csref de Koutiala, Cissé B.O [6] à Gao, Touré B et Coll [43] trouvent respectivement un âge moyen de 27,5 ans,26,6 ans, 23,7 ans et 24 ans.

Nous avons trouvé que 58,1% des cas de femmes étaient non scolarisées dans notre série. Ce taux est supérieur à ceux de Kamaté.Y.D [45] au Csref CV de Bamako, de Tiembré.I et Coll [44] avec 57,5% et 40% et inférieur à ceux de Zouhairou S [3] à Tombouctou de Kane S [4] Csref CII de Bamako, et de Toure . B et Coll [43] qui trouvent 88,46%, 81,2% , et 79,76%.

L'analphabétisme exposerait la femme au risque d'accouchement non assisté.

Dans notre étude 78,8% des femmes sont ménagères et le mari est cultivateur dans 35% des cas (profession à faible revenu).Ce résultat est supérieur à celui de Keita A [1] au Csref CV de Bamako qui trouve 61,58% ménagères et mari cultivateur 18,23%.

La situation socio-économique précaire de nos cas justifierait probablement le choix d'un accouchement à domicile. D'autres causes peuvent s'ajouter à la précédente comme le retard à la prise de décision de se rendre à la maternité en temps opportun, et le coût élevé des prestations qui ne semble pas être à la portée de toutes les procréateurs.

Cette réflexion nous rapproche des constatations de Lavaud et al [21] qui ont rapporté dans leur série que les conditions socio-économiques défavorables influencent le lieu d'accouchement. Ceci serait le reflet du contexte général de pauvreté qui prévaut au Mali.

Les multipares sont les plus représentées dans notre série avec 39,4%. Ce taux est supérieur à celui de Kane S [4] au Csref CII de Bamako avec 25,9%, et à celui de Zouhairou S [3] à Tombouctou qui trouve un taux de 19,2%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les multipares ont effectué moins de CPN dans notre étude. L'accouchement non assisté concerne aussi les primipares avec 19,4% des cas ,Keita A [1] au Csref CV de Bamako trouve 41,87%. Les paucipares et les grandes multipares représentent respectivement 25,6% et 15,6% des accouchements non assistés dans notre série. Le fait que les multipares et les grandes multipares accouchent à domicile peut s'expliquer par la durée du travail d'accouchement trop rapide et également par la notion «d'expérience acquise » lors des accouchements précédents [47].

Le non suivi de la grossesse a été observé dans 53,7% des cas Ce résultat est supérieur aux données rapportées par Kane S [4] au Csref CII Bamako qui trouve 47,6%.

Dans notre série 69% des cas de nos patientes ont été admises pour survenue d'une complication, 28% pour déclaration de l'acte de naissance. Ce résultat est supérieur à celui de Kane S [4] au Csref CII de Bamako qui trouve 10% pour survenue d'une complication et 16,6% pour déclaration d'acte de naissance.

Nous avons trouvé que 60,6% des cas de nos patientes ont expulsé leur fœtus à domicile, et 39,4% en cours de route ; la majorité ont accouché avec l'aide de l'accoucheuse traditionnelle dans 34,4%, de matrone dans 9,4% et celle des parents dans 28,8%, sans aucune assistance dans 27,5% ; par contre Zouhairou S [3] à Tombouctou trouve respectivement 94,2% d'expulsion fœtale à domicile 3,8% en cours de route et 75% d'accouchement effectué avec l'aide de l'accoucheuse traditionnelle, 19,2% par les parents, 3,8% par matrone et 1,9% sans aucune aide.

Dans notre série 53,8% des cas des patientes ont effectué leur délivrance à domicile et section du cordon dans 53,7%, 48% à l'hôpital et section du cordon dans 30,6% , Kane S [4] au Csref CII de Bamako rapporte 27,1% effectuées à domicile et section du cordon dans 28,2% , 72,9% de délivrance à l'hôpital et section dans 58,9%.

La majorité des cas de notre série ont regretté d'avoir accouché sans assistance de personnel qualifié dans 45,6%, ce taux est inférieur à celui de Kane S [4] au Csref CII de Bamako qui trouve 70,6%.

#### **4- complications materno-fœtales :**

Les complications maternelles ont été dominées par HPPI :

Les lésions périnéales ont été observées dans 14,4% des cas. Ce taux est inférieur à celui de Kane S [4] au Csref CII de Bamako qui a trouvé 17,7% . Supérieur à celui d'Olivier [46] 4% et de Zouhairou S [3] à Tombouctou 3,8%.

L'hémorragie de la délivrance dans 25% des cas, ce taux est inférieur à celui de Cissé B.O [6] à Gao 68,3% , mais nettement supérieur aux 23,1% et 2,78% rapportés par Zouhairou S [3] à Tombouctou ; et Touré. B et Coll [43]. Le risque de présenter une hémorragie de la délivrance est plus élevé en cas d'accouchement non assisté.

Décès maternel : nous avons trouvé 5 cas de DCA soit 3,1% ; ce taux est supérieur à celui de Kane S [4] au Csref CII de Bamako qui a trouvé 1 cas de DCA soit 0,6%.

L'anémie sévère était la pathologie la plus fréquemment rencontrée chez les femmes ayant accouché sans assistance médico-obstétricale et la principale cause d'hospitalisation. Nous avons noté un taux de 30% dans notre série.

Ce taux est inférieur à celui de Zouhairou S [3] à Tombouctou 59,6% . . Cependant, on ne peut exclure la participation d'une anémie chronique antérieure à l'accouchement.



Nous avons colligé 162 nouveau-nés dans notre série, parmi lesquels nous avons enregistré un jumeaux, dont 16,7% des cas des nouveau-nés présentaient un état mauvais, ce taux est supérieur à celui de Zouhairou S [3] à Tombouctou 15,4% et inférieur à celui rapporté par Keita A [1] au Csref CV de Bamako avec 29,3%. Dans notre série 22,5% des cas des nouveau-nés avaient un poids inférieur à 2500g contre 15% pour les témoins, et 15,2% des cas avaient un petit poids de naissance contre 21,4% des témoins. Cela pourrait être dû à l'absence d'un bon suivi prénatal.

Les traumatismes obstétricaux des Nnés ont été retrouvé dans 15,6% des cas soit (3,7% de paralysie du plexus brachial, 2,5% de fractures des membres et 9,4% d'importantes bosse séro-sanguine), ce taux est supérieur à celui de Alexander J M et Coll [48] et de Cissé B.O [6] à Gao qui trouvent 1,1% et 8% de traumatisme obstétricaux des Nnés.

Les principales causes de référence des nouveau-nés à la pédiatrie ont été la prématurité, l'asphyxie néonatale, le petit poids de naissance, les fractures des membres, les paralysies du plexus brachial et la macrosomie fœtale ont été essentiellement les principaux motifs de référence au service de pédiatrie.

Dans notre série 13,6% des cas étaient des mort-nés frais. Ce taux est inférieur à celui de Sangala M [49] à Mopti avec 24,8% et supérieur à celui de Zouhairou S [3] à Tombouctou 5,8%.

Hervé.C, Caillard M [47] ont conclu que l'accouchement hors maternité est un facteur de risque de décès néonatal. Au regard de tous ces résultats, il paraît évident que l'accouchement non assisté présente un risque qu'il faut savoir expliquer à la population.

**5- Raisons évoquées :** pour justifier l'accouchement non assisté, nous avons retrouvé en premier lieu la surprise par le travail dans 46,2% des cas et l'accouchement habituel à domicile dans 26,9% des cas ; par contre Touré. B et Coll [43] au Burkina Faso et Akpadza J. K [41] à Lomé notent respectivement dans 59,22 % des cas un travail d'accouchement rapide.

Le manque de moyens financiers a été évoqué dans 9,4% des cas contre 23,1% et 8,5% dans l'étude de Zouhairou S [3] à Tombouctou et d'Akpadza J. K [41] à Lomé. Le manque de moyens de déplacement a été noté dans 17,5%.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **VI - CONCLUSION**

L'accouchement non assisté reste encore une réalité malgré l'accroissement des structures de santé et demeure un problème de santé publique dans les pays en développement. La fréquence des accouchements non assistés est encore élevée dans la région de Kayes. Les complications sont materno-fœtales dominées par l'hémorragie de la délivrance, l'anémie clinique, les lésions des parties molles et certains traumatismes obstétricaux des Nnés.

## **VII RECOMMANDATIONS**

Nous ne saurons terminer cette étude sans formuler les recommandations suivantes à l'endroit:

### **Des Autorités Politiques :**

- Améliorer l'état des routes pour faciliter l'accès aux usagers
- Promouvoir des campagnes de sensibilisation sur les risques d'accouchement sans assistance médico-obstétricale;
- Doter le service de gynéco-obstétrique de produits de sang pour la prise en charge efficiente des cas d'hémorragies graves.

### **Du Personnel de santé :**

- Promouvoir l'éducation, l'information et la sensibilisation sur la santé de la reproduction afin d'amener un changement de comportement.
- Mettre un accent particulier sur le remplissage des registres de la salle d'accouchement et l'archivage des dossiers obstétricaux
- Expliquer les signes de danger aux gestantes

### **De la Population :**

- Faire suivre ses grossesses de façon correcte
- Adopter un plan d'accouchement

# **RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE**

## VIII – REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. **Keita .A.** les accouchements à domicile pronostic materno-foetal au centre de santé de référence de la commune V de Bamako.  
Thèse de médecine: USTTB/FMOS 2006;p:74 M214
2. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Rapport sur la santé dans le monde. Genève:1998 -La vie au 21e siècle : Une perspective pour tous.  
Disponible sur: <https://www.who.int/whr/1998/en/whr98/-fr.pdf?ua=1>
3. **Zouhairou S.** Accouchement non assistés à l'hôpital de Tombouctou.  
Thèse de médecine : USTTB/FMOS 2011;p:87.M233
4. **Kane S.** Accouchement non assistés dans le centre de santé de la commune II de Bamako. Thèse de médecine: USTTB/FMOS 2010;p:97.M35
5. **Tchango N.** Accouchement à domicile au cameroun 7ème conférence africaine sur la population. 2015;p: 34.
6. **Cissé B.O** Etude des accouchements assistés et non assistés dans la commune de Gao à propos de 398 cas.  
Thèse de médecine :USTTB/FMOS 2011;p:73.M277
7. **Toko M et Coll.** Facteurs associés à l'accouchement à domicile au Benin en 2018;vol 23.n°2:p165-176.
8. **Koenig I, LE Gouhaler V, Veronique M, Bardes F, Donnez N, Koenig D, et al.** L'accouchement accompagné à domicile: PARIS; 2019.  
Disponible sur: <http://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2019/09/ETAT-des-LIEUX-AAD-FRANCE-2018.pdf>
9. **Nagtho S.Mugo et al.** Factors associated with different types of birth 2016.  
Disponible sur:  
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/gha.v9.29693?needAccess=true>
10. **Mohamed Ali Ag Ahmed.** Les déterminants du recours ou non à l'accouchement assisté par les femmes nomades de Gossi au Mali et les stratégies potentielles pour le faciliter en 2019. pdf. Disponible sur:  
<https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/37992/1/34919.pdf>

- 11. Konaké M, Djilla M, Kayentao K, Touré K, Sacko M, Iknane A A.** Facteurs associés aux accouchements non assistés: méta - analyse des données de l'enquête démographique et de santé 2006 du Mali. Mali Santé Publique.2014;Disponible sur: revues.ml/index.php/msp/article/view/1448
- 12. Sidibe A.** Accouchement non assistés a domicile dans deux quartiers du district sanitaire de la commune II de Bamako.  
Thèse de médecine: USTTB/FMOS 2020;p:57.M172
- 13. Merger R, Levy J., Melchior J.** Précis d'obstétrique 6ème Edition MASSON Paris Cedex Saint Germain,. PARIS 2001;p:635.
- 14. Khan K.S., Wojdyla D., Say L., Gulmezoglu A.M., Van look P.F.** WHO analysis of causes of maternal death. 2006;(367):1066-74.
- 15. Saucedo M., Deneux-tharoux C., Bouvier-colle M.H.** Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006. Bull épidémiol hebdomadaire (InVS).; 2010;p:1-3.
- 16. Collège National de Gynéco-Obstétrique de France(CNGOF)-Haute Autorité de Santé (HAS).** Recommandations pour la Pratique Clinique sur les hémorragies du post-partum immédiat. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004;8(33):4S1-136.
- 17. Bagou G., Rackelboom T.** Urgences Obstétricales Extrahospitalières. Annale français d'anesthésie et de réanimation 31-2012; p:652-665 ;
- 18. Subtil D., Somme A., Ardiet E., Depret-Mosser S.** Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004;8(33):4S9-16.
- 19. Dupont C., Touzet S., Colin C. et al.** Incidence and management of postpartum haemorrhage following the dissemination of guidelines in a network of 16 maternity units in France. Int J of Obstet Anesth. 2009;(18):320-7.
- 20. Waterstone M,Bewley S,Wolfe C.** Incidence and predictors of severe obstetric morbidity :case-control study.BMJ. 322<sup>e</sup> éd 2001;p:1089-94.
- 21. Combs C.A., Murphy E.L., Laros R.K. JR.** Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynecol. 1991;(77):69-76.

22. **Bouvier-colle M.H., Ould E., Joud D. et al.** Evaluation of the quality of care for severe obstetrical haemorrhage in three French regions. *Br J Obstet Gynecol.* 2001;(108):898-903.
23. **Anderson J.M., Etches D.** Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. *Am Fam Physician.* 2007;(75):875-82.
24. **Newton N.M., Mosey L.M., Egli G.E., Gifford W.B., Hull C.T.** Blood loss during and immediately after delivery. *Obstet Gynecol.*1961;(17):9-18.
25. **Société Française d'Anesthésiste Réanimateur (SFAR).** Remplissage vasculaire au cours des hypovolémies relatives ou absolues. *Ann Fr Anesth Réanim.* 1997;(16,6):8-14,333-41.
26. **Parant O, Reme JM, Monorozies X.** Déchirures obstétricales récentes.: EMC (Elsevier Masson, Paris) Techniques chirurgicales-gynécologies. 2001;p:41-898.
27. **Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M.**Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. MC (Elsevier Masson, Paris).Techniques chirurgicales-gynécologies. 2013;p:1-16.article 41-897
28. **Maillet R, Martin A, Riethmuller D.** Fait-on trop ou peu d'épisiotomies? CNGOF,Extrait des mises a jour en gynécologie et obstétrique 28 ème journées nationales:Paris,2004.Tome 28;p:21-34.
29. **Barot S, Tardif D.** Déchirures obstétricales anciennes.EMC. Paris: Elsevier Masson; 2010. 10-200 p. (Gynécologie).
30. **Parant O, Reme JM, Monorozies X.** Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. EMC ( Elsevier Masson, Paris ) 1999;p:5-078-10: 9
31. **Beucher G.** Complications maternelles des extractions instrumentales. *J Gynécol Obstét Biol Reprod.* 2008;37(8S1):244-59.
32. **Menard J P, Provansal M, Heckenroth H, Gamberre M, Bretelle F, Mazouni C.** Morbidité maternelle immédiate apres extraction instrumentale par spatules de thierry et par ventouse obstétricale. *Gynecol Obstet Fertil.* 2008;36:623-627.



- 33. Collège National de Gynéco-Obstétrique de France(CNGOF).** Episiotomie.Texte des recommandations. J Gynécol Obstet Biol Reprod. 2006;35(1):1S77-1S80.
- 34. N'Diaye .D** Les hémorragies du post-partum immédiat dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de médecine : USTTB/FMOS 2014;p :108.M34.
- 35. Nguyen M-L, Lefevre P, Dreyfus M.** Conséquences maternelles et néonatales des accouchements inopinés extrahospitaliers. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2016;45 n°1:86-91.
- 36. MÉTAIZEAU J.P :** Les paralysies obstétricales du plexus brachial Cahiers d'enseignement de la SOFCOT.Conférences d'enseignement1993,p.109-124.
- 37. Matthews M. Harshad S. Richard J. G :** GESTA :Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : 1ère édition : Paris 2004 ;p :436.
- 38. Ouologuem A.D.** accouchement non assisté dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de médecine : USTTB/FMOS 2006;p:353.M80
- 39. Michel S.** Etude sur les accouchements non assistes au service de gynéco-obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine : USTTB/FMOS 2005;p:96.M56
- 40. Kitsa et Coll.** The prevalence of docillary deliveries in khayelisha,Cap Town.South African medical journal 1997 FEB. vol 85 n°2;p:224-225
- 41. Akpadza J .K.** accouchement sans surveillance médico-obstétricale dans la commune de Lomé. Journal de la SAGO.2004; vol 5, n°1;p:9-14.
- 42. Dembélé S.** Evaluation de la qualité de soins obstétricaux au centre de santé de référence de Koutiala. Thèse de médecine : USTTB/FMOS 2010;p:98.M310
- 43. Touré B et Coll.** Aspect epidemiologique et clinique des accouchements non assistés en milieu urbain au Burkina FASO. Journal de la SAGO. 2004 vol 5, n°1;p:36-41.

- 44. Tiembré.I et Coll.** Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans de la commune de Yopougon(Abidjan), 2009 vol 21, n°5; p: 499-506.
- 45. Kamaté.Y.D** Etude de l'accouchement non assisté à domicile dans deux quartiers du district sanitaire de la commune V de Bamako.  
Thèse de médecine : USTTB/FMOS 2019;p:80.M43
- 46. Olivier S.** Accouchement à domicile ;réanimation soins intensifs.  
1994; Vol 10 .n°4 p:207-12 .
- 47. Herve C,Caillard M.** Les accouchements hors maternité Ach FR pediatric.  
1986;p:513-516 .
- 48. Alexander J M, et Coll:** Fetal Injury Associated With Cesaran Delivery.  
Obstet Gynecol. 2006 Oct; 108(4):885-890.  
Departement of Obstetrics and Gynecology at the University of Texas.
- 49. Sangala.M** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à l'hôpital Somine Dolo de Mopti.  
Thèse de médecine : USTTB/FMOS 2015;p :67.M309

# **ANNEXES**

**IX FICHE D'ENQUETE :**

**ACCOUCHEMENT A DOMICILE**

**I- IDENTIFICATION DE LA FEMME :**

N°Dossier/ \_\_\_\_\_ /

Entrée : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Q1-Nom et Prénom : / \_\_\_\_\_ /

Q2-Age (en année) / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Q3-Ethnie: / \_\_\_\_\_ /

Q4-Etat matrimonial : / \_\_\_\_\_ /

Q5-Profession / \_\_\_\_\_ /

Q6-Provenance : / \_\_\_\_\_ /

Q7-Etat de la Route/ \_\_\_\_\_ /

1=Butinée      2=Latéritique      3=Piste

Q8- Niveau d'instruction :

Q9- Antécédents obstétricaux :

1=Gestité / \_\_\_ /    2= Parité : / \_\_\_ /    3=Enfant vivant : / \_\_\_ /

4=Avortement : / \_\_\_ /    5=Décédé / \_\_\_ /

6=Mort nés : / \_\_\_ /    a=frais b=macérés

7=Accouchement hors maternité:/ \_\_\_ /    1= Oui    2=Non

Si Oui nombre

8=Intervalle intergénésiq. : / \_\_\_ /

Q10- Antécédent Chirurgicaux : / \_\_\_ /

1=Césarienne, 2= Autres à préciser.....

Q11- Profession du procréateur : / \_\_\_\_\_ /

Q12- Adresse par :/ \_\_\_ /:

1=Famille, 2= Voisins du quartier,

4= Venue d'elle-même 5=Autre à préciser

Q13-Motif d'admission :/ \_\_\_ /

1=Survenue d'une complication,

2= Nécessite d'obtenir l'acte de naissance

3= Obliger par les parents ou proches.

**II- HISTORIQUE DE LA GROSSESSE**

Q14-Consultation prénatale / \_\_\_ / 1= Oui 2 Non

a) Nombre :/ \_\_\_ /

b) Auteur/ \_\_\_\_\_ /

c) Lieu/ \_\_\_ / 1= CSCOM, 2=CSRF, 3=Clinique privée.

d) Bilan prénatal

Biologique / \_\_\_ / 1= Oui 2= Non

**ASPECTS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIC DES ACCOUCHEMENTS  
NON ASSISTES ARRIVANT A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

---

Echographie /\_\_\_ / 1= Oui 2= Non

e) Prophylaxies :

SP/\_\_\_ / 1=Oui, 2=Non Si oui dose

VAT/\_\_\_ /1=Oui, 2=Non Si oui dose

Supplémentions en fer /\_\_\_ / 1=Oui 2= Non

**III- EXAMEN A L'ENTREE:**

Q15- Examen physique :

-Etat des Conjonctives /\_\_\_\_\_ /

- Tension artérielle /\_\_\_\_\_ /

- Température /\_\_\_\_\_ / Pouls maternel /\_\_\_\_\_ /

Q16- Etat général de la patiente /\_\_\_ /

(1= bon, 2= passable, 3= altéré)

Q17- Conscience de la patiente /\_\_\_ /

(1=conservée, 2=obnubilée, 3=Coma : score de Glasgow à.....)

Q18- Lieu de l'accouchement/ \_\_\_ /

1= Domicile Date : Heure :

2= En cours de route : /\_\_\_ / 2 a=Taxi, 2b=Voiture personnelle

4=Autres à préciser

Q19- Qualification de la personne ayant assistée l'accouchement :

/ \_\_\_\_\_ /

1=Aucune assistance ,2=Tante, 3=Accoucheuse traditionnelle ,4=matrone

Q20- Lieu de délivrance /\_\_\_\_\_/ Date : Heure :

1= Domicile : /\_\_\_\_\_/ a=spontanée=artificielle=active

2=Hôpital : Date : Heure :

3= En cours de route

Q21- Lieu de section du cordon /\_\_\_\_\_/ oui/non

1= Domicile : Date : Heure :

2=Hôpital : Date : Heure :

Auteur /\_\_\_\_\_/ a=elle-même= parents=autres à préciser...

Q22- Placenta et membranes /\_\_\_\_\_/

1=Complet 2= Incomplet 3= Non vu

Q23- Rétention placentaire /\_\_\_ / 1= Oui 2= Non

Si oui 1a=totale 1b= partielle

Q24- Périnée /\_\_\_ / 1=Intact

2= Déchirure périnéale : /\_\_\_ / 2a = Simple 2b= complète 2c=complique

Q25- Autres lésions des parties /\_\_\_\_\_/

1=Col, 2= vagin, 3= vésicale ,4=urétrale, 5=Aucune

**IV TRAITEMENT ET SOINS A L'HOPITAL**

Q26 Hospitalisation /\_\_\_\_\_/ 1 = Oui 2 = Non

Si Oui cause :

Q27-Revision utérine : /\_\_\_\_\_/ 1 = Oui, 2 = Non

Si Oui résultat : /\_\_\_\_\_/

a= cavité utérine régulière, b= solution de continuité

Q28- Hémorragie de la délivrance : /\_\_\_\_\_/ 1 =Oui 2 = Non

Si Oui traitement

Q29-Refection : /\_\_\_\_\_/

1=périnéale: /\_\_\_\_\_/ 1 a=Oui 1b= Non

2=cervicale : /\_\_\_\_\_/ 2a=Oui 2b=Non

3=vaginale : /\_\_\_\_\_/ 3 a=Oui 3 b=Non

Q30- Transfusion sanguine : /\_\_\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

Q31- Surveillance après l'admission

-TA : /\_\_\_\_\_/

-Rétraction utérine : /\_\_\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

Q32- Evolution de la mère : /\_\_\_\_\_/ 1=vivante

2= Décédée : Lieu:/\_\_\_\_\_ /

Cause : /\_\_\_\_\_ /

#### **V-EXAMEN DU NOUVEAU – NE**

Q33- Nombre d'enfant : /\_\_\_\_\_/

Q34- Etat du nouveau-né J1 /\_\_\_\_\_/ J2 /\_\_\_\_\_/

a= normal, b= mauvais

Q35- Score D'APGAR à l'arrivée : J1 /\_\_\_\_\_/ J2 /\_\_\_\_\_/

1=0-6 , 2=7-10

Q36- Poids (en gramme) J1 /\_\_\_\_\_/g J2 /\_\_\_\_\_/g

Q37- Taille (en centimètre) J1/\_\_\_\_\_/cm J2 /\_\_\_\_\_/ cm

Q38- Sexe J1 /\_\_\_\_\_/ J2 /\_\_\_\_\_/ 1=M 2=F

Q39- Réanimation : /\_\_\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

Si oui cause.....

Q40- Malformations /\_\_\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

Q41-Autres lésions /\_\_\_\_\_/ :

1=Ecchymoses, 2=fracture, 3=bosse séro-sanguine,, 4=aucune

Q42-Evolution du nouveau-né J1/\_\_\_\_\_/ J2/\_\_\_\_\_/

1=Vivant : 2=Mort-né : 3=Décédé

Q43-Refere /\_\_\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

#### **VI- Raison des accouchements hors maternité**

Q44-Raison des accouchements hors maternité:/\_\_\_\_\_/

1= Surprise par le travail d'accouchement.

2= Manque de moyens financiers 3=Manque de transport

4= Autres à préciser : .....

Q45-Sentiment après l'accouchement : /\_\_\_\_\_/

1=Satisfaction, 2=Anxiété, 3= Regret,

4=Déception, 5=Indifférence

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom : FOMBA**

**Prénom : Daouda**

**Année universitaire : 2021-2022**

**Ville de soutenance : Bamako**

**Titre : Aspect socio-épidémiologique et pronostic des accouchements non assistés arrivant à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes**

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

**Secteur d'intérêt : Obstétrique**

### **Résumé :**

Il s'agissait d'une étude transversale à collecte prospective Cas-témoin qui s'est déroulée à la maternité de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes et a concerné la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2020 soit 12 mois. Elles ont été incluses dans notre échantillon comme cas tous les accouchements non assistés arrivant à l'hôpital avec un âge gestationnel  $\geq 28$  SA, qui ont donné leur consentement, pour les témoins tous les accouchements assistés avec un âge gestationnel  $\geq 28$  SA, qui ont donné leur consentement.

L'objectif principal est d'étudier l'aspect socio-épidémiologique et pronostic des accouchements non assistés arrivant à l'hôpital Fousseyni Daou De Kayes.

**Résultats :** avec une fréquence de 4,1%, l'accouchement non assisté était dû à l'âge des femmes 30-35 soit 32,5%, au niveau d'instruction 58,1% des cas de femmes étaient non scolarisées, à la primiparité avec 19,4% et multiparité avec 39,4%, à la mauvaise suivie de grossesse 75%, et à la profession des femmes ménagères dans 78,8% et du mari cultivateur dans 35% des ; 69% de nos patientes avaient été admises pour survenue d'une complication, 28% pour déclaration de l'acte de naissance. Nous avons trouvé que 60,6% de nos patientes avaient expulsé leur fœtus à domicile, et 39,4% en cours de route ; la majorité avait accouché avec l'aide de l'accoucheuse traditionnelle dans 34,4%, de matrone dans 9,4% et celle des parents dans 28,8%, sans aucune assistance dans 27,5% ; 53,8% des patientes avaient effectué leur délivrance à domicile et section du cordon dans 53,7%, 48% à l'hôpital et section du cordon dans 30,6%. La majorité de nos patientes ont regretté d'avoir accouché sans assistance de personnel qualifié dans 45,6%.

Les complications étaient materno-fœtales dominées par les lésions périnéales dans 14,4%, l'hémorragie de la délivrance dans 25%, l'anémie sévère dans 30% ; 16,7% des nouveau-nés présentaient un état mauvais, 16,7% étaient des mort-nés, 15,6% des Nnés avaient des traumatismes obstétricaux soit (3,7% de paralysie du plexus brachial, 2,5% de fractures des membres et 9,4% d'importantes bosses séro-sanguine)

Les principales causes de référence des nouveau-nés à la pédiatrie ont été la prématurité, l'asphyxie néonatale, le petit poids de naissance, les fractures des membres, les paralysies du plexus brachial et la macrosomie.

**Conclusion** : la fréquence de l'accouchement non assisté est encore élevée dans la région de Kayes, ses complications peuvent être graves aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

**Mots clés** : Accouchement - non assisté - femmes âgées - complications obstétricales.



### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**JE LE JURE !**