

## **SOMMAIRE**

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES SCHEMAS

LISTE DE PHOTO

LISTE DES FIGURES

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE :

REVUE DE LA LITTERATURE

I. RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LA FILIERE GENITALE

I.1. La filière génitale

I.2. Les parties molles (4)

II. Quelques définitions

II.1. GROSSESSE (5)

II.2. SANTE PUBLIQUE (6)

II.3. VACCIN (7)

II.4. POPULATION (8)

II.5. FEMME (9)

II.6. MATERNITE (10)

II.7. MATERNITE SANS RISQUE (11)

II.8. LES CONSULTATIONS – PRENATALES (12)

II.9. ACCOUCHEMENT PREMATURE (13)

II.10. AVORTEMENT (14)

II.11. LA PRESENTATION (15)

II.12. LES CONTRACTIONS UTERINES (16)

II.13. PARTOGRAMME (16)

II.14. ACCOUCHEMENT (17)

II.15. LES CONSULTATIONS POST-NATALES (18)

III. LES OBJECTIFS DES CONSULTATIONS PRENATALES (19)

III.1. CONSULTATION PRENATALE DU PREMIER TRIMESTRE

III.2. CONSULTATION PRENATALE DU DEUXIEME TRIMESTRE

III.3. CONSULTATION PRENATALE DU TROISIEME TRIMESTRE

IV. INTERVENTIONS OBSTETRIQUES

IV. 1. EXTRACTION INSTRUMENTALES

IV.2. INTERVENTIONS COURANTES

V. RAPPELS SUR LE MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT (29)

V.1. L'engagement

V.2. La descente et la rotation intrapelvienne

V.3. Le dégagement ou expulsion

DEUXIEME PARTIE :

ETUDE PROPREMENT DITE

I. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

II. CADRE D'ETUDE

II.1. Historique

II.2. Situation géographique

II.3. Organisation du service

- II.4. Les différentes activités de la maternité
- II.5. Emploi du temps hebdomadaires de la Maternité
- II.6. Les ressources

### III. Méthodologie

- III.1. Méthodes d'étude
- III.2. Matériels d'étude

### IV. RESULTATS

- IV.1. Fréquence globale des accouchements
- IV.2. FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES
- IV.3. LA GROSSESSE
- IV.4. LES PRESENTATIONS RENCONTREES
- IV.5. LES DIFFERENTS TYPES D'ACCOUCHEMENTS
- IV.6. Gestes thérapeutiques pratiques au cours du travail et de l'accouchement
- IV.7. Caractéristique foetale
- IV.8. Les consultations prénatales (CPN)
- IV.9. Les consultations postnatales
- IV.10. Les avortements

### TROISIEME PARTIE :

### COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

#### I. Commentaires

- I.1. Au point de vue équipement sanitaire
- I.2. Au point de vue ressources humaines
- I.3. Au point de vue ressources budgétaires
- I.4. Fréquence globale des accouchements
- I.5. Facteurs épidémiologiques
- I.6. La grossesse
- I.7. Les accouchements
- I.8. Partogramme
- I.9. LE POIDS DES NOUVEAU-NES
- I.10. LE TAUX DE REUSSITE
- I.11. Les avortements
- I.12. Consultation prénatale ou CPN
- I.13. Les consultations postnatales
- I.14. Problèmes liés aux accouchements traditionnels

#### II. Suggestions

- II.1. Les accouchements
- II.2. A propos des évacuations sanitaires (EVASAN)
- II.3. Autres propositions

### CONCLUSION

### VELIRANO

### BIBLIOGRAPHIE

## TABLE DES MATIERES

	Pages
TABLE DES MATIERES.....	16
LISTE DES TABLEAUX.....	20
LISTE DES SCHEMAS.....	21
LISTE DE PHOTO.....	22
LISTE DES FIGURES.....	23
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	24
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE :	
REVUE DE LA LITTERATURE.....	2
I. RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LA FILIERE GENITALE.....	2
I.1. La filière génitale .....	2
I.1.1. Le petit bassin.....	2
I.1.1.1. Le détroit supérieur (1).....	2
I.1.1.2. L'Excavation (2).....	4
I.1.1.3. Le détroit inférieur (3).....	5
I.2. Les parties molles (4).....	5
I.2.1. Plan profond : Les releveurs de l'anوس.....	6
I.2.2. Plan superficiel : Les muscles du périnée.....	6
I.2.2.1. Sphincter externe de l'anوس.....	6
I.2.2.2. Muscles transverses superficiel et profond du périnée.....	6
I.2.2.3 Muscle constricteur de la vulve et bulbo-caverneux.....	6
I.2.2.4. Muscles ischio-caverneux.....	6
I.2.3. Importance obstétricale de ces formations.....	6
II. Quelques définitions.....	7
II.1. GROSSESSE (5).....	7
II.2. SANTE PUBLIQUE (6).....	7
II.3. VACCIN (7).....	8
II.4. POPULATION (8).....	8
II.5. FEMME (9).....	8
II.6. MATERNITE (10).....	8
II.7. MATERNITE SANS RISQUE (11).....	8
II.8. LES CONSULTATIONS – PRENATALES (12).....	8
II.9. ACCOUCHEMENT PREMATURE (13).....	9
II.10. AVORTEMENT (14).....	9
II.11. LA PRESENTATION (15).....	9
II.12. LES CONTRACTIONS UTERINES (16).....	9
II.13. PARTOGRAMME (16).....	9
II.14. ACCOUCHEMENT (17).....	10
II.15. LES CONSULTATIONS POST-NATALES (18).....	10
III. LES OBJECTIFS DES CONSULTATIONS PRENATALES (19).....	10
III.1. CONSULTATION PRENATALE DU PREMIER TRIMESTRE.....	10
III.2. CONSULTATION PRENATALE DU DEUXIEME TRIMESTRE.....	11
III.3. CONSULTATION PRENATALE DU TROISIEME TRIMESTRE.....	11
IV. INTERVENTIONS OBSTETRIQUES.....	12

IV. 1.EXTRACTION INSTRUMENTALES.....	12
IV.1.1 les forceps de TARNIER (20).....	12
IV.1.1.1. Définition.....	12
IV.1.1.2. Les sigles des conditions d'application de forceps.....	13
IV.1.1.3. Indications.....	13
IV.1.1.4. Technique(20)(21).....	13
IV.1.2 les ventouses obstétricales ou vacuum (21) (22).....	15
IV.1.2.1. Définition.....	15
IV.1.2.2. Indications.....	15
IV.1.2.3. Les contre-indications.....	15
IV.1.2.4. Technique d'application (22) (23).....	16
IV.1.2.5. Précautions à prendre.....	16
IV.1.2.1. Incidents et accidents.....	16
IV.2. INTERVENTIONS COURANTES .....	17
IV.2.1 La rupture artificielle des membranes (24).....	17
IV.2.1.1. Définition.....	17
IV.2.1.2. Indications.....	17
IV.2.1.3. Contre-indications.....	17
IV.2.1.4. Technique.....	18
IV.2.2. L'expression abdominale (25).....	18
IV.2.2.1. Définition.....	18
IV.2.2.2. Indications.....	18
IV.2.2.3. Contre-indication.....	19
IV.2.2.4. Technique .....	19
IV.2.3 L'épisiotomie (26).....	19
IV.2.3.1. Définition.....	19
IV.2.3.2. Indications.....	19
IV.2.3.3. Technique.....	20
IV.2.4. Version par manœuvre interne (VMI) (27).....	20
IV.2.4.1. Définition.....	20
IV.2.4.2. Indications.....	21
IV.2.4.3. Contre-indication.....	21
IV.2.4.4. Technique.....	21
IV.2.5. Version par manœuvre externe (28).....	23
IV.2.5.1. Définition.....	23
IV.2.5.2. Indications.....	23
IV.2.5.3. Contre-indications.....	23
IV.2.5.4. Technique.....	24
V. RAPPELS SUR LE MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT (29).....	26
V.1. L'engagement.....	27
V.2. La descente et la rotation intrapelvienne.....	27
V.3. Le dégagement ou expulsion.....	27
DEUXIEME PARTIE :	
ETUDE PROPREMENT DITE.....	29
I. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	29
II. CADRE D'ETUDE.....	29
II.1. Historique.....	29
II.2. Situation géographique.....	30

II.3. Organisation du service.....	32
II.3.1. La partie technique.....	32
II.3.1.1. L'unité technique des accouchées.....	32
II.3.1.2. L'unité technique de consultation externe.....	32
II.3.2. La partie administrative.....	32
II.4. Les différentes activités de la maternité.....	32
II.5. Emploi du temps hebdomadaires de la Maternité.....	33
II.6. Les ressources.....	33
II.6.1. Ressources humaines.....	33
II.6.1.1. Effectif du Personnel.....	33
II.6.1.2. Attribution du personnel dans chaque unité de travail.....	34
II.6.2. Ressources budgétaires.....	34
II.6.3. Ressources matérielles.....	34
III. Méthodologie.....	36
III.1. Méthodes d'étude.....	36
III.2. Matériels d'étude.....	36
IV. RESULTATS.....	37
IV.1. Fréquence globale des accouchements.....	37
IV.1.1. Fréquence mensuelle.....	37
IV.1.2. Fréquence annuelle .....	38
IV.2. FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES.....	38
IV.2.1. Age des parturientes.....	38
IV.2.2. La parité .....	39
IV.2.3. Situation matrimoniale.....	39
IV.2.4. Situation professionnelle.....	40
IV.3. LA GROSSESSE.....	40
IV.3.1. L'âge gestationnel.....	40
IV.3.2. Les grossesses écourtées .....	41
IV.3.3. Les grossesses à terme.....	41
IV.4. LES PRESENTATIONS RENCONTREES.....	42
IV.4.1. Les présentations céphaliques.....	42
IV.4.2. Les présentations du siège.....	42
IV.4.3. Les autres présentations.....	42
IV.5. LES DIFFERENTS TYPES D'ACCOUCHEMENTS.....	42
IV.5.1. Les accouchements eutociques.....	42
IV.5.2. Accouchements dystociques.....	43
IV.6. Gestes thérapeutiques pratiques au cours du travail et de l'accouchement....	44
IV.6.1. Rupture artificielle des membranes .....	44
IV.6.2. Déclenchement médicamenteux du travail.....	45
IV.6.2.1. Le service utilise la technique suivante.....	45
IV.6.2.2. Indications.....	45
IV.6.3. Manœuvres obstétricales non instrumentales.....	45
IV.6.3.1. Version par manœuvre externe (VME).....	45
IV.6.3.2. Les autres manœuvres.....	45
IV.6.4. Manœuvre obstétricale instrumentale.....	46
IV.7. Caractéristique foetale.....	46
IV.7.1. Le poids de l'enfant.....	46
IV.7.2. Le sexe de l'enfant.....	47

IV.8. Les consultations prénatales (CPN).....	49
IV.8.1. Consultation prénatale selon l'âge de la grossesse pour les femmes accouchées au centre.....	49
IV.8.2. La consultation prénatale et l'accouchement.....	49
IV.9. Les consultations postnatales.....	50
IV.10. Les avortements.....	50
IV.10.1. Définition .....	50
IV.10.2. Les différents types d'avortements.....	50
IV.10.3. Taux global d'avortement.....	51
IV.10.4. Traitement entrepris.....	51
TROISIEME PARTIE :	
COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS.....	52
I. Commentaires.....	52
I.1. Au point de vue équipement sanitaire.....	52
I.1.1. Salle d'hospitalisation.....	52
I.1.2. Matériels.....	52
I.2. Au point de vue ressources humaines.....	53
I.3. Au point de vue ressources budgétaires.....	53
I.4. Fréquence globale des accouchements.....	54
I.4.1. Fréquence mensuelle.....	54
I.5. Facteurs épidémiologiques.....	54
I.5.1. Age des parturientes.....	54
I.5.2. La parité.....	54
I.5.3. Les professions.....	54
I.6. La grossesse.....	54
I.7. Les accouchements.....	54
I.8. Partogramme.....	55
I.9. LE POIDS DES NOUVEAU-NES.....	55
I.10. LE TAUX DE REUSSITE.....	55
I.11. Les avortements.....	55
I.12. Consultation prénatale ou CPN.....	55
I.13. Les consultations postnatales.....	56
I.14. Problèmes liés aux accouchements traditionnels.....	56
II. Suggestions.....	57
II.1. Les accouchements .....	57
II.2. A propos des évacuations sanitaires (EVASAN).....	58
II.3. Autres propositions.....	58
CONCLUSION.....	61
VELIRANO.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65

## LISTE DES TABLEAUX

	<b>Pages</b>
1. Les paramètres du partogramme.....	10
2. Répartition de la population d'Ambohipo par Fokontany.....	30
3. Emploi du temps hebdomadaire.....	33
4. Nombre d'accouchements par mois.....	37
5. Age des parturientes.....	38
6. Répartition des femmes selon le nombre de parité .....	39
7. Distribution selon les professions.....	40
8. Répartition de la grossesse selon l'âge de la grossesse.....	41
9. La fréquence mensuelle d'accouchements eutociques.....	43
10. Nombre d'accouchements dystociques par mois du janvier au décembre 2001 à la Maternité d'Ambohipo.....	44
11. Répartition selon le poids des nouveau-nés.....	46
12. Répartition selon le sexe de l'enfant.....	47
13. Fréquence mensuelle des accouchements et des nouveau-nés vivant à la Maternité d'Ambohipo ; pourcentage ou taux de réussite de ce centre.....	48
14. Les taux de CPN en rapport avec l'accouchement annuel.....	49

## LISTE DES SCHEMAS

### Pages

Schéma n°1 : Le détroit supérieur vu de dessus .....	2
Schéma n°2 : Déroit supérieur et ses principales dimensions .....	3
Schéma n°3 : Excavation pelvienne, vue de profil en position obstétricale .....	4
Schéma n°4 : Le détroit inférieur vu d'en bas (position obstétricale) .....	5
Schéma n°5 : Les parties molles (vue inférieure ; position obstétricale).....	7
Schéma n°6 : Les différentes parties d'un forceps .....	12
Schéma n°7 : Principes de la prise d'un forceps .....	14
Schéma n°8 : Les ventouses obstétricales .....	15
Schéma n°9 : Rupture artificielle des membranes .....	18
Schéma n°10 : Expression abdominale .....	19
Schéma n°11 : Réalisation d'une épisiotomie .....	20
Schéma n°12 : Version par manœuvres internes .....	22
Schéma n°13 : Version par manœuvre externe dans la présentation du siège .....	25
Schéma n°14 : Version par manœuvre externes dans une présentation de l'épaule .....	26
Schéma n°15 : Tête engagée .....	27
Schéma n°16 : Période de dégagement .....	28
Schéma n°17 : Plan géographique de la périphérique du sud-est d'Antananarivo.....	31



## LISTE DE PHOTO

### Pages

Photo n°1 : Bâtiment de la Maternité d'Ambohipo.....35

## LISTE DES FIGURES

	<b>Pages</b>
Figure n°1 : Représentation graphique de la fréquence mensuelle d'accouchement en une année.....	37
Figure n°2 : Représentation graphique selon l'âge des parturientes.....	38
Figure n°3 : Représentation graphique du nombre des parités.....	39
Figure n°4 : Répartition selon les professions .....	40
Figure n°5 : Représentation graphique du nombre de la grossesse selon l'âge de la grossesse.....	41
Figure n°6 : Représentation graphique du nombre des accouchements eutociques par mois.....	43
Figure n°7 : Représentation graphique du nombre des accouchements dystociques par mois.....	44
Figure n°8 : Le poids des nouveau-nés.....	46
Figure n°9 : Le sexe des bébés.....	47
Figure n°10 : Taux de réussite mensuelle.....	48
Figure n°11 : Représentation graphique de rapport entre CPN et l'accouchement.....	49

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

CSB II = Centre de Santé de Base niveau deux

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PRP = Promonto-recto-pubien

PSP = Promonto – Sous \_ Pubien

SS-SP = Sous-Sacro-Sous-Pubien

Fig = Figure

BI = Bi – ischiatique

VMI = Version par manœuvre interne

VME = Version par manœuvre externe

PMI = Protection maternelle et Infantile

CPN = Consultation prénatale

PF = Planning Familial

PHAGECOM = Pharmacie Gestion Communautaire

CCC = Communication pour le Changement de Comportement

% = Pourcentage

S.A = Semaine d'amenorrhée

RAM = Rupture artificielle des membranes

O.P = Occipito- Pelvienne

O.S = Occipito- Sacrée

< = Inférieur

> = Supérieur

## INTRODUCTION



La protection de la maternité a pour objectif d'assurer la santé des femmes en cours de grossesse et pendant l'allaitement de leur permettre d'accoucher normalement des enfants sains et de leur apprendre à donner du lait aux enfants (1).

La grossesse est un état physiologique normal pour un organisme bien constitué et qui a bénéficié dès sa venue au monde et au cours des ans d'un bon état de santé et de nutrition. Mais si ces conditions ne sont pas respectées la grossesse peut entraîner et même déclencher des risques considérables pour la mère et le fœtus.

En tout cas, le programme complet de protection maternelle et Infantile (PMI) comprend une série de mesures préventives, éducatives et sociales. « Maternité sans risque » tel est le slogan programme de notre Ministère de la Santé pour faire réduire et prévenir la morbidité et mortalité maternelles lors de l'accouchement. Notre travail consiste à étudier et à analyser les activités de la Maternité du CSBII d'Ambohipo pendant l'année 2001.

Pour les raisons suivantes, nous nous sommes penchés particulièrement sur la Maternité d'Ambohipo : toute mère est en droit d'espérer mettre au monde un enfant vivant et en bonne santé, et tout nourrisson a droit à ce que sa mère vive et soit en bonne santé. L'importance et le rôle de la maternité en tant qu'hôpital sont tels que l'OMS les a défini ainsi : « L'Hôpital est un des éléments de l'organisation de caractère social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs et dont les services irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu. C'est aussi un Centre d'enseignement de la Médecine et de recherche. »

On divise cette étude en trois grandes parties :

- Dans la première partie, nous entamons la revue de la littérature ;
- En deuxième partie, notre étude proprement dite et les résultats ;
- Et la troisième partie est réservée aux suggestions et aux propositions de solutions susceptibles d'améliorer les activités de la maternité d'Ambohipo.

Une conclusion terminera l'étude.

**PREMIERE PARTIE :**  
**REVUE DE LA LITTERATURE**





## I. RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LA FILIERE GENITALE

### I.1. LA FILIÈRE GÉNITALE

La filière génitale est formée par le petit bassin ou bassin obstétrical recouvert de partie molles et obturée partiellement par le plancher périnéal à son extrémité inférieure.

#### I.1.1. Le petit bassin

C'est un véritable défilé osseux que devra franchir de haut en bas le mobile fœtale lors de l'accouchement. Au cours de ce trajet le fœtus parcourt successivement :

- Un orifice d'entrée : le détroit supérieur ;
- L'Excavation ou détroit moyen ;
- Un orifice de sortie : le détroit inférieur.

##### I.1.1.1. Le détroit supérieur (1)

Il est limité :

- En avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne ;
- Latéralement par la ligne innominée;
- En arrière par le promontoire ou articulation sacro-vértébrale.

Il a la forme d'un cœur à grand axe transversal. Il est situé sur un plan oblique en bas et en avant. La moitié antérieure ou arc antérieur est régulier. Elle est repoussée en avant par la saillie d'un promontoire.



Schéma n°1 : Le détroit supérieur vu de dessus

Ses dimensions sont les suivantes (Schéma 2)

- Les diamètres antéro-postérieurs :

- \* Diamètre promonto-sus-pubien : 11 cm
- \* Diamètre promonto-retro-pubien : 10,5 cm
- \* Diamètre promonto-sous-pubien : 12 cm

- Les diamètres transverses :

- \* Diamètre transverse maximum : 13,5 cm
- \* Diamètre transverse médian : 12,8 cm
- \* Diamètre transverse antérieur : 12 cm

- Les diamètres obliques :

- \* Diamètre oblique gauche : 12 cm
- \* Diamètre oblique droit : 12 cm

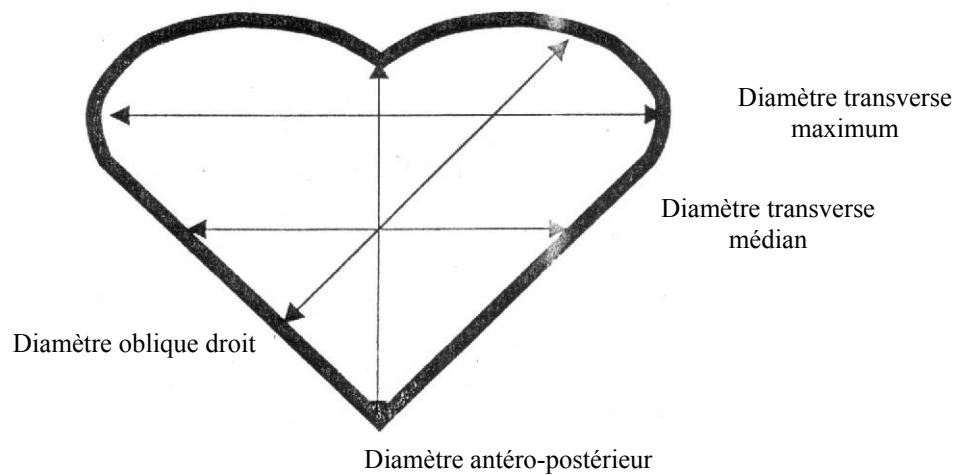


Schéma n°2 : Déroit supérieur et ses principales dimensions

La situation de la présentation par rapport au détroit supérieur permet de définir une étape essentielle de l'accouchement qui est l'engagement.

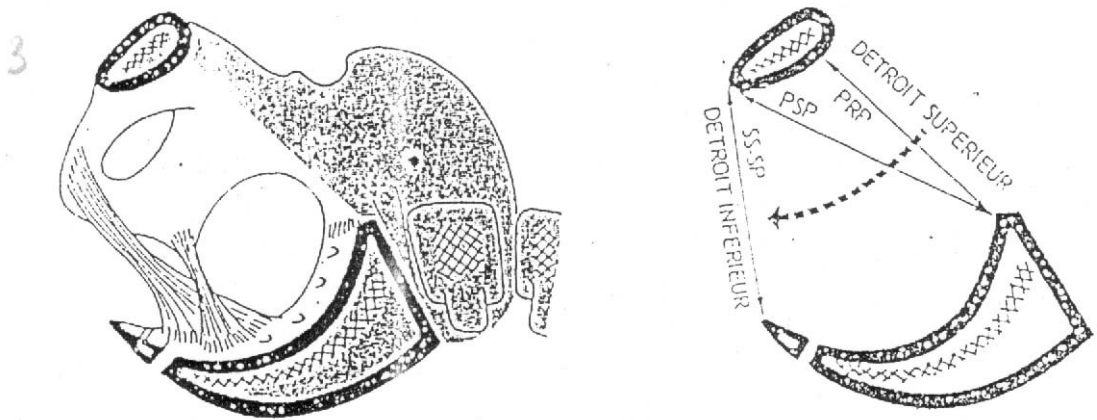
La présentation est dite engagée lorsque la plus grande circonférence de cette présentation a franchi le plan du détroit supérieur.

### I.1.1.2. L'Excavation (2)

Elle est limitée :

- En avant par la face postérieure de la symphyse pubienne et les corps des pubis. Elle est convexe de haut en bas ;
- En arrière par la surface sacro-coccygienne antérieure. Elle est fortement concave de haut en bas ;
- Latéralement par la surface quadrilatère des os iliaques qui s'étend de la ligne innominée aux tubérosités ischiatiques.

Cette excavation est divisée en deux étages par un rétrécissement qui passe par les épines sciatiques. Elle a la forme d'un cylindre osseux, courbe tournant autour d'un point fixe qui est le pubis. L'orifice supérieur de ce canal est à grand axe transversal ou oblique, alors que l'orifice inférieur est à grand axe antéro-postérieur. Cela explique la nécessité de rotation de la tête fœtale pendant l'accouchement. Ainsi, le mobile fœtal s'est engagé dans le détroit supérieur suivant une direction oblique en bas et en arrière et se dégage au détroit inférieur suivant une direction oblique en bas et en avant.



PRP : diamètre promarto-recto-pubien : 11 cm

PSP : diamètre-promonto-sous-pubien : 13 cm

SS-SP : Diamètre-sous-sacro-sous-pubien : 11 cm

Schéma n°3 : Excavation pelvienne, vue de profil en position obstétricale

Clicours.COM

### I.1.1.3. Le détroit inférieur (3)

Il est limité :

- En avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne ;
- En arrière le coccyx : pointe du sacrum ;
- Latéralement par les tubérosités ischiatiques et une ligne courbe dont la moitié antérieure est osseuse (les branches ischio-pubiennes) et la moitié postérieure fibreuse (les ligaments sacro-sciatiques). Le plan du détroit inférieur se compose de deux triangles dont la base commune est la ligne réunissant les tubérosités sciatiques.

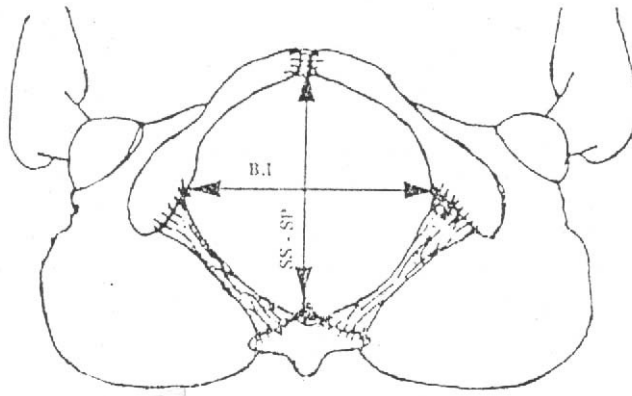


Schéma n°4 : Le détroit inférieur vu d'en bas (position obstétricale)

BI : Diamètre bi-ischiatique : 11 cm

SS.SP : Diamètre sous sacro-sous-pubienne : 11 cm

Ils ont des diamètres sensiblement égaux.

### I.2. LES PARTIES MOLLES (4)

L'excavation ne constitue pas toute la longueur du canal pelvi-génital.

A l'orifice inférieur, le détroit inférieur est appendu un entonnoir musculo-membraneux appelé plancher pelvien ou périnéal. Ce plancher soutient les organes pelviens mais il forme un obstacle à la progression du fœtus ; obstacle que la présentation devra donc refouler et écarter pour se dégager. Ce plancher est constitué par deux plans.

### **I.2.1. Plan profond : Les releveurs de l'anوس**

C'est un muscle pair formant une lame aplatie véritable carène, qui ferme le fond de la cavité pelvienne et située dans un plan oblique en bas et en dedans. Les bords internes de ces deux muscles releveurs délimitent une fente à direction antéro-postérieure appelée boutonnière des releveurs. Cette fente livre passage aux organes suivants : l'uretère : le vagin et le canal anal.

### **I.2.2. Plan superficiel : Les muscles du périnée**

#### **I.2.2.1. Sphincter externe de l'anوس**

Il forme un véritable anneau musculaire autour de la partie inférieure du rectum

#### **I.2.2.2. Muscles transverses superficiel et profond du périnée**

Ils se dirigent en dedans et s'unissent sur la ligne médiane au niveau du noyau fibreux central du périnée. Ils se situent au-dessous du plan des releveurs et se divisent en deux orifices les fentes longitudinales des releveurs : l'un postérieur pour le canal anal, l'autre antérieur pour le vagin.

#### **I.2.2.3 Muscle constricteur de la vulve et bulbo-caverneux**

Ces deux muscles recouvrent par leur face interne le bulbe du vagin (organe érectile en forme de sangsue). Ils circonscrivent les trois quarts antérieurs de l'orifice ovulaire et entrent en rapport avec l'urètre : la petite lèvre et la glande de BARTHOLIN.

#### **I.2.2.4. Muscles ischio-caverneux**

Ces muscles engainent chacun une racine du clitoris, un organe érectile formé de deux racines. Le corps du clitoris, terminé en avant par le gland, est attaché au devant de la symphyse pubienne par le ligament suspenseur.

### **I.2.3. Importance obstétricale de ces formations**

Dans un premier temps de la descente la présentation entre en contact avec les releveurs de l'anوس. Du fait de la disposition en carène de ces releveurs, ceux-ci contribuent à guider la présentation et à orienter son grand axe dans le sens antero-

postérieur, correspondant à la direction de la boutonnière. C'est la rotation intrapelvienne de la tête.

Dans un second temps, la présentation va appuyer fortement sur le double plan des releveurs et du périnée et va refouler progressivement ces formations, dont les fibres se déploient en éventail à partir de leurs insertions pariétales.

Cette ampliation périnéale réalise un canal musculo-fibreux qui prolonge la courbe du canal osseux de l'excavation. A ce canal formé dans le dernier temps de l'accouchement : on a donné le nom de bassin mou.

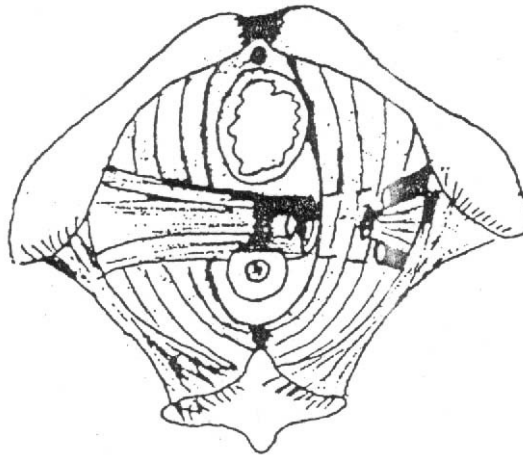


Schéma n°5 : Les parties molles (vue inférieure ; position obstétricale)

Plan profond : antéro-postérieur : La boutonnière des releveurs.

Plan superficiel transversal : Les muscles transverses superficiels et profonds ; unis entre eux au niveau du noyau fibreux central.

## **II. QUELQUES DÉFINITIONS**

### **II.1. GROSSESSE (5)**

Une femme jeune bien réglée est enceinte lorsque ses menstruations disparaissent.

### **II.2. SANTE PUBLIQUE (6)**

C'est une science de la santé collective : elle a pour but de prévenir la maladies de protéger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par les actions concentrées visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui

présentent une importance sociale ; à organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et de traitement préventif des maladies ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à la collectivité la santé. L'objectif est de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité.

### **II.3. VACCIN (7)**

C'est une substance qui induit dans l'organisme et qui détermine la formation d'anticorps capables de s'opposer à l'infection de cet organisme par un germe infectieux donné.

### **II.4. POPULATION (8)**

La population est celle sur laquelle on procédera aux enquêtes pour obtenir les indications. Cette population sera choisie dans les tranches les moins exposées aux risques, et on effectuera un échantillon d'âge probabiliste.

### **II.5. FEMME (9)**

Selon la définition internationale, les femmes sont toutes les mères de 15 – 49 ans c'est-à-dire en âge de procréer.

### **II.6. MATERNITE (10)**

C'est un établissement où l'on reçoit les femmes qui viennent accoucher.

### **II.7. MATERNITE SANS RISQUE (11)**

Définition selon l'OMS « toutes les femmes ont le droit de pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ces choix doivent être assurées d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période post natale, et d'éviter les risques de décès ou d'incapacités liées à la grossesse.

### **II.8. LES CONSULTATIONS – PRENATALES (12)**

On entend sous le terme de soins prénataux soit uniquement les soins systématiquement dispensés à toutes les femmes enceintes aux niveaux des services de santé primaires soit tous les aspects des soins, du dépistage jusqu'au soins vitaux intensifs fournis à toutes femmes enceintes pendant sa grossesse et son accouchement.

## **II.9. ACCOUCHEMENT PREMATURE (13)**

Définition selon l'OMS : l'accouchement prématuré est une naissance avant terme entre 22 et 37 semaines d'Aménorrhée révolue.

## **II.10. AVORTEMENT (14)**

C'est l'expulsion spontanée ou provoquée d'un fœtus non viable avant le 180<sup>ème</sup> jour de la grossesse, moment à partir duquel l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé.

## **II.11. LA PRESENTATION (15)**

C'est la partie du fœtus qui se présente au détroit supérieur, tend à s'y engager et s'y évoluer selon un mécanisme qui lui est propre.

## **II.12. LES CONTRACTIONS UTERINES (16)**

Ce sont des durcissements palpés au niveau de l'utérus suivis d'un relâchement.

## **II.13. PARTOGRAMME (16)**

Le partogramme est un instrument destiné à la surveillance et à la conduite du travail. Il sert à enregistrer toutes les observations faites sur la femme en travail ainsi que sur le fœtus. Son élément central est un graphique sur lequel est notée la progression de la dilatation du col vérifié par le toucher vaginal.

Exemple d'un partogramme :

Nom :	Age :	Gestation :
Prénom :	Groupe sanguin :	DR :
Adresse :	Et facteur Rhésus :	DPA :
Entrée le :	Sérologie :	
	Consultation prénatale :	



## 1. Les paramètres du partogramme

Date et H	Pouls	TA	HU	Pet VP	Bd cf	Col dilaté LA	CU	Prescription

**II.14. ACCOUCHEMENT (17)**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée (06 mois).

**II.15. LES CONSULTATIONS POST-NATALES (18)**

On entend consultations postnatales les soins-post-nataux, c'est à dire la surveillance de la santé de la femme qui a accouché et de l'enfant qui est né.

**III. LES OBJECTIFS DES CONSULTATIONS PRENATALES (19)**

Ils consistent à surveiller l'évolution de la grossesse.

La surveillance de la grossesse comprend une surveillance clinique et paracliniques. Durant l'évolution de la grossesse, le nombre fixé de consultation prénatale est au moins trois consultations prénatales.

**III.1. CONSULTATION PRENATALE DU PREMIER TRIMESTRE**

Elle est essentielle pour apprécier l'état de la mère et pour confirmer et juger le caractère normal ou pathologique de la grossesse.

Cliniquement elle comporte :

- une interrogation des antécédents personnels et familiaux de la mère et du procréateur si possible ;
- un examen des appareils à la recherche des facteurs de risque liés à une pathologie associée. Il est important de mesurer la tension artérielle, le poids et la taille de la femme ;

Biologiquement :

- voir la protéinurie, glycosurie, groupe sanguin et rhésus ;
- Faire le sérodiagnostic de la syphilis, toxoplasmose ;
- apprécier les conditions de vie socio-économique et psychologique et donner un conseil en ce qui concerne l'hygiène de la grossesse.

### **III.2. CONSULTATION PRENATALE DU DEUXIEME TRIMESTRE**

Elle est souhaitable aux environs du sixième mois et nécessaire pour vérifier que la grossesse se déroule selon les normes et également contrôler la vitalité et l'œuf cliniquement, les signes sont :

- Mouvements passifs et actifs : la femme sent bouger l'enfant à partir de 4-5 mois ;
- Le bruit du cœur foetal est audible à partir de 5<sup>ème</sup> mois (normalement 130 à 150 /mn).

A l'examen :

- recherche de tares viscérales associées ;
- surveillance de la tension artérielle ;
- la pesée ;
- recherche des protéinuries et albuminurie ;
- mesure de la hauteur utérine ;
- évaluation du coefficient de risque d'accouchement prématuré.

### **III.3. CONSULTATION PRENATALE DU TROISIEME TRIMESTRE**

Elle est conseillée vers le 8<sup>ème</sup> mois et a surtout comme objectif d'établir le pronostic de l'accouchement. Il est alors très important à cette visite :

- d'apprécier les antécédents pathologiques susceptibles d'influer sur le bassin ;

- de vérifier l'absence de la protéinurie et les chiffres de la tension artérielle ;
- de savoir les accouchements précédents et leur poids de naissance ;
- de voir la taille et l'aspect de la femme : mensuration et palpation de l'utérus
- le toucher vaginal (TV) est important pour confirmer le diagnostic de la présentation et apprécier l'état du col du segment inférieur l'état des parties molles et du périnée.

#### REMARQUES concernant la consultation prénatale

La consultation prénatale est indispensable or le problème : « ce sont les femmes à haut risque en raison des caractéristiques familiale et sociale qui sont les moins bien surveillées pendant leur grossesse ».

### IV. INTERVENTIONS OBSTETRIQUES

#### IV. 1. EXTRACTION INSTRUMENTALES

##### IV.1.1 les forceps de TARNIER (20)

##### IV.1.1.1. Définition

Le forceps est instrument destiné à extraire la tête d'un enfant vivant à terme lorsqu'on est dans la nécessité de terminer rapidement l'accouchement.

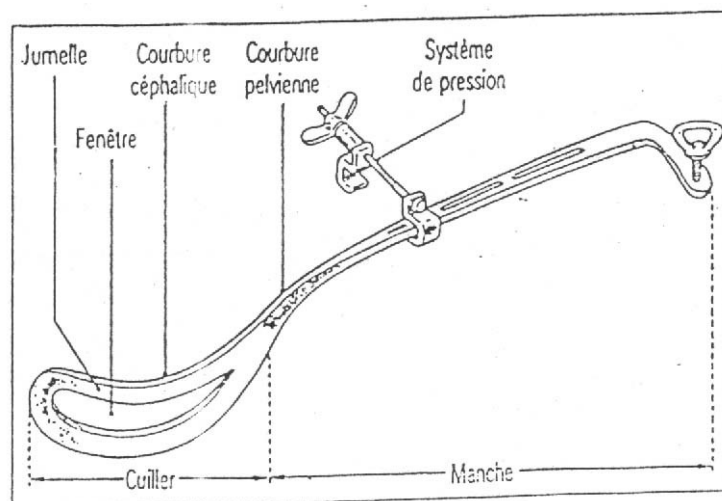


Schéma n°6 : Les différentes parties d'un forceps

#### **IV.1.1.2. Les sigles des conditions d'application de forceps**

F : Fœtus en céphalique : présentation du sommet

O : orientation repérée : l'occiput

R : rompues : les membranes ou poche des eaux sont rompues

C : complète : la dilatation doit être complète

E : engagée la tête : la présentation est engagée

P : proportion foeto- pelviennes compatible : protéger le périnée

S : sonder la vessie au préalable

#### **IV.1.1.3. Indications**

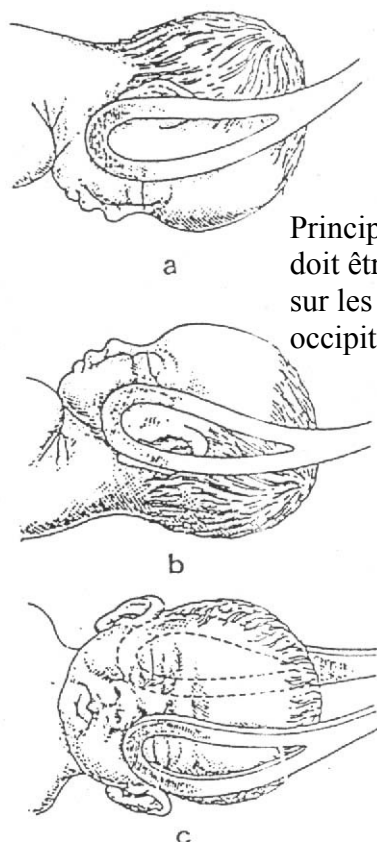
- L'arrêt de la progression du fœtus ;
- La souffrance fœtale ;
- Le surmenage maternel au cours du travail ;
- Certaines indications d'application prophylactiques pour les maladies maternelles ;
- L'accouchement de la tête dernière dans une présentation du siège ;
- Certains accouchement prématurés pour éviter le heurt répété de la tête fragile contre le périnée trop rapide ;
- Complètement de dégagement.

#### **IV.1.1.4. Technique(20)(21)**

1) La préhension : nécessité de 2 conditions préalables :

- Il faut avoir fait le diagnostic de la présentation avant toute pose de forceps ;
- La prise doit être aussi symétrique que possible par rapport à l'axe médiane de la tête et exercée sur des parties solides de telle sorte que la traction

se fasse selon l'axe occipito-mentonnier et que la présentation ait le plus petit diamètre possible (Schéma 7).



Principes de la prise d'un forceps, la prise doit être correcte, les cuillers prennent appui sur les malaires. L'axe du forceps est l'axe occipito-mentonnier.

a) Prise en OP

b) Prise en OS

c) Prise asymétrique en gauche transverse

Schéma n°7 : Principes de la prise d'un forceps

2) L'orientation : reproduire l'évolution naturelle de la tête dans l'excavation :

- Flexion ;
- Rotation en occipito-pelvienne, voire en occipito-sacrée ;
- Asynclitisme.

3) La traction

Elle assure la descente de la tête ; l'axe de cette traction est adapté à la situation de la tête dans l'excavation selon qu'il s'agit d'une variété antérieure ou postérieure de la tête.

## IV.1.2 les ventouses obstétricales ou vacuum (21) (22)

### IV.1.2.1. Définition

La ventouse obstétricale est utilisée quand il est nécessaire d'accélérer l'accouchement alors que la césarienne est contre indiquée et que manquent les conditions nécessaires à l'application du forceps.

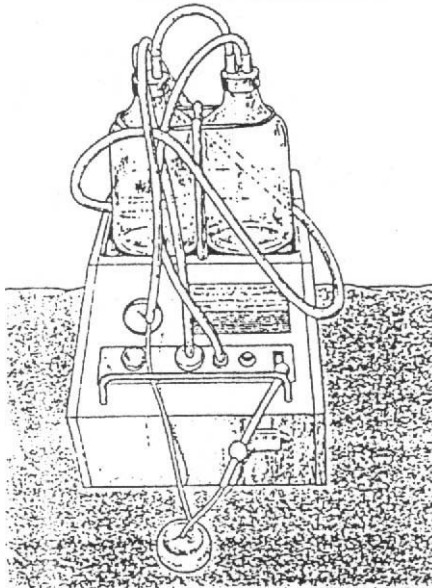


Schéma n°8 : Les ventouses obstétricales

### IV.1.2.2. Indications

- La souffrance fœtale subites la tête étant sur le plancher périnéal ;
- L'accélération du dégagement de la tête lorsque est visible (cardiaque, tuberculeuse...) ;
- L'arrêt de la progression : la tête étant très basse, déflexion de la tête.

### IV.1.2.3. Les contre-indications

- Prématurité ;
- L'existence de scarifications du cuir chevelu du fœtus pendant le travail ;
- Une présentation du front, de la face du siège ;
- Une volumineuse bosse sero-sanguine.

#### **IV.1.2.4. Technique d'application (22) (23)**

- Appliquer le vacuum extractor dans le cas d'occipito-antérieur ;
- Anesthésie inutile ;
- Placer la ventouse sur la région occipitale lorsque la tête fœtale est visible après écartement des petites lèvres ;
- Réaliser le vide jusqu'au degré 6 ou 7 atmosphères et attendre plusieurs minutes pour atteindre cette dépression.
- Tirer en synchronisme avec une contraction utérine en accentuant d'abord l'hyperflexion (traction dans l'axe ombilico-coccygien) jusqu'à la fixation de la tête ;
- Procéder alors au dégagement, la main gauche tirant sur l'extractor de la main droite, soutenant le périnée et freinant la déflexion : épisiotomie si nécessaire.

#### **IV.1.2.5. Précautions à prendre**

- Ne pas saisir la muqueuse vaginale dans l'appareil ;
- Ne pas dépasser 30cm d'application du vacuum, car il y a risque de traumatisme fœtal ;
- Ne pas faire si les sutures sont très larges et lorsque la grande fontanelle est dans le champ d'aspiration (bregma).

#### **IV.1.2.1. Incidents et accidents**

Citons :

- Le dérapage : le vacuum se décolle : les tractions n'ont pas été effectuées dans l'axe ou bien il s'agit d'une occipito- postérieure ;
- L'extraction est impossible : recourir au forceps ;
- Lésions du cuir chevelu : hématomes sous-cutanés, céphal hématomes ;
- Les hémorragies cérébro-méningées (0,3 à 4%).

## **IV.2. INTERVENTIONS COURANTES**

### **IV.2.1 La rupture artificielle des membranes (24)**

#### **IV.2.1.1. Définition**

C'est la dilacération des membranes de la poche des eaux tendues en cours d'une contraction utérine lorsqu'on est dans la nécessité :

#### **IV.2.1.2. Indications**

##### **1) Indications absolues :**

- A dilatation complète ;
- Rupture des membranes après la naissance du premier jumeau ;
- Le placenta praevia latéral ou marginal ;
- Le décollement prématuré du placenta ;
- Au cours de l'épreuve du travail.

##### **2) Indications relatives :**

- L'inertie ou hypotonie utérine ;
- L'hypertonie utérine ;
- L'accélération de la marche de l'accouchement ;
- L'excès de liquide amniotique.

#### **IV.2.1.3. Contre-indications**

##### **1) Contre-indications absolues**

- Présentation de l'épaule ;
- Procidence du cordon.

##### **2) Contre-indications relatives**

- Présentation du siège ;
- La tête encore mobile (risque de procidence) ;
- L'accouchement prématuré.



#### IV.2.1.4. Technique

A faire au moment d'une contraction utérine. Rompre avec la pointe d'une demi- pince de KOCHER ou d'une demi- pince de HEGAR. Apprécier la couleur du liquide amniotique. Eviter un écoulement brutal des eaux car il risquerait un procidence du cordon (Schéma 9).

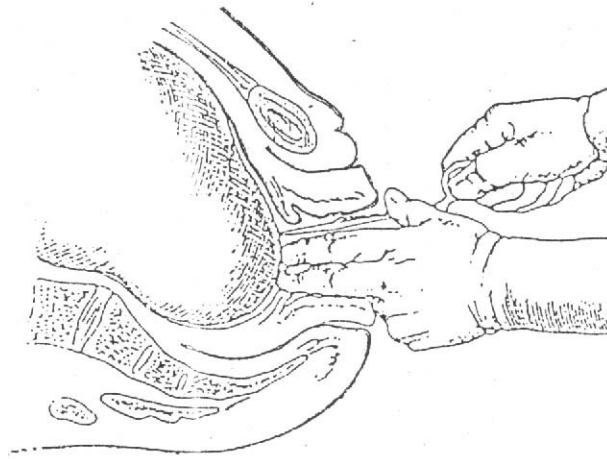


Schéma n°9 : Rupture artificielle des membranes

### IV.2.2. L'expression abdominale (25)

#### IV.2.2.1. Définition

Ce sont les pressions de haut en bas de l'abdomen et un peu en arrière sur les faces antéro-latérales de l'utérus.

#### IV.2.2.2. Indications

##### 1) Indication urgente

- Souffrance fœtale subite ;
- Fatigue maternelle.

##### 2) Associées à l'autre technique :

- Au cours des applications des forceps ;
- Au cours de l'accouchement par le siège ;
- Au cours de la dystocie des épaules.

#### IV.2.2.3. Contre-indication

- Utérus cicatriciel

#### IV.2.2.4. Technique

Elle consiste à appuyer sur le fond utérin par les deux paumes de la main d'une aide (Schéma 10).



Schéma n°10 : Expression abdominale

Expression abdominale : les mains sont largement étalées et empaument le fond utérin en exerçant des pressions de haut en bas et un peu en arrière sur les faces antéro-latérales de l'utérus.

### IV.2.3 L'épisiotomie (26)

#### IV.2.3.1. Définition

C'est une incision latérale dans le but d'élargir la fente génitale.

#### IV.2.3.2. Indications

- Primipare surtout si âgée ;
- Tissus infectés : oedématisés ; cicatriciels ; excision ;
- Périnée hypoplasique ; asymétrique ; distance ano-pubienne  $< 6$  cm ;
- Gros bébé (penser aux épaules)  $> 3700$ g ;
- Présentation postérieure ;

- Siège ;
- Prématuré ;
- Souffrance fœtale ;
- Forceps ; manœuvre d'extraction ;
- Crainte de déchirure périnéale.

#### IV.2.3.3. Technique

##### 1) Episiotomie latérale ou médio-latérale

Pratiquer sur le périnée tendu une incision franche aux ciseaux ou au bistouri sur 2 à 3 cm partant de la commissure postérieure de la vulve et se rendant obliquement à 45° en direction de l'Ischion (Schéma 11).

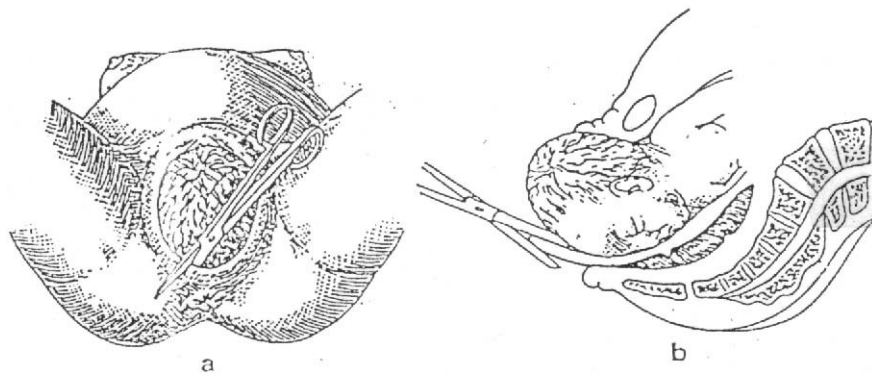


Schéma n°11 : Réalisation d'une épisiotomie

- a) Vue de face : les ciseaux partent du milieu de la fourchette à 45° sur l'horizontale.
- b) Vue sagittale : les ciseaux doivent couper sur la même longueur de la muqueuse et la peau.

#### IV.2.4. Version par manœuvre interne (VMI) (27)

##### IV.2.4.1. Définition

La version obstétricale est une intervention par laquelle la position défavorable du fœtus est remplacée par une autre, favorable qui est toujours longitudinale.

#### **IV.2.4.2. Indications**

- Surtout chez les multipares ;
- Présentation de l'épaule à dilatation complète, transformée en présentation du siège ;
- Procidence du cordon à dilatation complète, tête mobile, enfant vivant ;
- Parfois la présentation de la face ou du front ;
- Placenta praevia à dilatation incomplète avec extraction différée lorsque l'enfant est très compromis ou mort ( le siège vient comprimer la zone placentaire qui saigne).

#### **IV.2.4.3. Contre-indication**

Cas des bassins rétrécis.

#### **IV.2.4.4. Technique**

On la pratique sous anesthésie générale ou mieux sous anesthésie péridurale.

##### **1) Introduction de la mains et saisie du pied :**

Préciser la position du fœtus. Introduire alors la main d'accoucheur et franchir l'orifice vulvaire. Parfois on rencontre une résistance qui n'est jamais insurmontable au passage de son grand diamètre. Glisser jusqu'au fond de l'utérus. l'avant bras pénètre tout entier dans les voies génitales. Saisir à pleine main ou entre l'index et le doigt recourbé le pied au-dessous des malléoles. Eventuellement le deuxième pied est saisi entre 3è et 4è doigts recourbés. Ce deuxième temps doit être conduit sans précipitation, mais aussi sans trop de lenteur, à cause de la tendance de l'utérus à se contracter sur le fœtus au cours de manœuvre prolongée.

##### **2) Evolution du fœtus**

Tirer sur le pied ou les pieds pendant que la main externe empaume solidement le fond de l'utérus. Amener le pied à la vulve. Dans ce cas le fœtus se verticalise en présentation du siège. Celle-ci est facile si l'utérus n'est pas contracté. Si la traction sur un pied reste sans résultat, il faut aller chercher l'autre pied.

Si l'évolution offrait quelques difficultés, la tête fœtale devrait être directement repoussée vers le haut par la main utérine, ou accrochée et attirée vers le haut à travers la paroi abdominale par une aide. Mais cette difficulté de l'évolution de la tête va souvent avec un certain degré de rétraction utérine. L'évolution doit donc avoir amené la tête dans le fond de l'utérus, le siège en bas : les genoux à la vulve, les pieds hors des voies génitales.

### 3) La grande extraction du siège

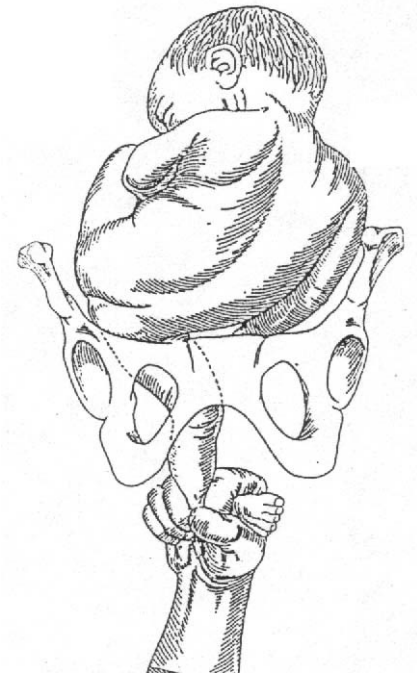
Le corps du fœtus saisi à travers un champ stérile est tiré vers le bas, puis tourné d'un quart de tour. Quand les omoplates apparaissent, le bras intérieur est dégagé, puis le fœtus est basculé vers le ventre de la mère pour permettre le dégagement du bras postérieur. Le fréquent relèvement des bras rend utile la pratique systématique d'une manœuvre de LOVSET. L'accouchement de la tête est fait de manière habituelle par une manœuvre de BRACHT, de MAURICEAU ou une application de forceps sur tête dernière.



Version par manœuvres internes. Saisi d'un pied



Version par manœuvres internes. Abaissement d'un pied



Version par manœuvres internes. Evolution du fœtus

Schéma n°12 : Version par manœuvres internes

#### **IV.2.5. Version par manœuvre externe (28)**

##### **IV.2.5.1. Définition**

La version obstétricale est une intervention par laquelle la position défavorable du fœtus est remplacée par une autre, favorable qui est toujours longitudinale.

##### **IV.2.5.2. Indications**

Présentation du siège : fœtus unique.

Présentation du siège : deuxième jumeau après accouchement du premier jumeau.

Présentation transversale.

##### **IV.2.5.3. Contre-indications**

1) Absolues :

- Rétrécissement pelvien avec voie basse impossible ;
- Placenta praevia : risque d'hémorragie ;
- Souffrance fœtale ;
- Grossesse gémellaire ;
- Oligoamnios : l'utérus est moulé sur le fœtus.

2) Relatives :

- Menace d'accouchement prématuré ;
- Hypertension artérielle : risque de décollement placentaire ;
- Utérus mal formé (cloisonné ou double) ;
- Primipare âgée ;
- Utérus cicatriciel si bassin normal : risque de rupture utérine ;
- Déflexion de la tête fœtale : la version sera difficile.

#### IV.2.5.4. Technique

Elle doit être réalisée au bloc obstétrical à proximité d'une salle d'opération dans l'éventualité d'une souffrance fœtale aigüe apparaissant au cours ou à l'issue de la version.

##### 1) Dans les présentations du siège

- Vessie et rectum vides (sondage, lavement). Administrer un antispasmodique ;

- S'assurer que l'enfant est bien vivant (bruits du cœur fœtal positif) ;

- La femme est placée sur un lit. Les cuisses légèrement fléchies pour relâcher la paroi abdominale. Il ne faut pas utiliser d'anesthésie ;

- Repérer exactement la position du dos car on pratique la version dans le sens de la flexion de la tête sur la poitrine et non de sa déflexion :

- \* 1<sup>er</sup> temps : soulever le siège avec les deux mains placées au niveau du pôle inférieur de l'utérus. refouler latéralement du côté du dos fœtal ;

- \* 2<sup>e</sup> temps : une fois le siège refoulé et maintenu dans cette position : l'autre main repère la tête fœtale pour la fléchir vers la face ventrale du fœtus puis l'abaisser tandis que le siège est toujours poussé vers le haut. Le franchissement du diamètre transverse, par les deux extrémités fœtales, est habituellement marqué par un ressaut qui signe le succès de la version. Il ne reste plus alors qu'à orienter la tête vers le détroit supérieur.

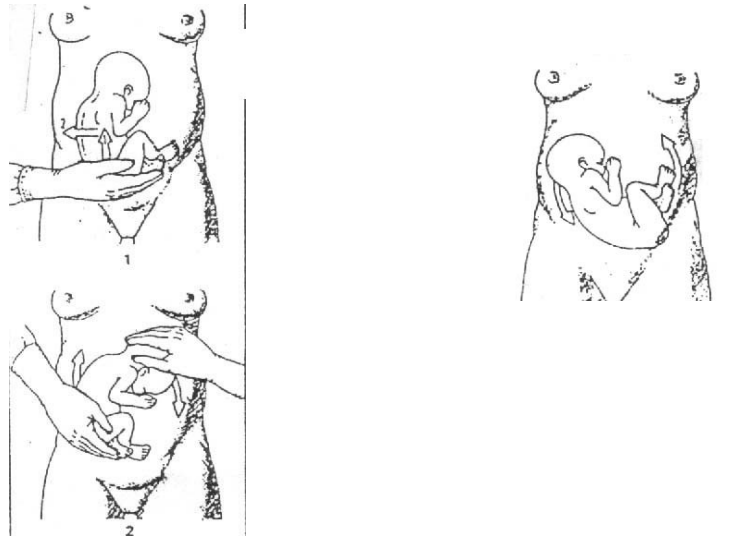


Schéma n°13 : Version par manœuvre externe dans la présentation du siège

## 2) Dans les présentations transverses

- Vessie et rectum vides (sondage, lavement). Administrer un antispasmodique une heure avant ;
- S'assurer que l'enfant est vivant ;
- Femme placée sur un lit, cuisses légèrement fléchies pour relâcher la paroi abdominale. Ne pas utiliser d'anesthésie car la douleur étant un guide important ;
- Le but de la version par manœuvre externes est d'amener en bas la tête fœtale. Mais si cette version céphalique s'avère difficile, essayer d'y amener le siège ;
- Appuyer avec les deux mains sur la tête fœtale et le siège de façon à faire glisser la tête de la fosse iliaque où elle se trouve sur la ligne médiane au dessus du détroit supérieur ;
- Cette version est le plus souvent facile, mais elle se maintient mal, l'enfant reprenant sa place primitive. Il faut donc assurer la contention de la présentation ;



- Technique de contention :
  - \* Repos au lit ;
  - \* Mettre la ceinture eutocique de Pinard au deux rouleaux de coton de chaque côté de l'utérus tenu par un bandage de corps.
- Renouveler la version en cas de mutation de position ;
- Conseiller à la femme d'entrer immédiatement dans le service obstétrical en cas de rupture des membranes (Schéma 14).

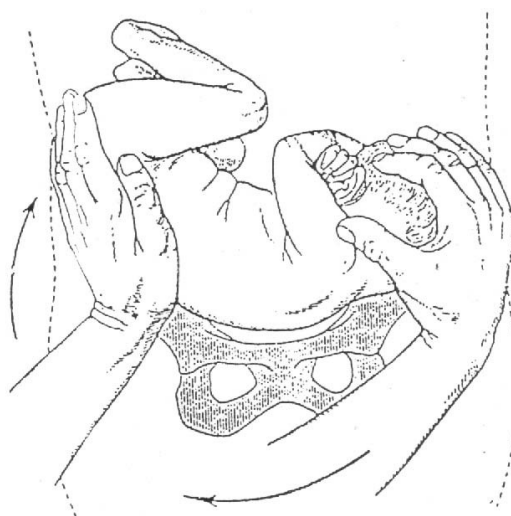


Schéma n°14 : Version par manœuvre externes dans une présentation de l'épaule

## **V. RAPPELS SUR LE MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT (29)**

Le mécanisme de l'accouchement permet de comprendre chaque cas particulier. L'accouchement à terme se produit entre 38<sup>e</sup> et 42<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée. cet accouchement peut être spontané s'il se déclenche lui-même sans intervention extérieure. Au contraire, il est provoqué s'il ne se déclenche pas après des manœuvres extérieures. La progression du fœtus dans la filière génitale se fait le plus souvent en même temps qu'évolue la dilatation. Elle impose des mécanismes accommodant la présentation à la forme et aux axes des différents étages de la filière. A chacun des trois étages correspond un temps de l'accouchement.

### **V.1. L'engagement**

Il s'agit de la traversée du détroit supérieur. C'est le temps le plus important : aboutissement plus ou moins prolongé de la période du travail.

Le schéma n°15 montre l'engagement.

### **V.2. La descente et la rotation intrapelvienne**

C'est la traversée du détroit moyen.

### **V.3. Le dégagement ou expulsion**

Il correspond à la traversée du détroit inférieur osseux et musculaire.

Le schéma n°16 montre la période de dégagement.

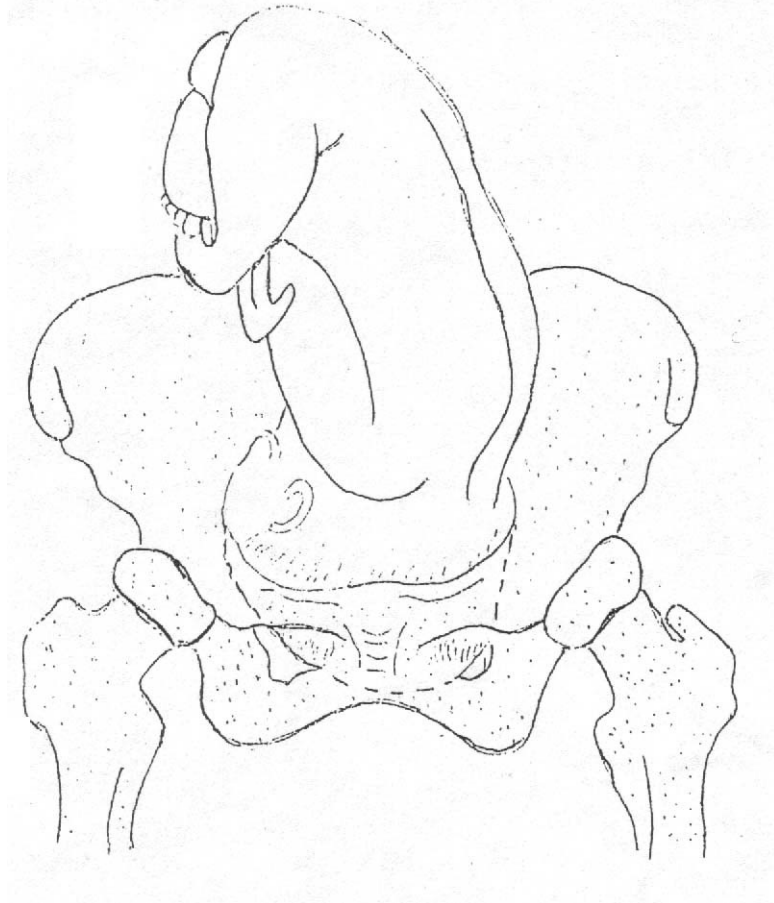


Schéma n°15 : Tête engagée

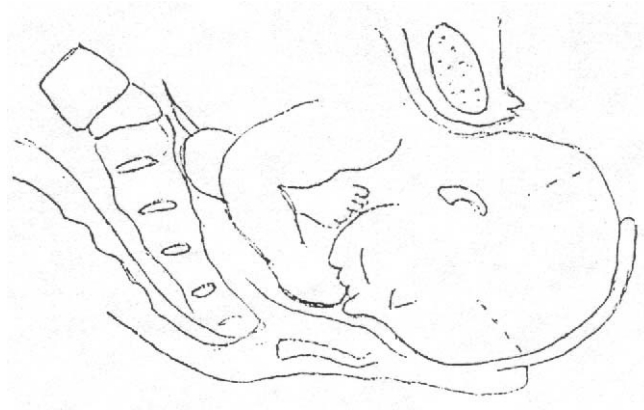


Schéma n°16 : Période de dégagement

**DEUXIEME PARTIE :**  
**ETUDE PROPREMENT DITE**



## **I. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Ils consistent à :

- faire connaître le fonctionnement de la Maternité d'Ambohipo ;
- mettre en évidence la nécessité et l'importance de la consultation prénatale au centre ;
- identifier les divers problèmes rencontrés à la Maternité ;
- proposer des solutions pour améliorer le Centre.

## **II. CADRE D'ETUDE**

### **II.1. HISTORIQUE**

*Source : Commune urbaine d'Ambanidia*

La Maternité d'Ambohipo a été conçue pour la population de quatre Fokontany depuis l'année 2001 ; le Fokontany d'Ambohipo, d'Andohanimandroseza, d'Ambolokandrina et de Mandroseza.

La Maternité se trouve juste à côté du Centre de santé de base niveau II (CSB II) d'Ambohipo. C'est une Maternité nouvellement créée, qui entrain en fonction en 1999 sous la direction du Médecin Chef RAZANAMPARANY Marie Josette et du Médecin résident RANDRIANASOLO ROLANDE jusqu'à ce jour. Cette Maternité a été inaugurée le 08 juillet 1999 par Madame Le Ministre de la Santé RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO Henriette avec Le Médecin Inspecteur, Médecin Chef du CSB II d'Ambohipo et aussi la plupart de la population située aux alentours de cette Maternité. Il y a 3 sages-femmes ; Madame RALANTOARISOA Marinjara, Madame RANDRIANANDRASANA RAMINALY Marie Hélène, Madame RAHARIMALALA Jeannette, et trois servantes Madame RAZAFINDRAZAKA Jeanne, Madame RAZANADRATSINA Mary et Madame SOAZARA.

## II.2. SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Le CSB II d'Ambohipo est l'un des quatorze centres à Antananarivo Renivohitra. Il se trouve dans la circonscription du deuxième arrondissement, plus précisément au Fokontany d'Ambohipo, Commune d'Ambanidia, sous la préfecture d'Antananarivo Renivohitra. Géographiquement, ce Fokontany a une particularité. Il est néanmoins le plus peuplé des Fokontany du deuxième arrondissement car on compte 35 014 d'habitants. Il se situe à la périphérie Sud-Est de la Capitale Malgache.

En général, ce Centre assure quatre secteurs : Fokontany d'Ambohipo, Andohanimandroseza, Ambolokandrina et Mandroseza.

Ce CSB II d'Ambohipo se trouve près du Campus Universitaire en l'occurrence la Cité Universitaire (CU) Ambohipo, CU Ankatso I, CU Ankatso II, CU Antanambao et CU Ambolokandrina.

Sur le plan médical, cette région présente deux particularités: primo, elle abrite plusieurs dépôts de médicaments, secondo à 300 m du CSB II on a un site de planification familiale privée appelée TEZA.

Le plan géographique de la périphérie du Sud-Est d'Antananarivo permet mieux de localiser la région d'Ambohipo.

D'après la dernière enquête démographique, le tableau n°02 ci-après montre la répartition de la population.

### 2. Répartition de la population d'Ambohipo par Fokontany

FOKONTANY	NOMBRE D'HABITANT	POURCENTAGE
Ambohipo	12 514	35,74%
Ambolokandrina	11 266	32,18%
Andohanimandroseza	5 135	14,67%
Mandroseza	6 099	17,42%

D'après le recensement en l'an 2001, dans ces secteurs, on a compté 35 014 habitants dans les quatre Fokontany avec 8 054 de femmes en âge de procréer (15 – 49 ans).

## PLAN GEOGRAPHIQUE DE LA PERIPHERIE DU SUD-EST D'ANTANANARIVO

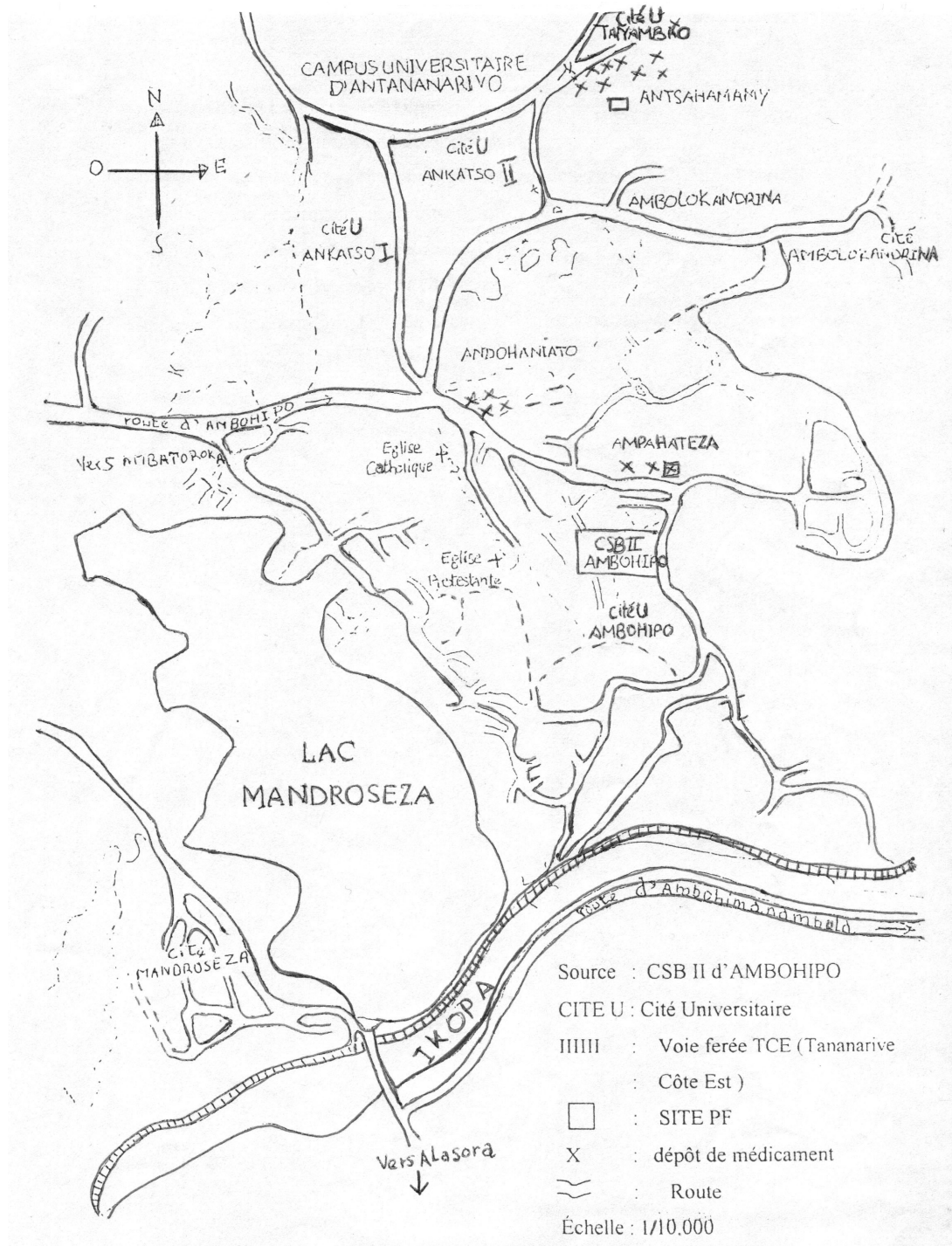


Schéma n°17 : Plan géographique de la périphérie du sud-est d'Antananarivo



### **II.3. ORGANISATION DU SERVICE**

Le service de la Maternité est divisé en deux parties qui sont la partie technique et la partie administrative.

#### **II.3.1. La partie technique**

Cette partie est formée de deux unités.

##### **II.3.1.1. L'unité technique des accouchées**

- surveille le déroulement du travail ;
- assure l'accouchement normal ;
- s'occupe la surveillance pré et postnatale ;
- assure les soins des accouchées et la surveillance des nouveau-nés.

##### **II.3.1.2. L'unité technique de consultation externe**

Elle s'occupe :

- des consultations pré et postnatales ;
- de la surveillance des femmes enceintes ;
- et aussi du planning familial et la vaccination.

#### **II.3.2. La partie administrative**

Les sages-femmes et les secrétaires assurent les fonctionnements des affaires administratives du service :

- l'enregistrement des entrées et des sorties des accouchées ;
- la préparation et classification des dossiers médicaux.

### **II.4. LES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS DE LA MATERNITÉ**

- consultations pré et postnatales ;
- planning familial ;
- soins ombilicaux ;
- vaccinations.

## II.5. EMPLOI DU TEMPS HEBDOMADAIRES DE LA MATERNITÉ

Il est donné dans le tableau n°03 ci-dessous.

### 3. Emploi du temps hebdomadaire

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8 à 8 h 30	Consultation postnatale				
8 h 30 à 9 h	Sensibilisation au PF				
9 h à 12 h	Vaccin	Soins ombilicaux	1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> CPN	Vaccin	CPN du 3 <sup>ème</sup> trimestre
14 h à 17 h	Enregistrement des entrées et de sorties des Accouchées. Classification des dossiers médicaux.				
24 / 24 h	ACCOUCHEMENT				

## II.6. LES RESSOURCES

La Maternité et le CSB II disposent aussi bien de ressources budgétaires qu'humaines et matérielles.

### II.6.1. Ressources humaines

#### II.6.1.1. Effectif du Personnel

Au total, 16 membres du personnel font fonctionner la Maternité et le service du CSB II. Ce sont :

- 2 Médecins diplômés d'Etat ;
- 6 Sages-femmes d'Etat ;
- 3 Infirmières d'Etat ;
- 3 Servantes ;
- 2 Secrétaires.

### **II.6.1.2. Attribution du personnel dans chaque unité de travail**

- Le Médecin chef supervise toutes les activités de cette Maternité ;
- L'autre Médecin coordonne les activités de cette maternité ;
- Les 3 sages-femmes assurent l'accouchement, les consultations postnatales, les soins ombilicaux, les sensibilisations au Planning familial (PF) ;
- Une sage-femme s'occupe du Planning familial (PF) ;
- Une sage-femme avec les Internes assurent la vaccination.
- Une sage-femme est un dispensateur du CSB II mais la gestion proprement dite de ces médicaments est sous contrôle du Médecin Chef ;
- Les injections et les pansements sont assurés par les infirmières ;
- Les secrétaires enregistrent tous les dossiers de la Maternité et du CSB II d'Ambohipo.

### **II.6.2. Ressources budgétaires**

Autrefois, le recouvrement de coût a été appliqué dans tous les hôpitaux alors que la Pharmacie gestion Communautaire (PHAGECOM) était appliquée à la Maternité et au CSB II d'Ambohipo depuis 1998.

Mais actuellement, cette PHAGECOM est suspendue dans tous les hôpitaux depuis le mois de juin 2002.

### **II.6.3. Ressources matérielles**

La Maternité d'Ambohipo dispose de quelques matériels pour faire fonctionner les différents services :

- Equipements de diagnostic :
  - Médecine générale : Tensiomètre, stéthoscope, thermomètre ;
  - Gynéco-obstétrique : Stéthoscope obstétrical, spéculum vaginal ; mètre ruban, sonde vaginale, balance pour bébé, boîte d'accouchement, bassin du lit ....

- Equipement de soins :
  - Boîte à pansement complet ;
  - Kit à suture ;
  - Balance pèse-personne.

A l'instar de toute Maternité, le site ne dispose pas de service d'Echographie mais il y a un service laboratoire pour dépister seulement la tuberculose.

- Matériel roulant :

Ce Centre ne dispose d'aucun matériel roulant comme l'ambulance.

- Matériels durables :

Ils se composent de lits métalliques, de tables d'accouchement, de matériel bureautique et d'articles d'hygiène...

Le bâtiment de la Maternité se compose de :

- 4 salles et 1 WC isolé ;
- 1 salle d'accouchement et d'hospitalisation à la fois ;
- 1 salle des accouchées et 1 salle de garde pour les sages-femmes ;
- 1 douche.

Il n'y a que 9 lits.

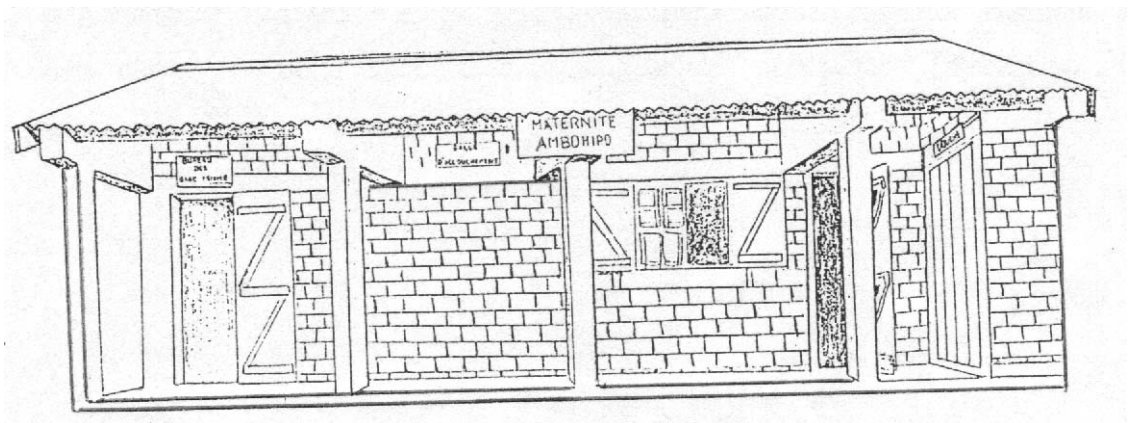


Photo n°1 : Bâtiment de la Maternité d'Ambohipo

### **III. MÉTHODOLOGIE**

#### **III.1. MÉTHODES D'ÉTUDE**

C'est une étude rétrospective que nous avons menée à la Maternité d'Ambohipo s'étalant sur une période d'un an, du janvier au décembre 2001.

Nous avons dépouillé au maximum tous les dossiers et les documents nécessaires et indispensables pour mener l'étude. au total 236 parturientes ont été inscrites durant une année.

Ainsi pour nos observations nous avons consulté des rapports mensuels et annuels, des cahiers de protocole d'accouchement, des cahiers de secrétariat en une année.

#### **III.2. MATÉRIELS D'ÉTUDE**

Nous avons limité notre étude aux activités de la salle d'accouchement et du nombre de consultations prénatales du troisième trimestre à partir du mois de janvier au décembre 2001.

Après avoir étudié les dossiers des patientes, nous avons obtenu les renseignements suivants :

- Nombre d'accouchements par mois et par an ;
- Situation professionnelle ;
- Situation matrimoniale ;
- Age des parturientes ;
- La parité ;
- La grossesse et l'avortement ;
- Les présentations rencontrées ;
- Les différents types d'accouchements
- Les thérapeutiques utilisées au cours du travail et de l'accouchement ;
- Le sexe et le poids de l'enfant.

## IV. RESULTATS

### IV.1. FRÉQUENCE GLOBALE DES ACCOUCHEMENTS

Un relevé global de l'ensemble des activités s'impose en premier lieu.

#### IV.1.1. Fréquence mensuelle

236 parturientes ont été inscrites soit 19,66 accouchements par mois au cours d'une année (du janvier au décembre 2001).

#### 4. Nombre d'accouchements par mois

Année	2001												Total
Mois	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	
Nombre	15	20	18	25	29	20	32	23	21	7	15	11	236

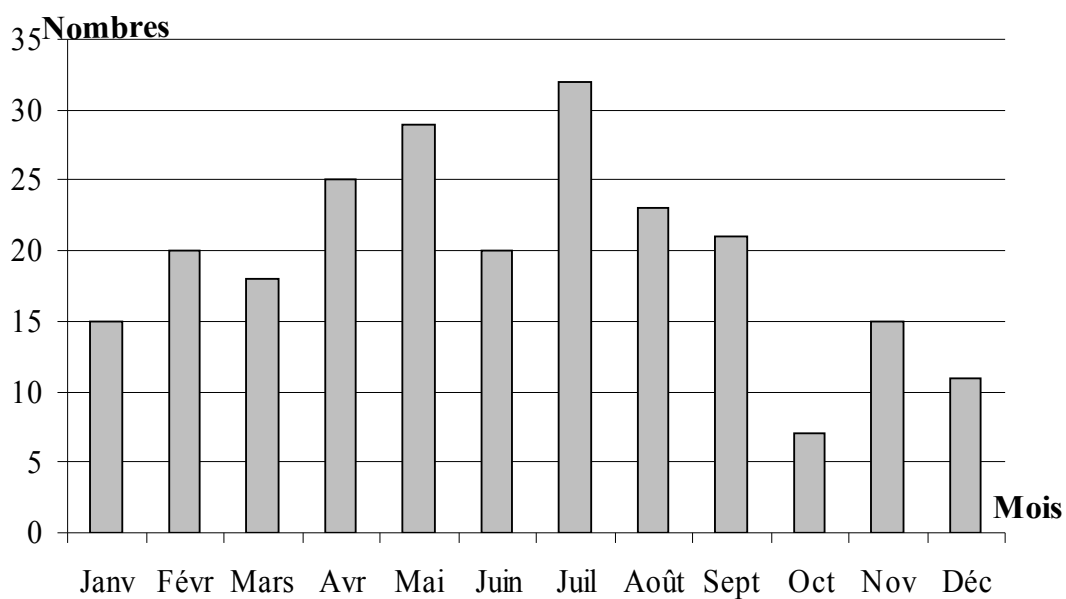


Figure n°1 : Représentation graphique de la fréquence mensuelle d'accouchement en une année

### IV.1.2. Fréquence annuelle

Le nombre total d'accouchements durant une année est de 236.

## IV.2. FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES

### IV.2.1. Age des parturientes

#### 5. Age des parturientes

AGE	NOMBRE	POURCENTAGE
< 16ans	04	1,69%
Entre 16 et 35 ans	219	92,80%
> 35 ans	13	5,51%
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>100%</b>

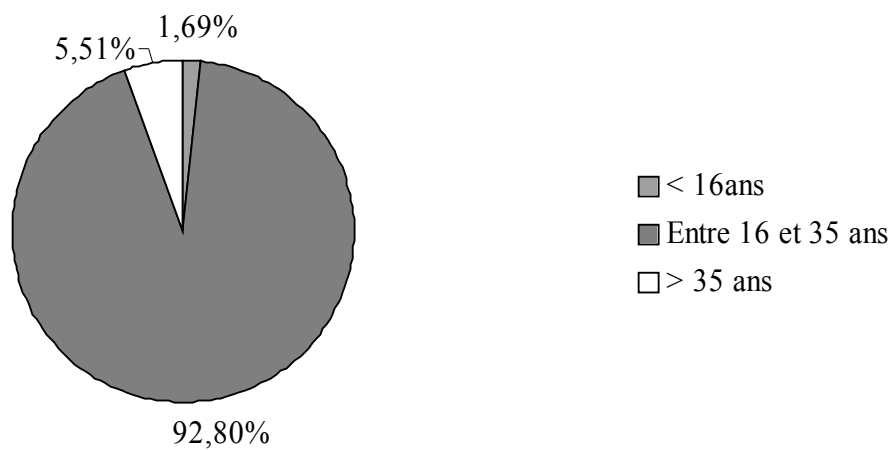


Figure n°2 : Représentation graphique selon l'âge des parturientes

#### IV.2.2. La parité

##### 6. Répartition des femmes selon le nombre de parité

PARITE	NOMBRE	TAUX
Primipare (I pare)	90	38,14%
Paucipare (II ; III)	104	44,06%
Grande MP (IV)	42	17,80%
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>100%</b>

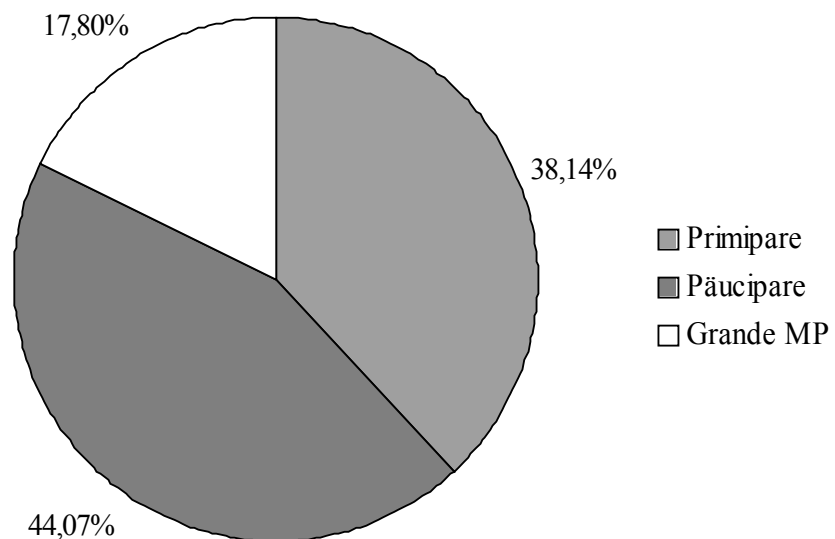


Figure n°3 : Représentation graphique du nombre des parités.

#### IV.2.3. Situation matrimoniale

Toutes les femmes ayant accouché à la Maternité d'Ambohipo étaient mariées sauf huit femmes qui sont célibataires. Celles-ci constituent les 3,38% des accouchées.



#### IV.2.4. Situation professionnelle

##### 7. Distribution selon les professions

PROFESSIONS	NOMBRE	TAUX
Cultivatrices	04	1,69%
Ménagères	202	85,59%
Commerçantes	18	7,63%
Autres	10	4,24%
Non précise	02	0,85%
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>100%</b>

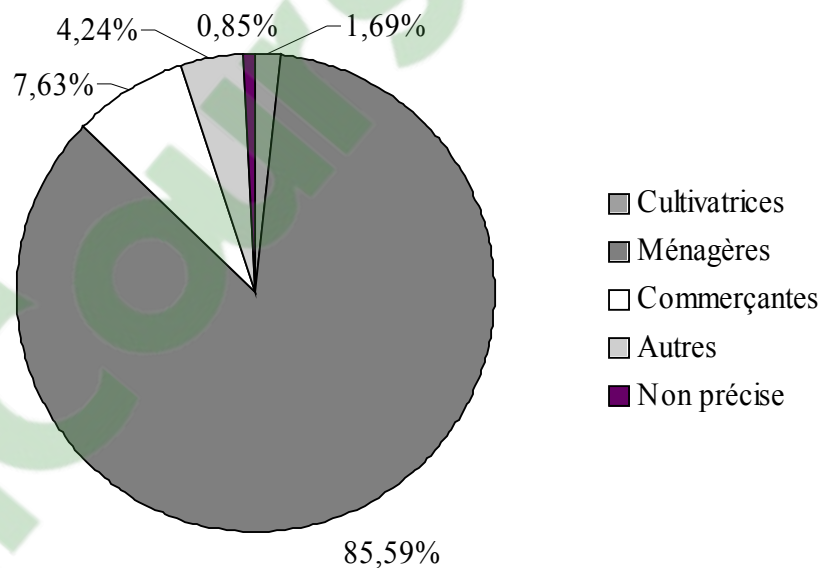


Figure n°4 : Répartition selon les professions

#### IV.3. LA GROSSESSE

##### IV.3.1. L'âge gestationnel

La durée de la gestation est calculée dans le service à l'aide d'un gestogramme. Elle est comptée à partir de la date du début des dernières règles jusqu'au moment de l'accouchement.

### IV.3.2. Les grossesses écourtées

Selon la définition de l'OMS ; L'accouchement prématuré est une naissance avant terme entre 22 et 37 semaines d'aménorrhée révolue. 24 accouchements prématurés ont été enregistrés durant cette période (janvier au Décembre 2001), soit : 10% du total global des accouchements.

### IV.3.3. Les grossesses à terme

La grossesse est dite à terme lorsqu'elle se produit entre les 38<sup>ème</sup> et 41<sup>ème</sup> semaines d'aménorrhée.

Nous avons relevé 210 cas ; soit 89% de l'ensemble des cas enregistrés.

### 8. Répartition de la grossesse selon l'âge de la grossesse

AGE DE GROSSESSE	NOMBRE	POURCENTAGE
22- 37 S. A	24	10%
33- 42 S. A	210	89%
> 42 S. A	02	1%
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>100%</b>

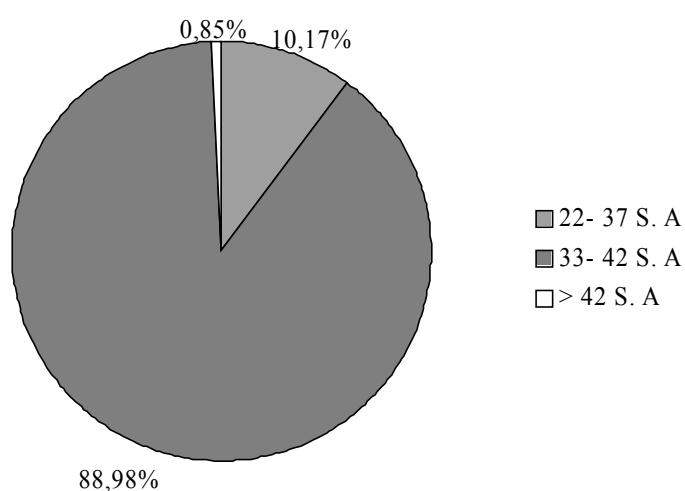


Figure n°5 : Représentation graphique du nombre de la grossesse selon l'âge de la grossesse

#### **IV.4. LES PRESENTATIONS RENCONTREES**

##### **IV.4.1. Les présentations céphaliques**

Le fœtus aborde le détroit supérieur par son extrémité céphalique complètement fléchie. Nous avons relevé 226 cas. Les modes de dégagement n'ont pas été enregistrés.

##### **IV.4.2. Les présentations du siège**

Le service n'a pas fait de distinction entre le siège complet et le siège décomplété. Nous avons noté 10 cas de présentation du siège.

##### **IV.4.3. Les autres présentations**

2 cas de femmes présentant une présentation transversale ont été évacués vers la Maternité Befelatanana.

#### **IV.5. LES DIFFERENTS TYPES D'ACCOUCHEMENTS**

##### **IV.5.1. Les accouchements eutociques**

L'accouchement est dit « EUTOCIQUE » lorsqu'il s'agit d'un accouchement avec présentation normale du sommet, sans dystocie mécanique ou dynamique, sans notion de manœuvre ni d'instruments ou sans interventions médicamenteuses.

### 9. La fréquence mensuelle d'accouchements eutociques

Année	2001												Total
Mois	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	
Nombre	4	6	5	4	9	8	12	5	10	2	7	3	75

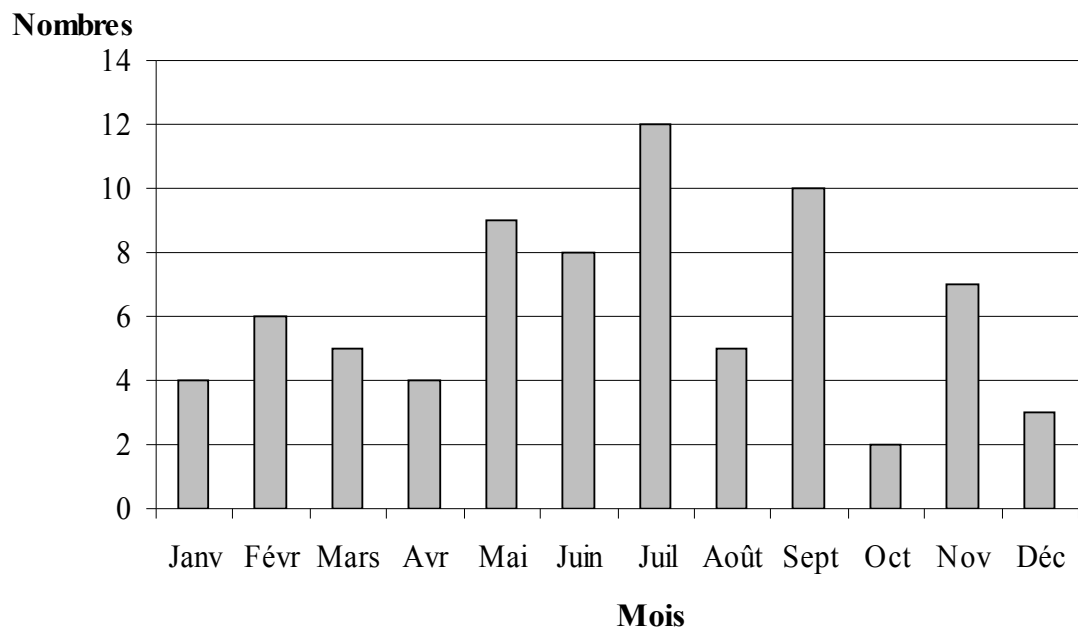


Figure n°6 : Représentation graphique du nombre des accouchements eutociques par mois

#### IV.5.2. Accouchements dystociques

L'accouchement est dit « Dystocique » quand il ne s'accompagne pas d'un déroulement physiologique normal.

Le mode de terminaison de ces accouchements dystociques est varié : extractions instrumentales ou ablation de l'utérus.

10. Nombre d'accouchements dystociques par mois du janvier au décembre  
2001 à la Maternité d'Ambohipo

Année	2001												Total
Mois	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	
Nombre	12	14	11	20	14	17	25	9	10	15	8	6	161

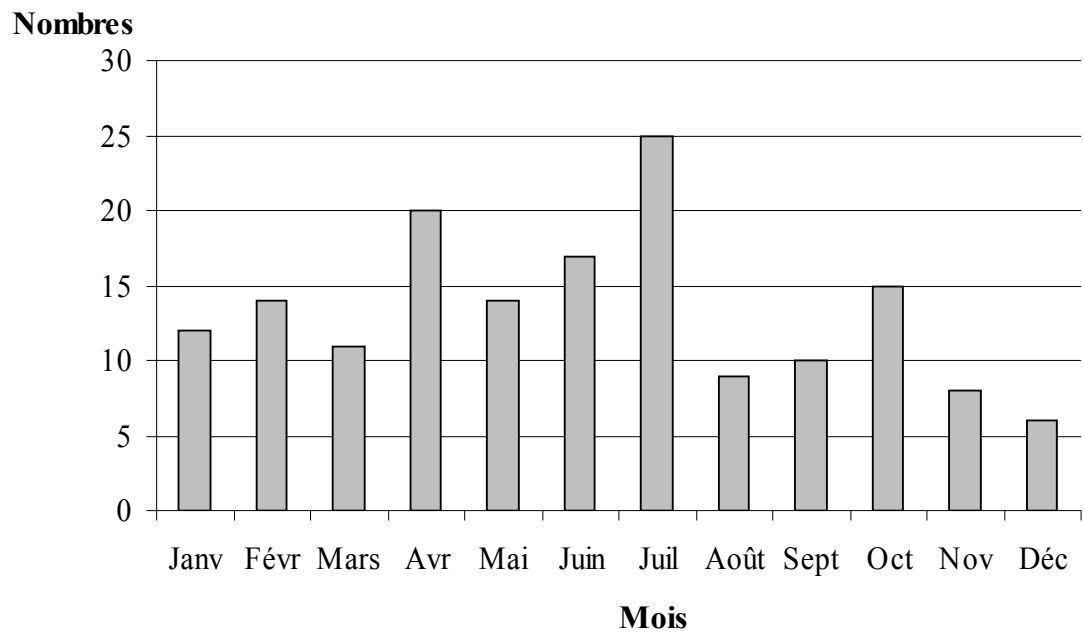


Figure n°7 : Représentation graphique du nombre des accouchements dystociques par mois

#### IV.6. GESTES THÉRAPEUTIQUES PRATIQUES AU COURS DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

##### IV.6.1. Rupture artificielle des membranes

La rupture artificielle des membranes (RAM) est une des méthodes les plus anciennes de déclenchement du travail si le premier stade est prolongé. Aucune anesthésie n'est nécessaire mais chez une primigeste nerveuse une médication sédative a été recommandée. Dans le service, nous en avons 40 cas de RAM.

## **IV.6.2. Déclenchement médicamenteux du travail**

### **IV.6.2.1. Le service utilise la technique suivante**

- utilisation d'Antispasmodique et antalgique ou ocytocine ;
- perfusion de SGI (Sérum Glucosé Isotonique) 500 cc dans lequel on ajoute une ampoule de Syntocinon 5 unités et une ampoule d'Antispasmodique.

Selon le cas, on ajoute la dose d'antispasmodique en intraveineuse directe lente (IVDL) ou en intramusculaire (IM) toutes les deux heures si l'effet de perfusion n'est pas satisfaisant. 34 femmes ont bénéficié de cette technique.

### **IV.6.2.2. Indications**

- devant toute dilatation stationnaire ;
- rupture prématurée des membranes ;
- mort in utero ;
- grossesse prolongée qui n'est pas encore en travail ;
- contraction utérine inefficace, hypokinésie utérine.

## **IV.6.3. Manœuvres obstétricales non instrumentales**

### **IV.6.3.1. Version par manœuvre externe (VME)**

La VME n'a été pratiquée dans le service. Quelques femmes qui ont besoin de cette manœuvre sont transférées à Befelatanana.

### **IV.6.3.2. Les autres manœuvres**

- l'expression abdominale ;
- l'épisiotomie ;
- la version par manœuvre interne n'a pas été utilisée dans le service (VMI) ;
- délivrance manuelle ;
- révision utérine.

#### IV.6.4. Manœuvre obstétricale instrumentale

Le service ne dispose ni de forceps ni de ventouse obstétricale.

### IV.7. CARACTÉRISTIQUE FOETALE

#### IV.7.1. Le poids de l'enfant

##### 11. Répartition selon le poids des nouveau-nés

POIDS	NOMBRE	POURCENTAGE
$\leq 2\,500\text{ g}$	24	10,30%
$> 2\,500\text{ g}$	209	89,70%
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>100%</b>

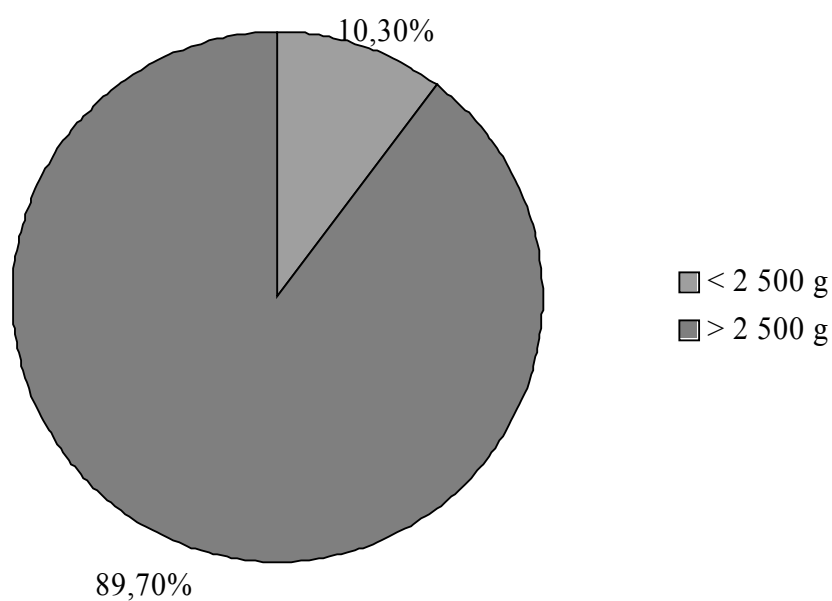


Figure n°8 : Le poids des nouveau-nés

#### IV.7.2. Le sexe de l'enfant

##### 12. Répartition selon le sexe de l'enfant

SEXE	NOMBRE	POURCENTAGE
Masculin	107	45,92%
Féminin	126	54,08%
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>100%</b>

Dans notre étude, les naissances féminines sont majoritaires.

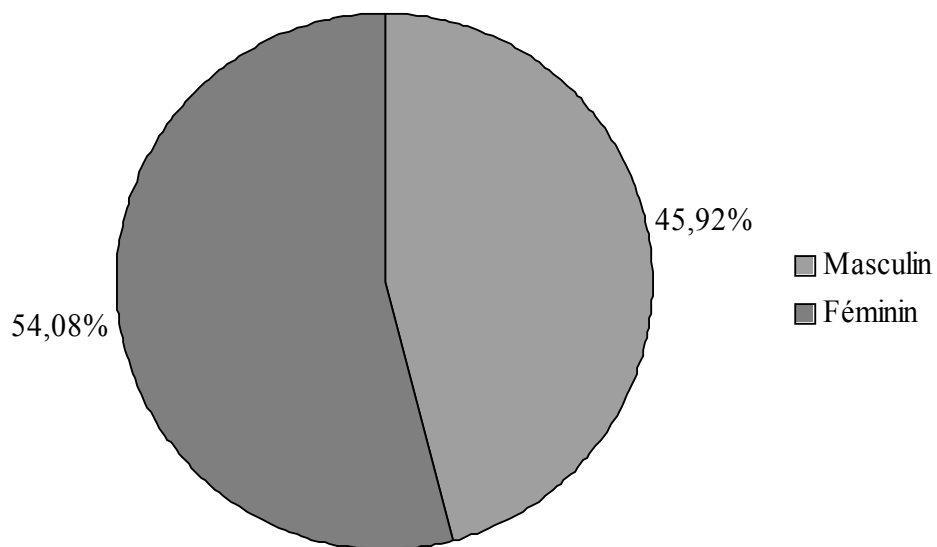


Figure n°9 : Le sexe des bébés.



13. Fréquence mensuelle des accouchements et des nouveau-nés vivant à la  
Maternité d'Ambohipo ; pourcentage ou taux de réussite de ce centre

<b>Relevés statistiques</b>	Janv	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	<b>Total</b>
Accouchement	15	20	18	25	29	20	32	23	21	7	15	11	236
Nouveau-nés	15	20	18	24	28	20	32	23	21	7	15	11	233
Taux de réussite (%)	100	100	100	96	96,55	100	100	100	100	100	100	100	98,72

**Taux de réussite (%)**

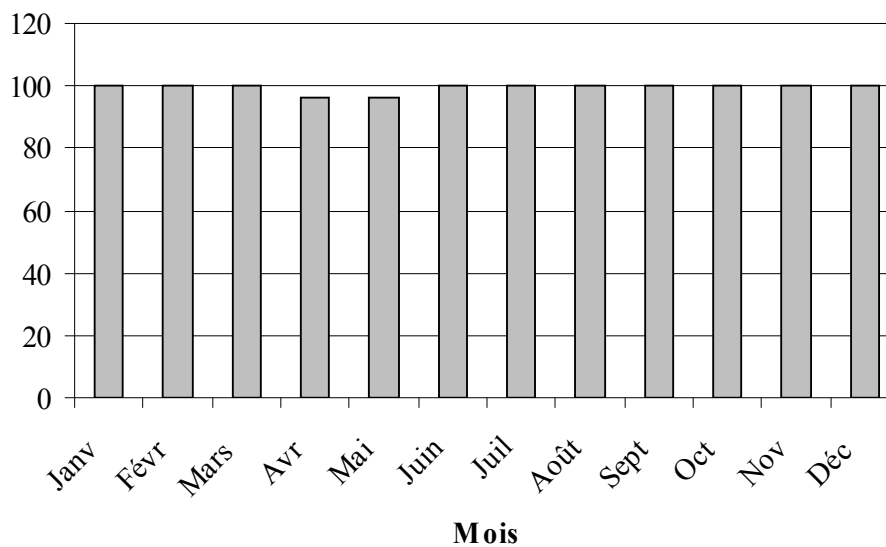


Figure n°10 : Taux de réussite mensuelle

## IV.8. LES CONSULTATIONS PRÉNATALES (CPN)

### IV.8.1. Consultation prénatale selon l'âge de la grossesse pour les femmes accouchées au centre

Seule la CPN du troisième trimestre (8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois) est assurée par les sage-femmes de la Maternité d'Ambohipo jusqu'au moment de l'accouchement. on a relevé 415 cas.

Tandis que la CPN des autres âges de la grossesse a été faite dans le Centre de santé de base niveau II d'Ambohipo par les autres sages-femmes, les stagiaires internés du service.

### IV.8.2. La consultation prénatale et l'accouchement

14. Les taux de CPN en rapport avec l'accouchement annuel

		NOMBRE	POURCENTAGE
Accouchée à la Maternité	CPN	225	54,22%
	Sans CPN	11	2,65%
Accouchée à domicile	CPN	149	35,90%
Référée	CPN	30	7,23%
<b>TOTAL</b>		415	100%

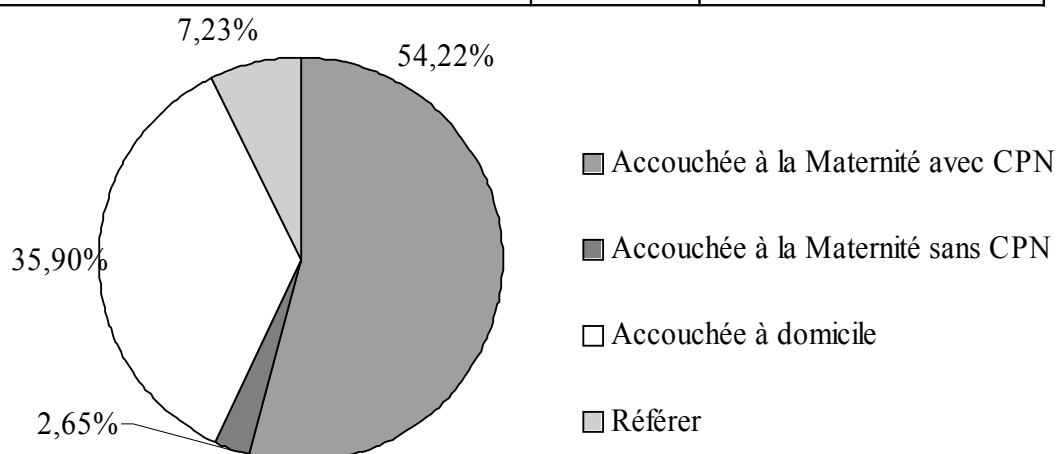


Figure n°11 : Représentation graphique de rapport entre CPN et l'accouchement

#### **IV.9. LES CONSULTATIONS POSTNATALES**

On entend par activités postnatales, la surveillance de la santé de la femme qui a accouché et de l'enfant qui est né.

On a relevé 197 cas soit 83,47% des femmes, avec 192 cas soit 82,4% des enfants seulement suivent ces consultations.

A la Maternité d'Ambohipo, les pesées ont un rythme particulier :

- une pesée toutes les semaines jusqu'à l'âge de 2 mois ;
- une pesée toutes les deux semaines jusqu'à l'âge de 4 mois ;
- une pesée tous les mois jusqu'à l'âge de 6 mois.

Au total 14 pesées jusqu'à l'âge de 6 mois.

Les suites des soins médicaux ; le court séjour à la Maternité ne permet pas la chute du cordon ombilical.

#### **IV.10. LES AVORTEMENTS**

##### **IV.10.1. Définition**

C'est l'expulsion spontanée ou provoquée d'un fœtus non viable avant le 180<sup>e</sup> jour de la grossesse, moment à partir duquel l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé.

Définition : selon l'OMS, comme étant l'expulsion d'un fœtus pesant moins de 500 grammes.

##### **IV.10.2. Les différents types d'avortements**

Ce sont :

- Avortements spontanés ;
- Avortements provoqués ;
- Avortements thérapeutiques.

La majorité des avortements à la Maternité d'Ambohipo est constituée par les avortements spontanés.

Et selon l'âge de la grossesse, l'avortement est dit :

- ovulaire : 1 à 7 semaines d'aménorrhée ;
- embryonnaire : 8 à 12 semaines d'aménorrhée ;
- fœtal : 13 à 22 semaines d'aménorrhée.

#### **IV.10.3. Taux global d'avortement**

Les avortements que nous avons analysés, regroupent tous les types d'avortements.

Dans l'ensemble, nous avons eu 08 cas dont les causes en général sont :

- maladies infectieuses (grippe, paludisme, syphilis) ;
- des causes inconnues.

#### **IV.10.4. Traitement entrepris**

Curage digital avec anti-hémorragique ou Methergin avec ou sans antibiotique ou perfusion en IV de RINGER LACTATE (RL), sérum glucosé isotonique (SGI) ou hydrocortisone 100 mg (HDC) selon l'état de la patiente.

**TROISIEME PARTIE :  
COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS**

**Clicours.COM**



## **I. COMMENTAIRES**

### **I.1. AU POINT DE VUE ÉQUIPEMENT SANITAIRE**

#### **I.1.1. Salle d'hospitalisation**

Nous avons vu qu'une seule est utilisée pour l'hospitalisation des accouchées, des avortées et des autres patientes.

Il faut installer des salles séparées. Par exemple, une salle doit être prévue pour les accouchées normales, une autre salle pour les avortées, les ayant accouché un mort né ou un mort in utero, une autre pour les prématurés et enfin pour les autres pathologies de la grossesse. En tout cas, il en faut quatre salles qui doivent être aménagées, chacun pouvant recevoir au moins deux lits avec leurs accessoires.

#### **I.1.2. Matériels**

Le service manque beaucoup de matériels : berceau, chauffe-eau, bouteille à oxygène, appareil aux extractions par aspiration, ventouse obstétricale, forceps ; mais les autres matériels sont insuffisants comme :

- spéculums vaginaux ;
- tensiomètre ;
- stéthoscope médical ;
- boîte d'accouchement inox ;
- poissonnière inox ;
- compas de Beaudeloque ;
- bassin de lit plastique ;
- table d'accouchement ;
- lits métalliques ;
- mètre ruban.

Il faudrait tenir compte de l'éloignement du milieu par rapport à un Centre spécialisé (Befelatanana ou HJRA par exemple).

## **I.2. AU POINT DE VUE RESSOURCES HUMAINES**

Le nombre de Médecins est encore insuffisant (02 médecins pour 35 014 habitants). La norme étant un Médecin pour 1 000 habitants est loin d'être atteinte.

On remarque l'absence d'un Médecin spécialiste en Gynécologie. On devrait affecter un Gynécologue dans cette Maternité d'Ambohipo.

## **I.3. AU POINT DE VUE RESSOURCES BUDGÉTAIRES**

Autrefois, le recouvrement du coût a été appliqué dans tous les hôpitaux tandis que la pharmacie Gestion Communautaire « PHAGECOM » a été appliquée au CSB II et à la Maternité d'Ambohipo depuis 1998.

Lors de l'application de la PHAGECOM pendant les six premiers mois de l'année 2001, on a :

Recette : 63 253 295

Dépense : 7 233 250

Lors de l'application de la PHAGECOM pendant les six derniers mois de l'année 2001, on a :

Recette : 62 659 180

Dépense : 10 714 900

On a remarqué que la recette de l'année 2001 pendant les six premiers mois est à peu près identique à celle des six derniers mois. Par contre, la dépense des six derniers mois de l'année 2001 est plus élevée car la Maternité mérite d'être dotée en matériels suffisants avec une allocation supplémentaire de l'Etat.



## **I.4. FRÉQUENCE GLOBALE DES ACCOUCHEMENTS**

### **I.4.1. Fréquence mensuelle**

On remarque qu'il y a un nombre élevé des femmes accouchées pendant les mois d'Avril, Mai, et Juillet 2001.

## **I.5. FACTEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

### **I.5.1. Age des parturientes**

La plupart des femmes ayant accouchées à la maternité d'Ambohipo sont situées entre 16 à 35 ans.

### **I.5.2. La parité**

La plupart des femmes ayant accouchées à cette maternité sont des paucipares.

### **I.5.3. Les professions**

Ce tableau montre que les habitants des quatre secteurs d'Ambohipo sont des femmes ménagères.

## **I.6. LA GROSSESSE**

Il y a quand même de risque d'accouchement prématuré. Il y en avait 24 cas durant l'année 2001.

## **I.7. LES ACCOUCHEMENTS**

Le tableau n°15 ci-après permet de mieux comparer les accouchements eutociques et dystociques.

<b>Accouchements</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Accouchements eutociques	75	31,78%
Accouchements dystociques	161	68,22%

Malgré la consultation prénatale régulièrement faite dans ce centre, il y a une augmentation remarquable des accouchements dystociques de l'ordre de 68,22%.

### **I.8. PARTOGRAMME**

Pour la Maternité d'Ambohipo, les éléments sont presque complets :

- Il existe un protocole d'accouchement dans lequel on a bien précisé :
  - \* la mesure de taille du nouveau-né ;
  - \* la mesure des périmètres crâniens et thoraciques ;
  - \* le mode de dégagement.
- La nature du liquide amniotique n'a pas été notée. Or, cet élément est important pour dépister une souffrance fœtale.
- Il n'y a pas de réanimation dans ce service.

### **I.9. LE POIDS DES NOUVEAU-NES**

209 bébés ont un poids supérieur à 2 500g et 24 nouveau-nés sont prématurés selon le critère de définition donnée par l'OMS, c'est-à-dire qu'ils ont un poids inférieur ou égal à 2 500g soit 10,30% de l'ensemble des cas enregistrés.

### **I.10. LE TAUX DE REUSSITE**

Les femmes venant accoucher à la maternité d'Ambohipo sont beaucoup plus nombreuses au mois de juillet 2001 qu'aux autres mois durant cette année. Les taux de réussite du nombre des nouveau-nés vivants par rapport au nombre des accouchements sont strictement égal à 98,72.

### **I.11. LES AVORTEMENTS**

Ils sont au nombre de 08 cas durant toute l'année.

### **I.12. CONSULTATION PRÉNATALE OU CPN**

Souvent les femmes enceintes ne viennent pas régulièrement consulter le service pour faire la CPN, beaucoup d'entre elles n'y viennent même pas durant toute la grossesse.

Normalement la surveillance de la grossesse, c'est-à-dire la CPN, doit commencer avant le quatrième mois. Les raisons du manquement aux CPN peuvent être :

- l'absence de motivation des gestantes à la faire ;
- l'éloignement du Centre de santé maternelle et infantile ou les mauvaises conditions de déplacement (route mal entretenue, frais de transport très élevé ...) ;
- insuffisance de CCC (Communication pour le changement de comportement) ;
- incompréhension mutuelle entre agent de santé et les gestantes.

Les CPN permettent de détecter à temps toute anomalie de grossesse. Elles donnent le pronostic sur l'évolution de celle-ci, les modalités et issue de l'accouchement. Elles permettent d'assurer des divers examens, des mesures et des précautions à prendre.

### **I.13. LES CONSULTATIONS POSTNATALES**

Les soins du post-partum sont assez suffisants car 83,47% des femmes avec 82,40% des enfants reviennent pour ces consultations.

Les soins permettent de :

- rechercher les complications puerpérales : hémorragies, rétention d'urine, infection urinaire ;
- suivie de l'évolution utérine ;
- surveiller les lochies (odeur, quantité, couleur), les seins, les organes génitaux internes et l'état général de la mère.

### **I.14. PROBLÈMES LIÉS AUX ACCOUCHEMENTS TRADITIONNELS**

Heureusement les parturientes qui ont encore recours aux accoucheuses traditionnelles à Ambohipo sont en nombre très insuffisant. La plupart des parturientes accouchent dans le service de la Maternité dans cette Commune.

Les autres préfèrent accoucher à domicile assisté par une sage-femme ou bien par la Matrone. Les techniques obstétricales de cette dernière ne diffèrent pas tellement des pratiques modernes, mais les conditions d'asepsie ne sont pas assurées.

## II. SUGGESTIONS

### II.1. LES ACCOUCHEMENTS

Les accouchements restent toujours l'une des principales activités de la maternité d'Ambohipo.

A l'issue de ce travail, nous pouvions insister sur l'importance des activités obstétricales. D'après ce travail, beaucoup de ces accouchements se font de façon dystocique. Mais d'autres présentent des difficultés nécessitant de bonne connaissance et beaucoup d'expériences obstétricales. Ceci nous amène donc à faire quelques suggestions suivantes pour assurer un accouchement sans risque pour toute parturientes :

- assurer une meilleure application de cette prise en charge efficace présentée dans notre étude ,dans toutes les formations pour la santé recevant les femmes enceintes ;
- assurer une bonne répartition du personnel qualifié : Médecin, sage-femme ;
- améliorer et renforcer la capacité technique du personnel en augmentant la fréquence des formations et du recyclage ;
- encourager la qualité et la couverture des soins prénataux tout en renforçant le (CCC) ;
- équiper le centre de matériels adéquats en matière de réanimation des nouveau-nés ;
- installer un système efficace de suivi des post-partum :
  - \* pour une meilleure surveillance du développement des nourrissons ;
  - \* pour une bonne protection de la mère contre les infections et une grosse précoce.

## **II.2. A PROPOS DES ÉVACUATIONS SANITAIRES (EVASAN)**

Ces EVASAN occupent une proportion non négligeable au sein de l'activité de la Maternité d'Ambohipo car on a relevé deux cas environ. Pourtant, ces évacuations méritent d'être :

- équiper de matériels roulant comme ambulance ;
- prendre quelques réflexions concernant les retards de prises de décision de référer directement les cas dystociques dans le centre bien équipé.

D'autres part, il fait qu'une femme, à la suite d'une EVASAN, accouche au cours du transport donc « en route ». Ce qui signifierait que certains transferts des parturientes ne sont pas justifiés.

Le mieux, à notre avis, pour surmonter les problèmes posés par les contraintes des personnes à évacuer, obligeant les agents de santé à remédier la situation sur place, c'est de faire une formation de ces agents pour cerner la limite de leur compétence.

## **II.3. AUTRES PROPOSITIONS**

Devant les problèmes rencontrés à la Maternité d'Ambohipo, nous émettons par ailleurs les propositions suivantes:

- En plus de l'éducation pour la santé, nous proposons la formation des accoucheuses traditionnelles. Celles-ci pourront être des aides efficaces et rentables en matière d'obstétrique et de protection maternelle et infantile, et ce étant donné qu'elles gagnent beaucoup plus facilement la confiance des mères et côtoient en permanence les femmes enceintes dans leur milieu et leur vie quotidienne.

- Cette formation consistera à leur :

- \* donner un rôle effectif dans la surveillance de la grossesse, la conduite d'un accouchement, l'hygiène autour de celui-ci, et enfin la protection maternelle et infantile ;

- \* faire comprendre la nécessité de collaborer avec les agents de santé, la motivation et la sensibilisation des femmes enceintes à venir accoucher à la Maternité ;

\* donner la notion de base sur les éléments de surveillance de la grossesse.

Cette formation portera donc sur les quatre chapitres suivants :

### **1) Soins pendant la grossesse :**

- détecter la grossesse, les signes de complications de celle-ci (œdème, céphalées, trouble de la vision, vomissements persistants, hémorragies vaginales, sécrétions anormales) ;
- envoyer en consultation ou à la formation sanitaire les femmes enceintes pour un diagnostic et des contrôles périodiques surtout les cas à risques (femmes de moins de 20 ans et de plus de 35 ans, primipares, grande multipares et les femmes ayant un antécédent obstétrical, pathologiques ...) ;
- surveiller les gestantes normales ;
- accompagner les femmes enceintes à la formation sanitaire si nécessaire ;
- aider à la prévention des infections en cas d'avortement et en cas de rupture prématurée des membranes ;
- fournir des renseignements sur les services offerts par les formations sanitaires et les autres instructions sur les heures de consultation.

### **2) Conduite à tenir pendant l'accouchement**

- reconnaître les signes de début du travail ;
- préparer les locaux et se préparer elle-même ;
- surveiller les signes normaux du travail et l'expulsion ;
- envoyer ou accompagner à la formation sanitaire les suspects d'accouchements dystociques ;
- respecter les règles de l'hygiène et éviter toute manœuvre dangereuse dans la conduite de l'accouchement.

**3) Soins immédiats aux nouveau-nés**

- éviter l'asphyxie ;
- connaître la réanimation simple ;
- savoir habiller l'enfant ;
- prévenir les infections : soins des yeux, ligature et pansement du cordon ombilical ;
- savoir examiner un nouveau-né pour déceler des malformations éventuelles.

**4) Soins post-partum**

- rechercher les modifications anormales, les complications puerpérales : hémorragies génitales, rétention d'urine, infections urinaires ;
- suivre l'involution utérine ;
- surveiller les lochies (odeur, quantité, couleur), les seins, les organes génitaux externes, l'état général de la mère.

## CONCLUSION





Notre objectif, en réalisant ce travail, est de faire connaître le fonctionnement de la Maternité d'Ambohipo.

Dans notre travail, nous ne pouvons pas nous étendre sur tous les problèmes sanitaires. Nous ne sommes donc intéressés qu'à l'obstétrique plus précisément à l'accouchement. Nous avons fait une étude rétrospective dans cette Maternité d'Ambohipo en l'an 2001.

Les résultats de notre étude sont les suivants :

- le nombre total d'accouchements est de 236 soit une moyenne de 19,66 accouchements par mois ;
- les accouchements dystociques sont plus nombreux (68,22%) ;
- heureusement, il n'y a pas de décès maternel ;
- 209 bébés avaient un poids supérieur à 2 500 grammes (89,69%) ;
- nous avons eu tout 28 cas d'hémorragies de la délivrance ;
- nous avons eu 2 cas de femmes référées pour présentation transversale ;
- les interventions sont les suivantes :
  - \* la RAM a été faite dans 40 cas soit 16,94% de la totalité des accouchements ;
  - \* la perfusion d'ocytocique a été effectuée dans 34 cas, soit 14,40% ;
  - \* la version par manœuvre externe (VME) n'a pas été pratiquée dans la Maternité d'Ambohipo. Les cas qui ont besoins de cette manœuvre sont tous référées à Befelatanana.

Les problèmes sont :

- l'infrastructure sanitaire y est encore insuffisante autant en équipements matériels qu'en ressources humaines. Donc, il conviendrait de combler les lacunes ;

- les CPN sont irrégulièrement suivies, et peu de femmes au terme de leur grossesse accouchent dans la Maternité (56,86%). Il y a quelques femmes enceintes qui ne viennent pas consulter au service de CPN (2,65%) mais elles viennent pour y accoucher ;

- le service ne dispose ni de forceps ni de ventouses obstétricales ;

- il n'y a pas de réanimation ;

- le recours à l'accouchement traditionnel est encore fréquent.

La préoccupation constante dans la Maternité d'Ambohipo est de faire naître les enfants dans le meilleur état possible. Les résultats encourageants ne doivent pas faire oublier les carences de la Maternité en équipement matériel et en insuffisance de personnel.

Nous émettons dans les suggestions suivantes :

- l'éducation pour la santé de la population ;

- la dotation en équipements modernes des Maternités rurales pour diminuer le nombre d'évacuation sanitaire ;

- le renforcement de la capacité technique du personnel sur la pratique des actes obstétricaux essentiels ;

- la réussite des efforts dépend des bonnes coordinations entre la bonne volonté du personnel médical et de l'assiduité des parturientes.

Néanmoins, on peut dire que la Maternité d'Ambohipo est un Centre de référence ou bien un centre pilote avec un taux de réussite en moyenne nettement supérieur à 99%.

## VELIRANO

*Eto anatrehan'ny ZANAHARY, eto anoloan'ireto mpampianatra ahy sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.*

*Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.*

*Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho; tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara amin'ny ny karama mety ho azo.*

*Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamorana famitan-keloka.*

*Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra : ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.*

*Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoroina aza ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako hoenti-manohitra ny lalànan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.*

*Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraaisiko tamin'izy ireo.*

*Ho toavin'ny mpiara- belona amiko anie aho raha manatanteraka ny velirano nataoko.*

*Ho rakotra henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.*

**PERMIS D'IMPRIMER**

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RATOVO Fortunat

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

## BIBLIOGRAPHIE

1. Razafimandimby RJ. Les activités de la Maternité Alasora.  
Thèse Med Antananarivo, 2000 ; 5510 : 1-10
2. Rekembany EA. Les activités de maternité Ambohipo.  
Thèse Med Antananarivo, 2001 ; 5661 : 2-12
3. Merger RJ, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Paris :  
Masson, 5<sup>ième</sup> édition, 1985 : 15-18
4. Lausac J, Body G, Berger C, Berland M, Fourmi A.  
Pratique de l'accouchement. Paris : Simes, 2<sup>ième</sup> édition, 1992 : 1-7
5. Philippe HJ, Jacquemard F, Lenden R, Paupe A, Olivier Martin M, Lewin D.  
Grossesse prolongée. Paris : Masson, 3<sup>ième</sup> édition, 1991 : 22-25.
6. Berthet E, Lataillade L. La santé de la famille et d la Communication  
Paris : édition saint Paul, 3<sup>ième</sup> édition, 1986 : 35-39
7. Ingermarsson P. Travail Prématuro. Paris : Masson, 4<sup>ième</sup> édition, 1997 : 16-20
8. Document de l'OMS. Soins de Santé primaires. OMS, 1986 ; 1211 : 20-23
9. Dumont M. Obstétrique Lyon : Vigot Frères, 4<sup>ième</sup> édition, 1982 : 14-27
10. Hervet E, Glaser. Déchirures obstétricales récentes. Paris : Vigot, 2<sup>ième</sup> édition,  
1987 : 22-23.
11. MINSAN. Protocoles/ guides de prise en charge pour une Maternité sans risque  
à l'usage des CSB et CHD. 1999 : 34-36
12. Dumont M, Thoulon JM, Lausac J. La petite chirurgie obstétricale. Paris :  
Masson, 1<sup>ière</sup> édition, 1981 : 87-92.
13. Azaly K. Etude epidemio-clinique de l'accouchement prématuré. Befelatanana :  
Thèse Med Antananarivo, 2001 ; 5774 : 12-13
14. Eustase J. Les avortements spontanés. Paris : Masson, 2<sup>ième</sup> édition, 1986 : 38-40
15. Buekens P, Coll. Episiotomie et prévention des déchirures périnéales complètes  
et compliquées. Paris : Masson, 2<sup>ième</sup> édition, 1987 : 16-19
16. Schwalm H. L'accouchement et le Partogramme. Bordeaux : Masson, 2<sup>ième</sup>  
édition, 1977 : 105-123.

17. Thoulon JM, Mironneau PH. Accouchement dystocique. Paris : Simes, 2<sup>ième</sup> édition, 1995 : 53-68
18. Rakotoariniaina H. Les activités postnatales au CSBII. Isotry central : Thèse Med Antananarivo, 2001 ; 6012 : 10-15
19. Rabenoavy L. Consultation prénatale au CSBII. Ambohimananarina : Thèse Med Antananarivo, 2001 ; 5929 : 12-17
20. Pigeaud H. Le Forceps. Lyon : Vigot, 2<sup>ième</sup> édition, 1996 : 5-8
21. Magnin P, Dargent D, Thoulon JM. Extraction instrumentale du fœtus. Lyon : Vigot, 2<sup>ième</sup> édition, 1978 : 200-210.
22. Henrion CH, Lansac J, Body G. Les extractions instrumentales sur la pratique de l'accouchement. Paris : Simes, 2<sup>ième</sup> édition, 1991 : 2-7
23. Berthet J, Russier P. Place des extractions instrumentales. Paris : Vigot, 2<sup>ième</sup> édition, 1987 : 257-287
24. Vokaer R, Coll. Traite d'obstétrique. Paris : Masson, 3<sup>ième</sup> édition, 1983 : 3-5
25. Seguy B, Chavavine J. Nouveau manuel obstétrique. Paris : Masson, 4<sup>ième</sup> édition, 1984 : 35-38
26. Pigne A. L'épisiotomie mise à jour en gynécologie obstétrique. Paris : vigot, 3<sup>ème</sup> édition, 1983 : 98-109.
27. Magnin P. Les versions obstétricales. Paris : Vigot, 2<sup>ième</sup> édition. 1984 : 102-104
28. Morin P, Berland M. Que reste-t-il des manœuvres obstétricales ?. Paris : Vigot, 2<sup>ième</sup> édition, 1980 : 17-23.
29. Morin P. Mécanisme de l'accouchement : Paris : Masson, 1<sup>ière</sup> édition 1975 : 8-

**Nom et prénoms** : HARINAINA Eric

**Titre de thèse** : LES ACTIVITES DE LA MATERNITE AU CSB II D'AMBOHIPO  
EN L'AN 2001

**Rubrique** : Santé publique      **Nombre de pages** : 62      **Nombre de tableaux** : 15

**Nombre de figures** : 11      **Nombre de schémas** : 17      **Nombre de photos** : 01

**Nombre d'annexes** : 0      **Nombre de référence bibliographique** : 29

### RESUME

Ce travail rapporte les résultats des activités obstétricales dans la Maternité d'Ambohipo.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 236 accouchements observés dans ce centre durant l'année 2001, soit 19,66 accouchements par mois.

Les 71 cas sont des accouchements eutociques et les 161 autres sont des accouchements dystociques. Il n'y a pas eu de décès maternel. Les 209 bébés avaient un poids supérieur à 2 500 grammes. Les deux tiers des parturientes ont eu une grossesse à terme. Le taux de réussite qui est le rapport entre le nombre des nouveau-nés vivants et le nombre total d'accouchement est égal à 98,72%.

Par contre, il y a encore quelques femmes enceintes qui ne viennent pas consulter dans le service de Consultation prénatale (2,65%), plus les retards de prises de décision e référer directement les cas de dystociques dans le centre bien équipé ; ensuite, le recours à l'accouchement traditionnel est heureusement peu fréquent. Ce qui nous conduit à faire des suggestions tels le renforcement de la capacité technique du personnel en matière d'obstétrique dans toutes les formations sanitaires prenant en charge les femmes enceintes et l'encouragement des femmes à suivre les consultations prénatales pour assurer un accouchement sans risque.

**Mots clés** : Grossesse-Consultation prénatale-Eutocie-Dystocie-Manoeuvre-Vaccination

**Directeur de thèse** : **Professeur RATOVO Fortunat**

**Rapporteur de thèse** : **Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal**

**Adresse de l'auteur** : Lot III 570 Esokaka – Fort-dauphin (614)



**Name and first name :** HARINAINA Eric

**Title of thesis :** ACTIVITIES OF THE MOTHERHOOD TO THE CSB II OF  
AMBOHIPO IN THE YEAR 2001

**Heading :** Public health

**Number of pages :** 62

**Number of pictures:** 15

**Number of figures :** 11

**Number of charts :** 17

**Number of photos:** 01

**Number of appendices :** 0

**Number of bibliographic reference :** 29

### SUMMARY

This work brings back obstetric activity results in the Motherhood of Ambohipo.

It is about a retrospective survey carrying on 236 childbirths observed in this center during the year 2001, either 19,66 childbirths per month. The 71 cases are childbirths eutocica and the 161 others are childbirths dystocica. There was not a maternal death. The 209 babies had a weight superior to 2 500 grams. The two third of parturients had a full-term pregnancy. The rate of success that is the report between the living newborns and the total number of childbirth is equal to 98,72%.

On the other hand, there are even some pregnant women who don't come to consult in the service of prenatal Consultation (2,65%), more delays of e decision makings to refer cases of dystocica directly in the well equipped center, then the recourse to the traditional childbirth is fortunately little frequent. What drives us to make of the such suggestions the backing of the staff's technical capacity concerning obstetrics in all sanitary formations taking the pregnant women and the encouragement of women in charge to follow the prenatal consultations to assure a childbirth without risk.

**Key words :** Pregnancy - Prenatal consultation– Eutocia-Dystocia– Maneuver-  
Vaccination

**Director of thesis :** Professor RATOVO Fortunat

**Reporter of thesis :** Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

**Address of the author :** Lot III 570 Esokaka – Fort-dauphin (614)