

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 10 ■ N° 24 (2015)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218-225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

La prise en charge des avortements a la maternité du centre hospitalier régional de Saint Louis de 2013 a 2015

Thiam O, Cisse ML, Diouf AZ, Niang M, Gueye M, Moreau JC.....1 - 6

Intérêt de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge des avortements incomplets du premier trimestre à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djamena-Tchad

Foumsou L, Kainba P, Mahamat P, Damthéou S, Djongali S, Hissein A, Lokossou A, Perrin RX....7 - 12

Facteurs influençant le pronostic fœtal et néonatal de l'accouchement à terme de singleton en présentation du siège: étude rétrospective comparative cas-témoins au centre hospitalier universitaire départemental du Borgou-Nord Bénin

Houndeffo T, Adisso S, Lokossou A, Capo-chichi BM, Takpara I, Perrin RX.....13 - 17

Délais de réalisation des césariennes en urgence dans le contexte de la gratuité ciblée à la maternité du CHU de Treichville (Abidjan)

P Guié, J M Dia, E Bohoussou, Yao I, E Nguessan, M Oyelade, G Okon, S Anongba.....18 - 21

Pratiques recommandées et non recommandées au cours de l'accouchement normal au centre hospitalier départemental et universitaire du Borgou (Bénin)

Hounkpatin BIB, Obossou AAA, Tshabu Aguemon C, Hounkponou FN, Aboubakar M, Otchoun UP, Perrin RX..... 27- 31

Aspects épidémiologiques, cliniques et socioculturels de l'excision dans le district de Bamako

Sylla M, Diakite FLF, Diakite AA, Toure M, Traore A, Diallo O, Diawara M, Toure A, Sidibe T...32 - 37

Les anomalies d'insertion placentaire en milieu hospitalier de Ouagadougou. Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques

Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Ouattara A, Yameogo B, Kain DP, Komboigo E, Kabore X, Sawadogo W, Lankoande J.....38 - 42

Retour précoce à domicile après accouchement normal à la maternité du CHUD/Borgou en 2015

Denakpo JL, Sidi R, Tognifode MV, Aguemon C, Kpoton SGG, Perrin RX.....43 - 50

CAS CLINIQUE

Syndrome de la queue de cheval et grossesse : analyse d'un cas et revue de la littérature

AB Bah, T Sy, J Donamou, AB Diallo, A Toure, AT Diallo, ND Camara.....51 - 53

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- The management of abortions at the maternity regional hospital of saint louis from 2013 to 2015***
Thiam O, Cisse ML, Diouf AZ, Niang M, Gueye M, Moreau JC.....1 - 6
- Interest of manual vacuum aspiration (MVA) for management of incomplete abortion first trimester in child and mother hospital of N'djamena.***
Foumsou L, Kainba P, Mahamat P, Damthéou S, Djongali S, Hissein A, Lokossou A, Perrin RX....7 - 12
- Factors influencing fetal and neonatal prognosis term delivery of singleton breech presentation: a retrospective case-control comparative study at the university hospital departmental Borgou -north Benin***
Houndeffo T, Adisso S, lokossou A, Capo-chichi BM, Takpara I, Perrin RX.....13 - 17
- Time of execution emergency caesarean sections in the context of free care at the maternity of teaching hospital of treichville (abidjan)***
P Guié, J M Dia, E Bohoussou, Yao I, E Nguessan, M Oyelade, G Okon, S Anongba.....18 - 21
- Pratiques recommandées et non recommandées au cours de l'accouchement normal au centre hospitalier départemental et universitaire du Borgou (Bénin)***
Hounkpatin BIB, Obossou AAA, Tshabu Aguemon C, Hounkponou FN, Aboubakar M, Otchoun UP, Perrin RX..... 22- 28
- Epidemiological, clinical, socio-cultural and economic aspects, female genital cutting in the district of Bamako***
Sylla M, Diakite FLF, Diakite AA, Toure M, Traore A, Diallo O, Diawara M, Toure A, Sidibe T....29 - 37
- The placental insertion abnormalities in ouagadougou hospitals: about epidemiological, clinical and prognostic aspects.***
Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Ouattara A, Yameogo B, Kain DP, Komboigo E, Kabore X, Sawadogo W, Lankoande J.....38 - 42
- Early return home delivery normal after maternity of chud / borgou by 2015***
Denakpo JL, Sidi R, Tognifode MV, Aguemon C, Kpoton SGG, Perrin RX.....43 - 50

CASE REPORT

- Cauda equina syndrome and pregnancy: case report and literature review***
AB Bah, T Sy, J Donamou, AB Diallo, A Toure, AT Diallo, ND Camara.....51 - 53

PRATIQUES RECOMMANDÉES ET NON RECOMMANDÉES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL AU CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL ET UNIVERSITAIRE DU BORGOU (BÉNIN)

HOUNKPATIN BIB (1), OBOSSOU AAA (2), TSHABU AGUEMON C (3), HOUNKPONOU FN (2),
ABOUBAKAR M (4), OTCHOUN UP (2), PERRIN RX (1)

(1) Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (Cotonou)

(2) Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou (Parakou)

(3) Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (Cotonou)

(4) Hôpital d'Instruction des Armées (Cotonou)

Correspondances : Dr Hounkpatin Benjamin I. B. Maître Assistant de gynécologie Obstétrique. Université d'Abomey-Calavi Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune

RÉSUMÉ

Objectif : L'objectif de cette étude était d'identifier les pratiques recommandées et celles non recommandées effectuées au cours de l'accouchement normal au Centre Hospitalier Départemental du Borgou.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude prospective, transversale à visée descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} avril au 31 juillet 2013, soit 4 mois, au Centre Hospitalier Départemental (CHD) du Borgou. La population d'étude était constituée de toutes les femmes ayant accouché au cours de la période d'étude.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de $26,2 \pm 6,2$ ans avec des extrêmes de 15 et 44 ans. Trois femmes sur cinq avaient correctement fait suivre leur grossesse avec 59,5% ayant fait 4 CPN ou plus. Sur un total de 10 pratiques recommandées, 4 ont été exécutées de façon satisfaisante. Il s'agit de l'utilisation du partogramme (100%), de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (94,2%), de l'examen systématique du placenta (98,8%) et de l'utilisation de matériel à usage unique et décontamination systématique de matériel à usage multiple tout au long de l'accouchement (98,8%). Sur un total de 7 pratiques non recommandées, 3 pratiques continuent d'être appliquées dans une forte proportion. Il s'agit de la pose d'une voie veineuse avec une perfusion à titre prophylactique (100%), de l'utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail (93,1%) et de l'épisiotomie systématique chez la primipare (63,8%).

Conclusion : Il est important d'instaurer une démarche qualité pour la pratique de l'accouchement dans nos maternités.

Mots clés : accouchement normal, pratiques recommandées, pratiques non recommandées, morbidité maternelle.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to identify those not recommended and recommended practices performed during childbirth in Borgou Departmental Hospital Centre.

Methodology: It was a prospective, cross-sectional and descriptive study from April to July, 2013, 4 months, at the Borgou Departmental Hospital Centre. The study population was consisted of all women who deliver during the study period.

Results: Patients were 26.2 years old with extrem from 15 to 44 years. Three wives on five had correctly followed their pregnancy with 59.5% having made 4 antenatal care or more. Of a total of 10 recommended practices, 4 were executed satisfactorily. It is the use of the partograph (100%), active management of delivery (94.2%), placenta systematic examination (98.8%) and the use of disposable materials and systematic decontamination multiple use equipment throughout childbirth (98.8%). Of a total of 7 no-recommended practices, three practices continue to be applied in a high proportion. It is placing a venous for prophylactic infusion (100%), the systematic use of the supine position during labor (93.1%) and primiparous routine episiotomy (63.8%).

Conclusion: It is important to establish a quality process for the practice of childbirth in our maternities.

Keywords: normal childbirth, recommended practices, not best practices, maternal morbidity.

Introduction

D'après les dernières estimations, 1500 femmes meurent chaque jour de complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit environ 529 000 décès maternels par an [1]. La majorité de ces décès survient dans les pays en développement. L'Afrique de l'Ouest est une des zones les plus concernées et on y dénombre 1020 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes [2]. De ce fait, des politiques ont été développées dans le sens de l'augmentation du taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié. Mais, fort est de constater qu'au cours de l'accouchement normal, de nombreuses pratiques non basées sur l'évidence scientifique étaient utilisées dans de nombreux pays africains. L'OMS a classifié ces pratiques en quatre catégories selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité [3]. Il s'agit des pratiques d'une utilité avérée et devant être encouragées, des pratiques à l'évidence nuisibles ou inefficaces et devant être éliminées, des pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander franchement et devant être utilisées avec précaution pendant que les recherches se poursuivent et enfin des pratiques fréquemment utilisées de façon inappropriée. Les différentes recommandations y afférent partent du postulat que l'accouchement normal doit être démedicalisé. L'objectif de cette étude était d'identifier les pratiques recommandées et celles non recommandées effectuées au cours de l'accouchement normal au Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou.

Cadre, patientes et méthode

Il s'est agi d'une étude prospective, transversale à visée descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} avril au 31 juillet 2013, soit 4 mois, au Centre Hospitalier Départemental et Universitaire (CHDU) du Borgou. La population d'étude était constituée de toutes les femmes ayant accouché au cours de la période d'étude. Ont été incluses, toutes les patientes admises en salle d'accouchement, porteuses d'une grossesse mono fœtale à terme, entrées spontanément en travail d'accouchement, à la phase active du travail d'accouchement (soit à partir d'une dilatation du col = 4cm), avec une présentation de sommet, ne présentant aucune complication obstétricale nécessitant la réalisation d'une césarienne à l'admission et ayant donné son consentement pour participer à l'étude. N'ont pas été incluses, les femmes, porteuses de grossesses multiples, programmées pour une césarienne de sécurité ou prophylactique, ayant une présentation autre que le sommet et celles porteuses d'utérus

cicatriciels. Ont été exclus, les patientes ayant désisté après inclusion et les perdues de vue. Nous avons procédé à un échantillonnage systématique incluant tous les cas répondant aux critères d'inclusion dès l'admission. La collecte des données a été faite à partir des dossiers médicaux des parturientes, des nouveau-nés admis dans le service de néonatalogie, des registres d'accouchement et des urgences. Une fiche de dépouillement des dossiers, une fiche d'interview des accouchées en post-partum immédiat et une fiche d'observation directe en salle d'accouchement préalablement pré-testées dans une formation sanitaire de la commune, ont été utilisées pour la collecte des données. A l'admission, dès que le diagnostic de travail d'accouchement à la phase active était posé, les critères d'inclusion étaient vérifiés. Après avoir recueilli le consentement éclairé et écrit de la patiente et du prestataire, l'observation du déroulement du travail d'accouchement était démarrée. Chaque fois que le prestataire posait un acte à l'endroit de la parturiente, les soins et conseils prodigués étaient notés et ce, jusqu'à l'accouchement et dans les 24 heures qui le suivaient. Le suivi des nouveau-nés transférés en néonatalogie, a été apprécié à travers les dossiers médicaux. L'évaluation des accouchées dans le post partum pour apprécier la survenue de complications a été faite en hospitalisation avant leur sortie. Les variables étaient représentées par les caractéristiques socio démographiques, les antécédents obstétricaux, la qualification du prestataire assurant l'accouchement, le déroulement de l'accouchement (position au cours du travail d'accouchement, présence ou non d'une accompagnante en salle d'accouchement, accouchement dirigé ou naturel, utilisation du partogramme, utilisation de matériel à usage unique ou non et décontamination systématique de matériel à usage multiple ou non, rasage systématique ou non, voie veineuse prophylactique ou non, GATPA, épisiotomie systématique ou non examen du placenta, prévention de l'hypothermie du nouveau-né ou non, mise au sein précoce du nouveau-né ou non...), le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne). Le niveau des pratiques non recommandées était considéré comme satisfaisant lorsque le taux d'application était inférieur ou égal à 20% et celui des pratiques recommandées l'était pour des taux d'application supérieur à 80%. Les données ont été recueillies manuellement et traitées à l'aide du logiciel Epi info version 7. Le consentement libre et éclairé des parturientes et des prestataires ont été obtenu et l'anonymat des

parturientes a été préservé.

RÉSULTATS

Caractéristiques des parturientes

Au cours de la période d'étude, notre enquête a porté sur 173 parturientes. L'âge moyen de nos patientes était de 26,2 ans. L'écart type était de 6,2 avec des extrêmes d'âge de 15 et 44 ans. 10,4% des patientes avaient moins de 20 ans, 60,7% étaient âgées de 20 à 29 ans et 28,9% étaient âgées de plus de 30 ans. La majorité, soit 71,7% des femmes de notre étude étaient mariées dans un foyer monogame, 20,2% dans un foyer polygame et 8,1% étaient célibataires. Les patientes étaient chrétiennes (49,2%), musulmanes (47,9%) et animiste (2,9%). Tous les groupes socioprofessionnels étaient représentés avec 28,3% de commerçantes, 21,4% de ménagères, 19,1% d'élèves/étudiantes, 16,2% d'artisans et 15% de salariés. 30,1% des patientes avaient étudié jusqu'au primaire, 38,7% jusqu'au secondaire, 13,9% jusqu'à l'université et 17,3 sans instruction formelle. Les paucigestes, les primigestes et les multigestes représentaient respectivement 35,3%,

31,8% et 32,9% des cas. Les nullipares (41,6%), les primipares (20,2%) et les paucipares (20,2%) représentaient plus de 4/5^{ème} des parturientes. Les multipares représentaient 18% des cas. Trois femmes sur cinq avaient correctement fait suivre leur grossesse avec 59,5% ayant fait 4 CPN ou plus.

Etude des pratiques recommandées et non recommandées

Sur un total de 10 pratiques recommandées, 4 ont été exécutées de façon satisfaisante. Il s'agit de l'utilisation du partogramme (100%), de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (94,2%), de l'examen systématique du placenta (98,8%) et de l'utilisation de matériel à usage unique et décontamination systématique de matériel à usage multiple tout au long de l'accouchement (98,8%). En tenant compte de la moyenne de chaque pratique, nous avons une moyenne de 56,3 % avec des extrêmes allant de 0,6% à 100%. Le récapitulatif des taux d'application des pratiques recommandées dans l'accouchement normal est représenté dans le tableau I.

Sur un total de 7 pratiques non recommandées, 3

Tableau I: Récapitulatif des taux d'application des pratiques recommandées dans l'accouchement normal au CHDU Borgou en 2013.

N°	N°	PRATIQUES RECOMMANDEES	% de oui	% de non
1	01	Présence d'une accompagnante avec la parturiente en salle d'accouchement en permanence ou de façon intermittente	0,6	99,4
2	02	Encouragement à bouger et à choisir une position autre que dorsale pendant le travail	22	78
3	03	Boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement	10,4	89,6
4	04	Absence de direction du travail	51,4	48,6
5	05	Utilisation du partogramme	100	00
6	06	Gestion active de la troisième période de l'accouchement(GATPA)	94,2	5,8
7	07	Examen systématique du placenta	98,8	1,2
8	08	Nouveau-né séché mis peau à peau avec la mère dans l'heure qui suit la naissance	43,9	56,1
9	09	Nouveau-né mis au sein dans l'heure qui suit la naissance	43,4	56,6
10	10	Utilisation de matériel à usage unique et décontamination systématique de matériel à usage multiple tout au long de l'accouchement	98,8	1,2

pratiques continuent d'être appliquées dans une forte proportion. Il s'agit de la pose d'une voie veineuse avec une perfusion à titre prophylactique (100%), de l'utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail (93,1%) et de l'épisiotomie systématique chez la primipare

(63,8%). Le taux d'application de ces pratiques est globalement de 40,2% avec des extrêmes de 0 à 100%. Le récapitulatif des taux d'application des pratiques non recommandées est représenté dans le tableau II.

Tableau II : Récapitulatif des taux d'application des pratiques non recommandées dans l'accouchement normal au CHDU Borgou en 2013

N°	PRATIQUES NON RECOMMANDEES	% oui	% non
01	Rasage systématique du pubis ou du périnée	00	100
02	Pose d'une voie veineuse avec une perfusion à titre prophylactique	100	00
03	Administration systématique d'une perfusion d'ocytocine sans indication	05,2	94,8
04	Utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail	93,1	06,9
05	Episiotomie systématique chez la primipare	63,8	36,2
06	Efforts de poussée soutenus et dirigés (manœuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail (expressions abdominales)	0,6	99,4
07	Massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail	18,5	81,5

DISCUSSION

Notre travail s'est particulièrement intéressé aux aspects relatifs à l'interaction prestataire-parturiente et aux soins prodigués en salle d'accouchement au cours du travail. Nous n'avons pas étudié en profondeur les différentes composantes du partogramme pour apprécier sa qualité. Nous nous sommes astreint à vérifier s'il était rempli.

Parmi les 173 femmes colligées dans notre étude, 166 (95,9%) avaient accouché par voie basse. Ce taux est sensiblement supérieur aux 80% retrouvé par l'OMS [3] en 1997. Ceci s'expliquerait par le fait que les protocoles de prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant ont été revus et améliorés au cours de ces dernières années et leur application paraît effective. L'âge moyen des femmes de notre étude est de 26,2 ans avec des extrêmes de 15 à 44 ans. Notre résultat est proche de celui de SAIZONOU et al [4] qui ont retrouvé les mêmes chiffres dans les maternités de référence du sud du Bénin avec une moyenne d'âge de 26,7 ans. Cet âge représente l'âge moyen auquel le désir de maternité est élevé.

Pratiques recommandées

Dans notre étude, la quasi-totalité des parturientes (99,4%) n'était pas assistée de proche parent ou d'accompagnateur en salle d'accouchement. Ceci

est dû au fait que l'accès à la salle d'accouchement n'est pas permis aux accompagnateurs pour préserver l'intimité des autres parturientes du fait de l'inexistence de cabine individuelle ou de rideau de séparation. Plusieurs études ont pourtant montré les avantages tirés de l'accompagnement des parturientes [5,6].

Une (1) parturiente sur 5 a été encouragée par le personnel soignant à changer de position pendant le travail pour mieux supporter la douleur soit un pourcentage de 22%. La déambulation au cours du travail d'accouchement a pourtant des avantages reconnus [7,8].

10,4% des femmes de la population d'étude ont eu la proposition d'une boisson pendant le travail d'accouchement. Plusieurs travaux ont montré que, si le choix leur était laissé, la majorité des parturientes choisirait de manger et boire pendant le travail. Ils ont également mis un accent sur l'innocuité d'une telle pratique [9,10].

Le travail a été dirigé chez un peu moins de la moitié des femmes de notre étude, soit un pourcentage de 48,6%. Une étude évaluant la pratique de la GATPA dans les formations sanitaires du Bénin [11] avait retrouvé un taux de 39,2%. Les indications de la direction du travail soit par amniotomie précoce, soit par perfusion intraveineuse d'ocytocine sont controversées au cours du travail d'accouchement

normal. Il n'existe pas de preuve qu'une amniotomie précoce ait des effets favorables ou défavorables sur l'état du nouveau-né [12, 13].

Le partogramme de l'OMS a été utilisé pour la surveillance du travail d'accouchement chez toutes les parturientes de l'étude. Une étude évaluant l'utilisation du partogramme dans toutes les maternités du Bénin [14] en 2004 avait rapporté un taux d'utilisation de 98% mais avec plus de la moitié qui était mal remplis. Ainsi, au-delà du tracé simple, il faut apprécier sa complétude, sa qualité, l'interprétation qui en est faite et l'utilisation réelle pour la prise des décisions judicieuses.

La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) a été réalisée dans 94,2% des cas avec un respect de toutes les composantes. Une enquête nationale réalisée au Bénin en 2006 et évaluant sa pratique [11] a relevé que sur un échantillon de 250 parturientes, bien que 82,4% des femmes aient accouché dans des formations sanitaires dont les prestataires avaient été formés à la conduite de la GATPA, 17,6% des femmes avaient bénéficié d'une pratique correcte de cette intervention. SAIZONOU et al [15] avaient observé dans la zone sanitaire de Dassa/Glazoué au Bénin une bonne qualité de la GATPA au niveau de 36,8% des accouchements. STANTON et al. [16] ont trouvé des proportions faibles de bonne qualité de la GATPA allant de 0,5% à 31,8% dans une étude multicentrique réalisée dans sept pays en 2006. En revanche, une meilleure qualité de la GATPA a été observée dans 40,4%, dans des pays d'Amérique Latine par VIVIO et al [17]. Il est pourtant démontré que la GATPA réduit de façon significative l'hémorragie du post partum immédiat [18].

Moins de la moitié des nouveau-nés (43,9%) a été mise au contact peau à peau avec leur mère dans l'heure qui suit la naissance. Ce contact a plusieurs avantages notamment la protection contre l'hypothermie [19,20], la prévention des infections nosocomiales [3], l'allaitement maternel surtout exclusif [21,22] et l'acquisition d'une bonne technique de succion par le nouveau-né [23,24]. Moins de la moitié des nouveau-nés (43,4%) avait été mise au sein dans l'heure qui suit la naissance. Les 56,6% de nouveau-nés restants l'ont été plusieurs heures après l'accouchement. Cela peut s'expliquer par l'occupation de la femme par le massage utérin après la GATPA et les transferts des nouveau-nés vers la néonatalogie. Ce retard peut avoir un effet sur le délai de la montée laiteuse, le risque d'hypoglycémie chez le nouveau et sa protection grâce aux anticorps maternels que

contient le colostrum, contre l'invasion de germes extérieurs dès la naissance.

Pratiques non recommandées

L'épisiotomie a été pratiquée de manière systématique chez 63,8% des parturientes primipares. Aux Etats Unis d'Amérique, elle concerne 50 à 90% des femmes qui accouchent de leur premier enfant, faisant de l'épisiotomie l'acte chirurgical le plus courant de ce pays [25]. Selon les résultats de certaines études, l'épisiotomie sélective serait associée à de meilleurs résultats tels qu'une diminution de la fréquence des déchirures périnéales sévères (3ème et 4ème degré), une augmentation du nombre de femmes dont le périnée demeure intact [26,27]. Pour la Société des Obstétriciens et des Gynécologues du Canada [28], l'épisiotomie devrait être utilisée seulement devant des signes de détresse fœtale, d'évolution insuffisante du travail et de menace de déchirure du périnée. De même, l'OMS recommande de ne pas l'exécuter de façon systématique [29].

L'expression abdominale a été pratiquée seulement chez une parturiente. Selon les résultats de plusieurs essais, les efforts de poussée continus et dirigés ont pour effet de raccourcir quelque peu le deuxième stade du travail, mais elles peuvent être associées à une compression de l'aorte et à une réduction du débit sanguin utérin lorsque la femme est allongée sur le dos. Il ressort aussi de ces études que les efforts de poussée spontanés, plus brefs sont plus appropriés et plus bénéfiques pour la mère et pour le fœtus [30,31]. L'offre effective des SONU de base y compris l'extraction instrumentale par l'application de ventouse, devrait permettre de supprimer définitivement la pratique de l'expression abdominale.

Le massage et l'étirement du périnée ont été pratiqués chez 32 femmes pendant la deuxième période du travail d'accouchement soit un pourcentage de 18,5%. Cette technique viserait à réduire le risque de traumatisme du périnée en le massant pendant la dernière partie du deuxième stade du travail d'accouchement pour essayer de détendre les tissus. Néanmoins, elle n'a jamais été évaluée convenablement et on peut émettre des doutes quant à l'avantage d'une friction soutenue de tissus hautement vascularisés et œdémateux.

CONCLUSION

L'accouchement normal nécessite une surveillance attentive d'un accoucheur qualifié, l'absence d'intervention non nécessaire et la considération des gestantes dans leur globalité. Certaines pratiques non recommandées sont encore appliquées dans de

fortes proportions au niveau de la maternité du Centre Hospitalier Départemental du Borgou tandis que certaines de celles recommandées restent encore insuffisamment appliquées. Il est important d'instaurer une démarche qualité pour la pratique de l'accouchement tout en veillant à vulgariser auprès des prestataires ces recommandations afin qu'ils en tiennent compte dans leur pratique quotidienne.

REFERENCES

- 1- **OMS**, La mortalité maternelle en 2000 : Évaluations de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA. Genève, 2004.
- 2- **OMS/FNUAP/UNICEF** Déclaration conjointe sur les accouchements traditionnels. 1990:5-10.
- 3- **WHO/FRH/MSM/96.24**, Les soins liés à un accouchement normal, guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique, 1997:61p
- 4- **Saizonou J, De Brouwere V, Vangeenderhuysen C et al.** Audit de la qualité de prise en charge des « échappées belle » dans les maternités du de référence du Sud Bénin. Cahiers Santé, 2006;16(1):33-41
- 5- **Hemminki E, Virta AL, Koponen P et al.** A trial on continuous human support during labor: Feasibility, interventions and mother's satisfaction. J Psychosom Obstet Gynecol. 1990;11:239-250.
- 6- **Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL et al.** Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. Br J Obstet Gynaecol. 1991;98:756-764.
- 7- **Dénakpo J, Lokossou A, Tonato-Bagnan JA et al.** L'accouchement en position libre peut-il être une solution de rechange à l'accouchement en position classique dans les salles de naissance en Afrique : résultats d'une étude prospective à Cotonou au Bénin. J Obstet Gynaecol Can. 2012;34(10):947-953.
- 8- **Regaya LB, Fatnasi R, Fhlifi R et al.** Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical : étude prospective randomisée de 200 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2010;39(8):656-662
- 9- **Group CD.** Oral intake in labour: Trends in midwifery practice. J Nurse Midwifery. 1999;44:135-38.
- 10- **Singata M, Tranmer J, Gyte GML.** Restricting oral fluid and food intake during labor. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010;8: CD003930.
- 11- **USAID/MSH/POPPHI.** Etude de la gestion active de la troisième période de l'accouchement dans les formations sanitaires de : Résultats d'une enquête nationale réalisée au Bénin. 2006:63p.
- 12- **Fraser WD, Sauve R, Parboosingh IJ et al.** A randomized controlled trial of early amniotomy. Br J Obstet Gynaecol. 1991;98:84-91.
- 13- **Barrett JFR, Savage J, Phillips et al.** Randomized trial of amniotomy in labour vs the intention to leave membranes intact until the second stage. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99:5-10.
- 14- **Azandegbé N, Testa J, Makoutodé M.** Evaluation de l'utilisation du partogramme au Bénin. Cahiers Santé. 2004;14:251-5.
- 15- **Saizonou J, Adisso S, Agueh DV et al.** Facteurs associés à la mauvaise qualité de la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement dans les maternités du district de Dassa-Zoumè/Glazoué au Bénin. *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 2012;6(2):726-737.
- 16- **Stanton C, Armbruster D, Knight R et al.** Application de la prise en charge active du troisième stade du travail dans sept pays en développement. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé.* 2009;87(3):207-215.
- 17- **Vivio D, Fullerton JT, Forman R et al.** Integration of the practice of active management of the third stage of labor within training and service implementation programming in Zambia. *J. Midwifery Women's Health.* 2010; 55(5):447-54.
- 18- **USAID.** Gestion active du troisième stade du travail : Une procédure simple pour empêcher l'hémorragie du post partum. Bulletin de santé globale. 2005:1-2
- 19- **Christensson K, Siles C, Moreno L, et al.** Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr.* 1992;81:488-493.
- 20- **Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, et al.** Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr.* 2003;92:320-6.
- 21- **Anderson GC, Moore E, Hepworth J, et al.** Early skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2): CD003519.
- 22- **Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I.** Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr.* 2002;91:1301-6.
- 23- **Righard L, Alade OM.** Sucking technique and his effect on success of breastfeeding. *Birth.* 1992;19:185-9.
- 24- **Widstrom AM, Thingstrom-Paulsson J.** The position of the tongue during rooting reflexes

elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta Paediatr.* 1993;82:281-3.

25- **Woolley RJ.** Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. *Obstet Gynecol Surv.* 1995;50:806-820, 821-835.

26- **Bettencourt-Borges B, Serrano F, Pereira F.** Episiotomia uso generalizado *versus* selective. *Acta Médica Portuguesa.* 2003;16:447-454.

27- **Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, et al.** Selective versus routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198:285.

28- **Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.** Healthy Beginnings: Guidelines for

Care during Pregnancy and Childbirth. Ottawa, Canada: Federal Publications Inc. 1998;71. .

29- **Chalmers B, Peat A, Porter R, et al.** WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Course Manual. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. 1998.

30- **Parnell C, Langhoff-Roos J, Iversen R et al.** Pushing method in the expulsive phase of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1993;72:31-35.

31- **Gillesby E, Burns S, Dempsey A et al.** Comparison of delayed versus immediate pushing during second stage of labor for nulliparous women with epidural anesthesia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2010;39(6):635-44.