



La Fréquence des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga de 2024 à 2026

TOLA DISU Ruth

1. Université des sciences et de technologie de Lodja

Résumé: Nous avons mené une étude descriptive d'observation indirecte par une méthode retrospective transversale et statistique.

Les données ont été collectées grâce à une grille de collecte par la technique documentaire et celle d'observation, elles sont issues de registres de la maternité, des partogrammes et des protocoles opératoires de l'hôpital provincial de Kananga; notre milieu d'étude où la population d'étude renferme tous les cas des accouchements dystociques dont le total est de 745 cas de 2024 à 2026.

Axé sur la fréquence des accouchements dystociques, les objectifs que nous avons poursuivis dans cette étude sont comme suit:

- Déterminer la fréquence des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga,
- Identifier la provenance des cas des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga ;
- Déterminer les types des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga.

Les logiciels EPI info 5.3.5 et Excel ont servi pour l'analyse et l'interprétation des données. Et, Conformément à nos objectifs, nous avons obtenu les résultats ci-après :

- ✓ La fréquence annuelle de cas est de 30% sur 745 cas,
- ✓ 73% de cas proviennent de la Zone de Santé ; et
- ✓ Quant aux types de dystocies, 81% des cas sur 745 cas représentent la dystocie dynamique.

Et donc, la fréquence des accouchements dystociques nécessite des améliorations continues pour la prise en charge afin de réduire et/ou éradiquer ce fléau et de sauver des vies ou éviter des pertes en vies humaines.

Mots-clés : Fréquence, Accouchement, Dystocie.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.22033297>



1 Introduction

Les accouchements dystociques sont des problèmes tant gynécologiques qu'obstétricaux qui touchent le monde entier et occupent le troisième rang de décès maternel. C'est l'une des urgences obstétricales pouvant mettre en danger la vie de la mère voire celle de l'enfant et entraîner des conséquences néfastes ; plus graves, les accouchements sont pris dans les pays en voie de développement pour des accidents meurtriers devant mériter des multiples études minutieuses à cause de leur fréquence. (OMS, 2020).

Il s'agit d'une anomalie dans la progression du travail d'accouchement pouvant être dynamique ou mécanique, primaire ou secondaire. De ce fait, dans son programme de la santé de la reproduction ; l'organisation mondiale de la santé estime que près de 861 femmes décèdent par jour à cause de la dystocie dont les facteurs favorisant sont observés de manière partielle au monde ayant donc pour cause la malformation de la mère, etc. (OMS, 2019)

À ces jours, les accouchements dystociques pullulent partout dans le monde entier et s'annoncent comme un problème majeur de la santé publique. En effet, la quasi-totalité des décès maternels dus aux accouchements dystociques (99%) se produisent dans des pays en voie de développement dont la moitié en Afrique subsaharienne et près d'un tiers en Asie du Sud, le plus souvent dans des régions instables et plongées dans des crises humanitaires. (WHO, 2019).

Malgré les avancées de ces deux dernières décennies, les progrès ont été un peu trop faibles pour ce qui est de la prévention des grossesses et ses risques chez les adolescentes. D'où « plus de 13 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 accouchent chaque année et un grand nombre de ces grossesses résultent des rapports sexuels non protégés et consentis » A signalé Mme KATE GILMORE, directeur exécutif adjoint de Fonds des Nations-Unies pour la population.

Ainsi ajouté il, des interventions relativement simples et bien connues comme les services de sages-femmes, la prévention de la violence à l'égard des femmes et la riposte, etc peuvent apporter un grand changement si elles sont intensifiées et associées à des investissements dans l'innovation dans le domaine des contraceptifs notamment. (UNFPA, 2020).

En effet, les accouchements dystociques font annuellement un peu trop de nombreuses victimes, et les parturientes sont exposées à des diverses complications obstétricales et même au décès s'il n'y a pas interventions rapides.

Dans ce cas, la RDC en général et la province du Kasai central en particulier ne sont pas épargnées à ce problème ; selon la littérature, les multipares, encore moins les nullipares sont ensemble sujettes aux dystocies surtout mécanique.

À l'égard de ce qui précède, voulant mener une étude sur « la fréquence des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga » Nous examinons dans ce travail la question suivante :

⇒ Quelle est la fréquence des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga pendant les années 2024 et 2026?

En menant cette étude nous nous sommes fixée l'objectif de déterminer la fréquence des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga.

2. METHODOLOGIE

Pour la collecte des données, notre étude est du type d'observation descriptive, ceci nous a permis à répertorier tous les cas de la dystocie identifiés à l'Hôpital provincial de Kananga de 2024 à 2026 ; notre période d'étude.

En ce qui nous concerne, une méthode est un ensemble des démarches raisonnées suivies pour parvenir à un but. C'est pourquoi, dans le cas sous examen ; nous avons utilisé la méthode rétrospective et statistique.

Pour cette recherche, nous nous sommes servis de la technique d'observation indirecte, de la technique documentaire qui du reste nous a permis de récolter les données à l'aide d'une grille de collecte préétablie par nous-mêmes ou est inclus webographie.

Nous avons fait recours aux matériels ci-après pour arriver à l'élaboration de cette étude :

- Stylos et papiers duplicataires/de format A4,
- Registres de la maternité,
- Protocole opératoire et des partogrammes,
- Des outils informatiques (smartphone, Epi info et Excel, etc.)

3. POPULATION ET ECHANTILLON D'ETUDE

En ce qui nous concerne, notre population d'étude est celle regroupant tous les cas des accouchées ayant subi ou connu la dystocie à l'hôpital provincial de Kananga dont le total

trouvé après collecte des données est de 745 cas pour notre période d'étude qui va de 2025 à 2026. Nous avons utilisé l'échantillonnage non-probabiliste de convenance.

4. VARIABLES D'ETUDE

Pour répondre aux questions de notre recherche dans ce travail et aux interrogations suscitées par le sujet.

Nous avons retenu quelques variables dont les unes sont liées à l'identification de notre population cible face aux accouchements dystociques telles que : l'âge, la provenance, la parité, la gestité et la taille.

Les autres variables sont liées aux causes et/ou facteurs favorisant les accouchements dystociques comme: suivi de CPN, maladie, durée du travail, type de dystocie, antécédents obstétricaux, prise en charge et l'évolution maternelle.

À travers tout ceci, il se relève donc l'implication des accouchées à l'égard des accouchements dystociques permettant à savoir fréquence de ceux-ci à l'hôpital provincial de Kananga de 2025-2026.

5. PRESENTATION DES RÉSULTATS

Ici nous présentons les résultats de notre étude à travers lesquels une brève interprétation sera jointe en dessous de chaque tableau. Ceux-ci sont donc présentés comme suit :

Tableau N°I. Répartition des cas selon la fréquence

Année	Effectif	Pourcentage
2024	204	27
2025	244	33
2026	297	39
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

Les résultats de ce tableau N°I montrent qu'en 2026 la fréquence des cas des accouchements dystociques est élevée à 39% tandis qu'en 2024, elle est à 27% et en 2025 la fréquence était de 27%.

Tableau N°II. Répartition des cas selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
15 à 19 ans	241	32
20 à 25 ans	107	14
25 à 34 ans	100	13
>35	297	40
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

Au vu de ce tableau N°II. Nous avons constaté que, la tranche d'âge >35ans représentent plus de cas de dystocie 297 soit 40% et que celle de 25 à 34 ans représentent 13% seulement.

Tableau N°III. Répartition des cas selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Hors Zone de Santé	543	27
De la Zone de Santé	202	73
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

Ce tableau N°III. montre que, sur 745 cas des accouchements dystociques notifiés ; 202 cas soit 73% sont de la Zone de Santé tandis que 543 cas soit 27% proviennent Hors de la Zone de Santé.

Tableau N°IV. Répartition des cas selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié(es)	558	75
Divorcé(es)	143	19
Union libre	44	6
Total	745	100

Source: Enquête sur terrain.

De ce tableau N°IV. Nous avons remarqué que sur 745 cas enregistrés, la majorité soit 75% sont mariés et que la minorité formant 6% est en union libre.

Tableau N°V. Répartition des cas selon les motifs d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Contractions utérines	183	25
Présentation anormale	109	14
Saignement	82	11
Ancienne césarienne	100	13
Convulsion	22	3
Travail prolongé	28	4
Hydrocéphalie	5	1
Anémie	13	2
Absence du BCF	104	13
Lombo-gastralgie	21	3
Rupture utérine	34	5
Prééclampsie et éclampsie	44	6
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

De ce tableau N°V nous avons remarqué que sur 745 cas, 25% sont admis avec des contractions utérines comme motif d'admission alors que 1% seulement ont comme motif d'admission l'hydrocéphalie.

Tableau N°VI. Répartition des cas selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipares P 1	251	34
Paucipares P 2 à 3	200	27
Multipares >P3	294	39
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

À l'égard des résultats de ce tableau N°VI. Nous avons trouvé que 39% des cas sont multipares et que 27% sont paucipares.

Tableau N°VII. Répartition des cas selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigestes G 1	180	24
Paucigestes G 2 à 3	222	30
Multigestes >G5	343	46
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

Ici, les résultats nous montrent que 46% de cas sur 745 sont multigestes alors que 24% sont eux des primigestes.

Tableau N°VIII. Répartition des cas selon la taille

Taille	Effectif	Pourcentage
< 1,50m	407	55
>1,50m	196	26
Non précise	142	19
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

De ce tableau N°VIII Les résultats nous prouvent que la majorité soit 55% ont une taille inférieure à 1,50m alors que 19% n'ont pas une taille précise.

Tableau N°IX. Répartition des cas selon le suivi de CPN

Suivi de CPN	Effectif	Pourcentage
Régulières	617	83
Irrégulières	123	16
Aucune CPN	5	1
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

Au vu de résultats de ce tableau N°IX la majorité de cas soit 83% ont suivi la CPN tandis que 1% seulement formant la minorité de cas n'ont pas suivi la CPN.

Tableau N°X. Répartition des cas selon la durée du travail

Durée du travail	Effectif	Pourcentage
12 heures	156	21
12 heures	589	79
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

De ce tableau N°X. Nous avons trouvé que 79% des cas font plus de 12 heures (>12 heures) comme durée du travail alors que 21% des cas effectuent une durée inférieure ou égale à 12 heures (< 12 heures).

Tableau N°XI. Répartition des cas selon les antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Effectif	Pourcentage
Avortement	104	14
Accouchement prématuré	59	8
Aucun antécédent	582	78
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

Il ressort de ce tableau N°XI. La majorité de cas élevés à 78% n'ayant pas d'antécédents obstétricaux et 8% seulement ayant connu des accouchements prématurés comme antécédents obstétricaux.

Tableau N°XII. Répartition des cas selon les maladies favorisant la dystocie

Maladies	Effectif	Pourcentage
Diabète	37	5
Hypertension	72	10
Obésité	191	26
Cardiopathies	10	1
Aucune maladie	435	58
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

Les résultats de ce tableau N°XII nous prouvent que sur 745 cas, 58% n'ont aucune maladie favorisant la dystocie et que 5% seulement ont, eux ; le diabète comme maladie favorisant la dystocie.

Tableau N°XIII. Répartition des cas selon les types de dystocies

Types de dystocies	Effectif	Pourcentage
Mécanique	142	19
Dynamique	603	81
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

Au regard de ce tableau N°XIII nous avons remarqué que sur 745 cas dystociques, 81% de cas sont de la dystocie dynamique et que 19% seulement sont de la dystocie mécanique.

Tableau N°XIV. Répartition des cas selon les indicateurs de la dystocie

Indicateurs de la dystocie	Effectif	Pourcentage
Césarienne	440	59
Déchirure périnéale	193	26
Episiotomie	51	7
Prématurité	59	8
Hystérectomie	0	0
Ventouse/Forceps	0	0
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

A l'égard de résultats de ce tableau N°XIV, nous avons trouvé que sur 745 cas, 59% sont réalisés par césarienne tandis que 7% de cas sont réalisés par Episiotomie.

Tableau N°XV. Répartition des cas selon la prise en charge

Prise en charge	Effectif	Pourcentage
Oui	745	100
Non	0	0
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain. De ce tableau N°XV les résultats nous montrent que sur 745 cas, 100% sont pris en charge.

Tableau N°XVI. Répartition des cas selon l'évolution maternelle

Évolution maternelle	Effectif	Pourcentage
Guéris	260	35
Décès	23	3
Référés	462	62
Total	745	100

Source : Enquête sur terrain.

Les résultats de ce tableau N°XVI montrent que sur 745 cas d'accouchements dystociques, la majorité 462 soit 62% sont référés et que la minorité 23 soit 3% sont décédés.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans ce partie de notre travail portant sur “ la Fréquence des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga de 2024 à 2026”. Il nous sera d'un intérêt tout particulier de pouvoir établir le rapprochement et/ou le parallélisme sur nos observations décelées entre nos résultats et ceux de recherches antérieures.

Ainsi, par rapport à la fréquence des accouchements dystociques (tableau N°I) nos données avaient montré qu'en 2022, la fréquence des cas était très élevée à 297 cas soit 39% et qu'en 2020 elle était à 27%. La fréquence des accouchements dystociques étant fonction des systèmes de santé demeure ou varie selon les études d'un pays à l'autre ; c'est pourquoi, notre fréquence est bien supérieure à celle de TRAORE BALI trouvée dans son étude sur la dystocie à l'hôpital régional de Ségou au Mali avec 34% de cas.

À l'inverse, elle est convergente avec celle de KABUYANGA R. de Goma en RDC qui est aussi de 39% ce qui serait dû à un contexte particulier d'insécurité dans cette contrée du fait qu'il y reste l'une des causes de non accès aux soins de santé de qualité pendant cette période de conflit effréné.

Et, par rapport aux tranches d'âge, selon le (tableau N°II). Nos résultats avaient montré que la tranche d'âge de >35 ans étaient majoritaire avec 297 cas soit 40%. Soulignons encore que la proportion des adolescentes (tranche d'âge de 15 à 19 ans) ayant connu un travail dystocique était également un peu assez élevée soit 32%.

ESAMBO VALENTIN avait dans une expérience des cliniques universitaires de Kinshasa trouvé les propositions suivantes pareilles aux nôtres : la tranche d'âge supérieure ou égale à 35 ans (>35 ans) avec 38% et celle de moins de 20 ans avec 30%.

En effet, nos chiffres montrent non seulement la prédisposition des accouchées à la dystocie par l'âge chez les adolescentes mais aussi chez les femmes âgées.

Les résultats de (tableau N°III.) démontrent que sur 745 cas notifiés, 202 soit 73% marquant le pic provenaient hors de la zone de santé de Kananga. Ceux-ci correspondent à ceux de Dr. CAROLINE CHAINE (2019) qui, dans sa publication ; la majorité de la région concernée avait occupé 74% et ceci se traduit par le fait que la structure de soins de santé 'hôpital provincial de Kananga' est bâtie à faible distance avec la population ; elle est implantée à proximité de la population pour le dire un peu autrement.

En ce qui concerne le statut matrimonial (tableau N°IV.), nous avons trouvé que la majorité de cas étaient mariés soit 75%. Et par rapport à la parité (tableau N°V.) les multipares dominaient avec 39% sur 745 cas alors que les paucipares avaient, eux ; la proportion de 27% seulement.

Notons dans ce cas que nos résultats comportent les caractéristiques avec ceux de KABUYANGA R. qui, dans son étude ; avait trouvé ces mêmes proportions susmentionnées. Ce qui revient à dire que le fait d'avoir plusieurs naissances expose à la dystocie soit dynamique soit mécanique.

Tout de même, l'on peut soulever cette même conséquence en fonction de la gestité (cfr tableau N°VI.) dont les résultats nous montrent que 46% étaient primigestes tandis que 24% étaient primigestes. Et, remontant en cause la dystocie comme un grand risque auquel toutes les femmes ayant plusieurs naissances sont exposées. Nous avons remarqué que nos résultats corroborent avec ceux de DIALLO A. dans son étude sur la 'prévalence des accouchements dystociques' où il avait trouvé que la dystocie était la conséquence des multigestes avec 48% ce qui est dû aux disproportion foetopelviennes avec 23%, présentations anormales avec 17% et les hémorragies du 3ème trimestre avec 16,5% de cas.

Dans notre étude par ailleurs, par rapport aux résultats de (tableau N°V.) répartissant les cas selon le motif d'admission, nous avons constaté que sur 745 cas ; 25% ont été admis avec comme motif des contractions utérines alors que 1% seulement avaient comme motif d'admission l'hydrocéphalie.

Nos résultats sont divergents avec ceux de Mademoiselle FIDY NJARASAO RAVO dans sa thèse présentée et soutenue publiquement à Antananarivo à Madagascar le 23-septembre 2015 sur «les aspects des accouchements dystociques au CHU de la maternité de Befelatanana» dans laquelle elle avait de sa part trouvé que sur 1007 cas ; 86% étaient admis avec comme motif la lombo-gastralgie et 8% avec comme motif d'admission : la présentation

anormale.

La proportion des cas selon la taille des parturientes (tableau N°VIII.) Nos résultats prouvent que la majorité soit 55% avaient une taille <1,50m tandis que 19% avaient une taille non précise.

En fait, la non précision de la taille relève ici de la difficulté à laquelle nous avons été butés pendant la collecte des données dans les partogrammes notamment. Il s'agit de l'incomplétude des informations possibles des soins. Malgré cela, nos chiffres sont analogues à ceux de MERGER R. qui avait dans sa publication trouvé que 55% des cas ayant une taille <1,50m.

Par rapport au suivi de CPN (tableau N°IX.) dont les résultats démontrent que la majorité de cas sur 745 ont suivi ou avaient été régulières à la CPN soit 83% tandis que 1% seulement n'avaient suivi aucune CPN

Ces résultats ne sont pas conformes à ceux de PAPY NTUMBA coordinateur du programme national de la santé de la reproduction (PNSR) qui, dans sa publication sur les ondes avait déclaré que 50% des cas étaient irrégulières, ce qui se justifie par la négligence et le manque de connaissances suffisantes sur l'importance de la CPN dans le camp des parturientes.

Dans notre étude, en ce qui concerne la durée du travail (tableau N°X.) les résultats démontrent que sur 745 cas dystociques ; 79% avaient connu ou effectué un travail >12 heures et que 21% avaient fait une durée <12 heures lors de l'accouchement.

De ce fait, nous pourrions-nous pas dire que l'incompétence, la non-polyvalence, la mauvaise qualité des soins, la référence de cas en temps critique pouvant provoquer un travail prolongé sont les quelques des causes de la durée du travail.

Les résultats de (tableau N°XI.) nous montrent que sur 745 cas notifiés la majorité 582 soit 78% n'avaient connu aucun antécédent obstétrical et que 8% seulement étaient des accouchements prématurés. Ces résultats ne sont pas similaires à ceux de Dr. CAROLINE CHAINE (2019) qui avait conclu dans son étude que 63% de cas ont connu l'avortement comme antécédent obstétrical et 31% des cas incriminés aux accouchements prématurés, ce qui relève de l'absorption de certaines substances chimiques toxiques dans les pays industrialisés.

Selon les maladies (tableau N°XII.) 58% des cas n'avaient aucune maladie favorisant la dystocie. Ces résultats marchent de pair avec ceux de l'UNFPA dans son étude menée à Nairobi au Kenya relevant que 97% des cas ne présentaient aucune maladie favorisant la dystocie. (UNFPA, 2019).

Par ailleurs, en ce qui concerne les types de dystocies ; les résultats de (tableau N°XIII.) renseignent que 81% de cas étaient de la dystocie dynamique. Ces résultats ne se concordent pas avec ceux de DIALLO A. (2019).

Cependant, son investigation sur «la prévalence des accouchements dystociques réalisée à Brazzaville en République du Congo, l'OMS souligne que le type de dystocie représentant plus de cas soit 92% étaient de la dystocie mécanique.

Il sied de signaler que selon les indicateurs de la dystocie ; (tableau N°XIV.) renseignent aussi que sur 745 cas, 59% ont été réalisés par césarienne (Taux de Césarienne) et que 7% seulement ont été réalisés par épisiotomie.

Notre taux est supérieur à celui de rapporté par ABDOULAYE TANGARA qui avait sur 33%. Et, très nettement supérieur à celui de DIALLO A. qui avait trouvé 4 cas sur 277 cas d'accouchements dystociques soit 1,44% des cas.

Dans notre étude, quant à la prise en charge ; les résultats de (tableau N°XV.) démontrent que sur 745 cas, 100% ont été pris en charge. Ces mêmes résultats ont été trouvés par Dr. CAROLINE CHAINE qui avait constaté que 100% de cas de son étude avaient été pris en charge.

Néanmoins, pour KABUYANGA à Goma en RDC, la prise en charge des dystocies est orientée selon les mécanismes étiologiques ; la dystocie mécanique est traitée par un recours à la césarienne et l'épisiotomie enfin de lever l'obstacle. Alors que, l'administration de l'Ocytocine pour stimuler les contractions utérines est essentiellement observée en cas de la dystocie dynamique.

D'où, il convient de signaler que cette logique témoigne parfaitement des observations d'ordre obstétrical car l'Ocytocine est contre indiquée en cas d'obstacle praevia et permet de renforcer les contractions utérines insuffisantes dans des dystocies dynamiques.

Retenons que dans notre étude sur 745 cas d'accouchements dystociques notifiés à l'hôpital provincial de Kananga ; champ de recherche, vingt-trois (23) cas de décès fœto-maternels ont été enregistrés soit 3%. Cette proportion semble tellement alarmante qu'elle devrait interpeller les prestataires de soins et les décideurs en santé d'allouer les ressources nécessaires pour inverser la tendance et changer donné.

En ce qui concerne l'évolution maternelle (tableau N°XVI.) Nos données avaient montré que sur 745 cas, la majorité 462 soit 62% ont été référés et que la minorité 23 soit 3% sont décédés. Ces résultats sont semblables à ceux d'ABDOULAYE TANGARA.

CONCLUSION

Notre étude avait pour thème "Fréquence des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga de 2024 à 2026.

Pour y parvenir, nous sommes fixés un objectif général qui est celui de déterminer la fréquence des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga pendant notre période d'étude.

De manière spécifique, cette étude vise à :

- ✓ Déterminer la fréquence des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga.
- ✓ Identifier la provenance des cas des accouchements dystociques à l'hôpital provincial de Kananga de 2024 à 2026;
- ✓ Déterminer les types d'accouchements dystociques.

Ainsi, nous avons pour la confection de cette recherche fait l'étude d'observation descriptive transversale par l'entremise de la méthode rétrospective soutenue par la technique documentaire et celle d'observation indirecte elle-même. Et, tout ceci nous a permis de récolter les données grâce à la grille de collecte des données réalisée à partir des logiciels : Epi info version 2013, Excel, word et l'analyse a été une variée.

À cet effet, après le dépouillement et l'analyse, conformément à nos objectifs, nous avons obtenu les résultats ci-après :

- La fréquence annuelle de cas est de 39%,
- 73% de cas proviennent de la Zone de Santé ; et
- Quant aux types de dystocies, 81% des cas sur 745 cas représentent la dystocie dynamique.

SUGGESTIONS

L'action de prendre en compte nos idées permet dans ce cas de trouver des solutions idoines à ce problème pour réduire la fréquence des accouchements dystociques est bénéfique et salubre. C'est pourquoi, nos suggestions adressées à des différents degrés sont comme suit :

➤ **Aux autorités politico-administratives et sanitaires**

- ❖ De doter des diverses formations sanitaires des intrants nécessaires à la prise en charge des accouchements dystociques,
- ❖ Assurer la formation des agents de santé pour s'occuper des dystocies (de travail d'accouchement.)

➤ **Aux personnels soignants**

- ❖ Dépister les facteurs de risques pendant les consultations prénatales,
- ❖ Surveiller de façon adéquate le travail d'accouchement par l'utilisation systématique et correcte de partogrammes.

- Aux populations (Les parturientes en particulier)
- ❖ De fréquenter régulièrement les services de la santé (Consultation Post-natale CPN,
- ❖ Consultation Prénatale CPN, Planification Familiale PF et aussi Accouchement assisté);
- ❖ De se présenter dans les formations sanitaires les plus proches lors de l'apparition d'un signe de danger (saignement, perte des eaux, convulsion, etc.).
- ❖ Humaniser la maternité ou donner une grande place à la communication pour le changement de comportement (CCC) des femmes enceintes, des maris et de la famille sur la santé de la reproduction et l'éducation à la vie familiale).

REFERENCES

- [1]. ARKAYO CARTIER. (2016). Normes de l'organisation de soins de santé/Hôpital,
- [2]. BERNARD et GENEVIEVE . R. (2010). Les établissements de soins, Paris, ed. PUF.
- [3]. BOUVIER COLLE MH (2017). Les accouchements dystociques en Afrique de l'ouest
- [4]. CHRITEN R. (2022). Taux de mortalité maternelle et périnatale.
- [5]. DIALLO A. (2019). Accouchement dystocique en Afrique Abidjan, ed. Présence Africaine,
- [6]. CAROLINE CHAINE (2019). L'accouchement dystocique, Paris, éd. La decouverte.
- [7]. RAUL MITTERI MARK (2015). Les facteurs de risques liés à la dystocie, édition Le monde.
- [8]. EDS. (2007). (Enquêtes démographiques et sanitaires).
- [9]. ELUNGAGU A.(2015). Les complications de la dystocie.
- [10]. FIDY NJARASAO RAVO (2002). Aspects des accouchements dystociques au CHU de la maternité de Bafelatanana.
- [11]. GUIDO D. (2006). Traitement chirurgical de la dystocie, Genève, édition Gallimard,
- [12]. JOSEPHINE AGERNCE (2014). La dystocie, Londres, édition Halle Berry.
- [13]. KABIRIKO (2011). Enquête sur l'accouchement par voie basse.
- [14]. KABUAMBA (2020). Accouchement, Kinshasa, éd. Mediaspaul
- [15]. KABUYANGA KABUSEBA Robert et al (2013). 'Facteurs prédictifs et issues des accouchements dystociques à Goma, RDC' (Article).
- [16]. KAYEM B.(2016). L'accouchement dystocique.
- [17]. ABDOULAYE Tangara. M. 2022). Aspects cliniques et thérapeutiques des accouchements dystociques à l'hôpital Sonine Dolo de Mopti.
- [18]. MAGNIN P. (2015).Les signes cliniques de la dystocia.
- [19]. OMS. (2019). Evaluation de la prise en charge des accouchements dystociques.
- [20]. OMS (2017). Les accouchements dystociques au Kasaï central.
- [21]. ONU (2015). Chaque femme: stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescente de 2016 à 2030.
- [22]. <https://www.academic-medecine.fr/fréquence>.
- [22]. <https://www.em-consulte.com/typesdedystocies>.
- [23]. <https://www.passeportsante.fr/Accouchement-dystocique>.
- [24]. <https://www.vocabaire-medical.fr/fréquence>.