

DEUXIEME PARTIE : CONSIDERATIONS THEORIQUES

CHAPITRE DEUXIEME : PRESENTATION DE CADRES D'ETUDE ECHERCHE

2.1. HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE KAMINA, HGR/KAMINA

2.1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE

L'Hôpital Général de Référence de Kamina, HGR/Kamina en sigle se trouve en République démocratique du Congo, dans la province du Haut-Lomami, dans le Territoire de Kamina, dans la commune de Kamina, au quartier Centre-urbain, dans la chefferie de KASONGO-NYEMBO. Il est limité :

- Au Nord par : l'aérodrome, le quartier RVA et le quartier bel air ;
- Au Sud par les voies ferrées et le quartier 14 ;
- A l'Est par l'église Néo Apostolique, la clinique SNCC et le lycée Mahidio ;
- A l'Ouest par les installations de l'Eglise Kimbanguiste.

2.1.2. ORGANISATION ADMINISTRATIVE

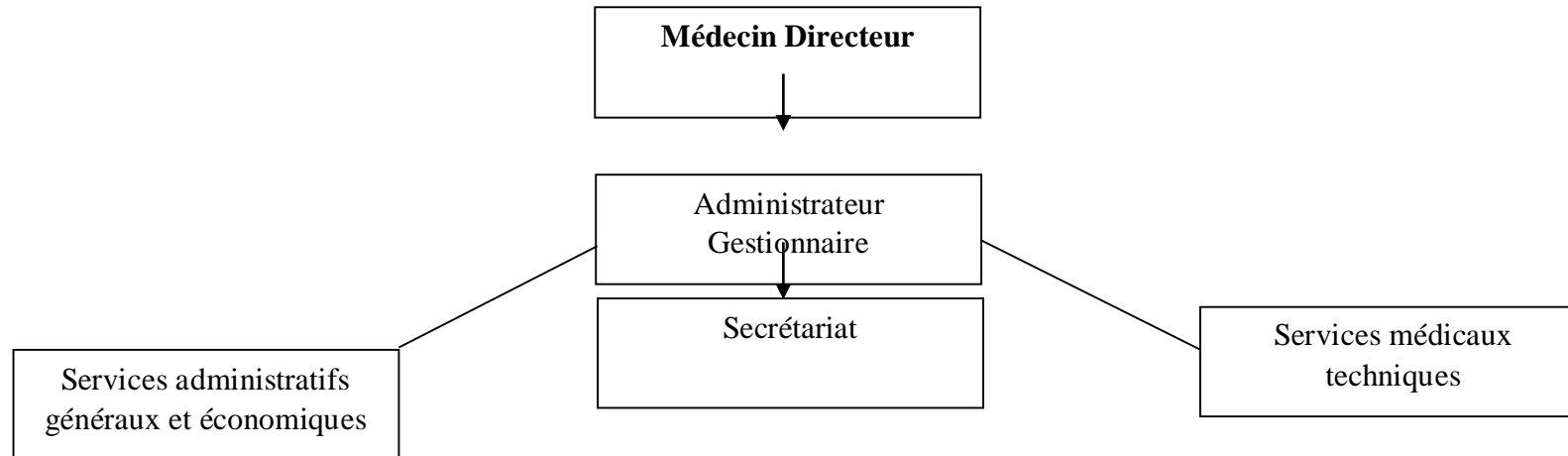
Il est vrai que l'hôpital général de référence de Kamina offre trois services tels que repris ci-dessous :

- a) **Service d'hospitalisation** : Médecine interne, Chirurgie, Pédiatrie, Gynéco-obstétrique, Urgence, Isolement ;
- b) **Service médico technique**
 - Bloc opératoire : stérilisation de matériels, salle d'anesthésie et une salle de réveil.
- c) **Service Externe** : les consultations médicales, le dispensaire, la radiologie et la pharmacie
- d) **Service administratif** : Administrateur gestionnaire, Secrétariat et Réception

2.1.3. BREF APERCU HISTORIQUE

Hôpital général de référence de Kamina fut créé en 1956 sous l'initiative de Belge, il a été construit de 1953-1956 ayant comme médecin Directeur JOSEPH OPHMAN en collaboration avec l'agent sanitaire Mr LEON et deux Religieuses dont l'une était la sœur KASALIE qui travaillait à la pharmacie et l'autre, la Sœur EMA qui s'occupait de la cuisine et du magasin. La première responsable de la maternité fut le pasteur et l'Hôpital s'appelait NGOIE ADVENTINE, après le départ du docteur OPHMAN, l'hôpital fut dirigé par la succession des médecins dont les noms suivent : BLAISE, CATHERINE, BERTE HARS, DURIENT avec madame DELTOUT vers les années 1960.

2.1.4. ORGANIGRAMME STRUCTUREL



Services administratifs	Services généraux	Services économiques
<ul style="list-style-type: none"> - Mouvements - Réception - Personnels - Statistiques - Comptabilité - Etat- civil 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien - Morgue - Incinérateur - menuiserie 	<ul style="list-style-type: none"> - Magasin - Buanderie - Lingerie - économie

Consultation	Hospitalisation	Services techniques
<ul style="list-style-type: none"> - Consultations externes - Echographie - Laboratoire - Radiologie - Pharmacie - Consultations prénatales 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine interne - Chirurgie - Gynéco-obstétrique - Maternité ; - Pédiatrie - Urgences 	<ul style="list-style-type: none"> - Salle d'opération - Banque de sang ; - Salle technique d'accouchement

2.2. CENTRE DE SANTE SHUNGU MEMORIAL

2.2.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le Centre de Santé SHUNGU MEMORIAL se trouve en République démocratique du Congo, dans la province du Haut-Lomami, dans le Territoire de Kamina, dans la commune de Dimayi, au quartier 52, dans la chefferie de KASONGO-NYEMBO. Il est limité :

- Au Nord par l'avenue TOMO non loin du bureau de la cité de Kamina
- Au Sud par l'avenue KATUBA à la limite du quartier 53
- A l'Est par l'avenue KANIAMA non loin du chemin de fer de la SNCC
- A l'Ouest par l'avenue MOBUTU non loin du marché central

2.2.2. BREF APERÇU HISORIQUE

Le centre de santé SHUNGU MEMORIAL fut créé vers l'année 1964. Les autorités de poste de santé furent annoncé sous la coordination de l'église méthodiste-unie dans la réussite de son évangélisation, la création du centre de santé. En 1969 ce poste de santé connu un apogée, fut transformé en un centre de santé.

Ce centre avait le nom de la première autorité ecclésiastique SHUNGU, c'est pourquoi ce dernier a pris le nom de SHUNGU en 1971. Le centre de santé fut inauguré ses nouveaux bâtiments. Le premier infirmier responsable fut Mr NDUNGU qui avait un niveau A3, le premier malade fut KASONGO WA ILUNGA. Ce centre actuellement est sous la direction du docteur Gustave BANZA KIOSHA secondé par Dr John LUMBULE.

2.3. CENTRE DE SANTE MERE DU SAUVEUR

2.3.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le centre de santé de référence Yvonne PONCELINE (BUMI) est situé dans la Province du Haut-Lomami, Territoire de Kamina, Ville de Kamina. Ce centre se trouve au quartier KATUBA I non loin du marché central. Il est limité par les avenues suivantes :

- L'avenue KILUBI sur laquelle est situé le centre ;
- A gauche l'avenue SANDOA ;
- Derrière l'avenue MWANT-YAV.

2.3.2. BREF APERÇU HISTORIQUE

Le Centre de Santé de Référence BUMI était d'abord un dispensaire de l'Etat dans les années 1960, le bâtiment fut privé de Monsieur KANYIKI qui était originaire du Kasai, ce bâtiment était placé sur l'avenue Lomami contre Mwat-yav au coin. C'est ainsi que lors des troubles de 1960, Monsieur KANYIKI rentra chez eux au Kasai, le bâtiment fut abandonné. En 1984-1985, le fils de KANYIKI vient pour la vente du bâtiment, prise par cette information, Mademoiselle Béatrice et la sœur Faustine KAT vient l'Evêque MALUNGA qui, à son tour acheta ce bâtiment et directement ça devient un bien du diocèse catholique de Kamina et fut un centre de santé de référence BUMI, après la mort de l'Evêque MALUNGA, fut aussi Monsieur KALALA qui confia ce bâtiment à l'association fraternelle internationale (AFI) et ce dernier nomma Mademoiselle Béatrice comme responsable. Il est dans l'aire de santé KATUBA I.

2.3.3. SERVICES ORGANISES

- **Services Médicaux** : la consultation ; la maternité ; la pédiatrie ; la chirurgie ; la médecine interne ;
- **Services techniques** : la pharmacie ; le laboratoire ; le bloc opératoire, la kinésithérapie.

2.3.4. CAPACITE D'ACCUEIL

Le centre de santé de référence BUMI a une capacité d'accueil de 50 lits.

2.4.CENTRE DE SANTE MERE DU SAUVEUR

2.4.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le centre de Santé Mère du Sauveur est situé dans la zone de santé de Kamina, Province du Haut-Lomami, dans le Territoire de Kamina, dans la commune de Dimayi, dans la cité de Kamina, précisément au quartier 64 à la proximité de la cathédrale Saint-Bavon. Il est limité :

- Au Nord par le quartier 82 ;
- Au Sud par le quartier 53 ;
- A l'Est par le camp SNCC ;
- A l'Ouest par le stade du 30 Juin.

2.4.2. APERÇU HISTORIQUE

Le centre de santé Mère du sauveur est un centre hospitalier à prédominance missionnaire qui a vu le jour le 09 Décembre 1991 et a été géré par les sœurs de la congrégation catholique Mère du Sauveur.

Arrivé en 1997 jusqu'au mois de Janvier 2000, les sœurs ont planifié la construction de la maternité GABRIELLE annexée au centre de santé et a ouvert ses portes le 22 Janvier 2005.

Le centre agréé suite à l'exode rural, s'occupe des plusieurs activités sanitaires dont : les activités curatives, les activités préventives et promotionnelles pour la meilleure prise en charge de la population de son air de santé.

2.4.3. CAPACITE D'ACCEUIL

Plus de 50 lits couvrant les différents locaux du centre MERE DU SAUVEUR : pédiatrie, maternité et gynécologie, médecine interne home et femme, chirurgie.

CHAPITRE DEUXIEME : APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude **descriptive transversale rétrospective**.

2.2. POPULATION D'ETUDE

Elle se compose de femmes qui ont fait suivre leurs grossesses ou non aux Centres de Santé de Référence BUMI, au Centre de Santé SHUNGU et au Centre de Santé Mère du Sauveur et qui sont venues s'accoucher dans ces centres et à l'Hôpital Général de Référence de Kamina.

2.3. ECHANTILLON ET CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Notre échantillon est constitué de toutes les femmes portant une grossesse unique ou gémellaire ayant suivies ou non la CPN aux centres de santé cibles et s'étant accouché à l'HGR/Kamina et aux CS cibles de notre étude. Donc, nous disons que notre échantillon est exhaustif.

- Critères d'inclusion

Toutes les femmes portant une grossesse gémellaire ayant accouché dans les structures sanitaires ciblées par notre étude, que les grossesses soient suivies ou non.

- Critères d'exclusion

Les femmes portant une grossesse unique qui ont accouché dans les structures ciblées par notre recherche et celles dont les parthogrammes étaient incomplets ou manquaient certaines informations.

2.4. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES

Les données ont été enregistrées sur la fiche de récolte de données à partir des supports suivants :

- Les parthogrammes ;
- Les registres de maternité.

2.5. GESTION DES DONNEES ET ANALYSES STATISTIQUES

Les données ont été traitées et saisies sur Microsoft office Word et Excel 2013 et traitées par le logiciel EPI-INFO 7.2.2.16. Les graphiques ont été réalisés sur Excel office 2013.

2.6. VARIABLES ETUDIEES

- } **Variables Sociodémographiques :** Age, ethnie ; état matrimonial, profession et provenance ;
- } **Variables liées aux antécédents gynéco-obstétricaux :** Antécédent de gémellité et parité ;
- } **Variables liées à la grossesse :** Suivi de CPN, nombre de suivi de CPN, lieu de suivi de CPN, moyens de diagnostic et terme de la grossesse ;
- } **Variables liées à l'accouchement :** Mode d'admission, motif d'admission, phase de dilatation du col à l'entrée, voie d'accouchement et présentation de jumeaux ;
- } **Variables liées à l'état de nouveau-nés :** Score d'APGAR, sexe et poids ;
- } **Variables liées au pronostic materno-fœtal :** Complications maternelles et complications fœtales.

2.7. DIFFICULTES RENCONTREES

Au cours de cette recherche, nous avons été confrontés à un nombre de difficultés qu'il serait nécessaire de présenter comme suit :

- Difficulté pour avoir les données dans les structures sanitaires d'étude,
- Difficulté en rapport avec les ressources financières (consultation de l'internet, impression de fiches de récolte de données, la saisie du travail, l'impression du travail, récolte des données, transport, ...)
- La difficulté liée au temps surtout pendant la période de la récolte de données qui devrait se dérouler en parallèle avec les activités académiques.

CHAPITRE TROISIEME. RESULTATS

I. Fréquence

Tableau I : Fréquence des accouchements gémellaires

	Total grossesses	Grossesse gémellaire
Effectifs	3763	70
Prévalence	100	1,86

Durant la période de notre étude de janvier 2017 à Décembre 2018, nous avons colligé 70 cas de grossesses gémellaires sur un total de 3763 d'accouchements, La fréquence est donc de 1,86%.

II. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau II : Répartition des cas en fonction de la tranche d'âge

Age	Effectifs (n=70)	Pourcentage (%)
< 20 ans	9	12,9
20-24 ans	15	21,4
25-29 ans	14	20
30-34 ans	14	20
35-39 ans	13	18,6
40-44 ans	5	7

L'analyse de ce tableau montre que les parturientes de la tranche d'âge de 20-24 ans représentent 21,4% ; 12,9% étaient dans la tranche d'âge de < 20 ans. Près de 18,6% des parturientes se trouvent dans la tranche d'âge de 35-39 ans tandis que 7% sont entre 40-44 ans et enfin, 20% étaient respectivement âgées de 25-29 ans et 30-34 ans.

Tableau III : Répartition des cas en fonction de l'ethnie, de la profession, de l'état matrimonial et de la provenance

Ethnie, Profession, état matrimonial et provenance	Effectifs (n=70)	Pourcentage (%)
Ethnie		
Luba du Kasai	3	4,3
Luba du Katanga	66	94,3
Round	1	1,4
Ba swahili	0	0
Profession		
Cultivatrice/ Vendeuse	16	22,8
Femmes de ménage	47	67,2
Femmes de bureau	0	0
Sans profession	7	10
Etat Matrimonial		
Mariées	64	91,4
Célibataires	6	8,6
Provenance		
Dimayi	20	28,6
Kamina	10	14,3
Sobongo	37	52,8
Villages environnants	3	4,3

Au vu de ce tableau, il ressort que sur 100% des femmes :

- L'ethnie Luba du Katanga représente 94,3% ; suivie de celle de Luba du Kasai avec 4,3% et enfin, 1,4% était de l'ethnie Round ; 67,1% des parturientes étaient des femmes de foyer ; la profession de cultivatrices/vendeuses vient ensuite avec 22,9% et enfin, 10% des parturientes n'avaient pas de profession ; 91,4% étaient mariées contre 8,6% des célibataires ; 52,8% proviennent de la commune de Sobongo ; 28,6% viennent de la commune de Dimayi, la commune de Kamina vient avec 14,3% et 4,3% proviennent des villages environnants.

III. Caractéristique liée aux antécédents gynéco-obstétricaux

Tableau IV : Répartition des cas en fonction de la parité et de la gestité

Parité	Effectifs (n=70)	Pourcentage (%)
Nullipare (0)	1	1,4
Primipare (1)	11	15,7
Paucipare (2-4)	32	45,7
Multipare (5 et plus)	26	37,1

D'après ce tableau, il relève de cette répartition que sur 100% des femmes, 45,71% étaient des paucipares ; 37,1% étaient des multipares ; vient ensuite les primipares avec 15,7 et enfin, 1,4% était nullipares.

IV. Suivi de la grossesse

Tableau V : Répartition des cas en fonction du suivi, du nombre et du lieu de suivi de CPN

CPN	Effectifs (n=70)	Pourcentage (%)
Suivi		
Oui	48	68,6
Non	22	31,4
Nombre		
< 4	21	43,7
≥4	28	58,3
Lieu de suivi		
CS cibles	39	81,3
Autre structure de la place	6	12,5
Village environnant	3	6,3

Au regard de ce tableau, il s'observe que :

- 68,6% de parturientes avaient suivi la CPN. Par contre, 31,4% ne l'avaient pas suivi ;
- Sur 100% des femmes ayant suivi la CPN, 58,3% leur nombre de CPN est ≥ 4 contre < 4 avec 43,7% ;
- 81,3% des femmes avaient suivi la CPN dans les centres de santé cibles de notre étude, 12,5% et 6,3% ont suivi leur CPN respectivement dans une autre structure de la place et dans les villages environnants.

Tableau VI : Répartition des cas en fonction du moyen de diagnostic de la grossesse

Moyen de diagnostic	Fréquence (n=70)	Pourcentage (%)
Clinique	62	88,6
Para clinique	8	11,4

Ce tableau démontre que sur 100% des grossesses, 88,6% leurs grossesses avaient été diagnostiquées cliniquement contre 11,4% diagnostiquées paracliniquement.

V. Caractéristiques liées à l'accouchement

Tableau VII : Répartition des cas en fonction du mode d'admission

Modes d'admission	Effectifs (n=70)	Pourcentage (%)
Evacuée	0	0
Référées	20	28,6
Venues d'elles-mêmes	50	71,4

La lecture de ce tableau nous montre que 71,4% de parturientes étaient venues d'elles-mêmes et 28,6% étaient référées.

Tableau VIII : Répartition des cas en fonction de la phase du travail à l'entrée

Phase du travail à l'entrée	Effectifs (n=70)	Pourcentage (%)
Phase de latence	12	17,1
Phase active	53	75,7
Période expulsive	0	0
Dilatation complète	5	7,1

D'après ce tableau, il ressort que sur 100% de parturientes, 75,7% sont venues dans la phase active ; 17,1% étaient venues dans la phase de latence et la dilatation complète vient avec 7,1%.

Tableau IX : Répartition des cas en fonction de la présentation de jumeaux et de la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectifs (n=70)	Pourcentage (%)
Basse	44	62,9
Césarienne	26	37,1

Eu égard au tableau ci-dessus, il révèle que sur 100% des femmes, 65,9% ont accouché par voie basse contre 37,1% par césarienne.

VI. Caractéristiques liées à l'état de nouveau-nés

Tableau X : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR et le poids

Score d'APGAR et Poids	Effectifs (n=70)		Pourcentage (%)	
	J1	J2	J1	J2
Score d'APGAR				
≤ 7	27	43	38,6	61,4
≥ 7	52	8	74,3	11,4
Poids	J1	J2	J1	J2
< 2500 g	29	47	41,4	67,1
2500-3400 g	41	23	58,6	32,9

La lecture de ce tableau nous montre que sur 100% des jumeaux,

- Les deuxièmes jumeaux avaient un score ≤ 7 avec 61,4% contre 38,6% pour les premiers. Il montre également que les premiers jumeaux avaient ≥ 7 avec 74,3% contre 11,4% pour les seconds jumeaux ;
- Les seconds jumeaux ont un poids < 2500 g avec 67,1% contre 41,4% des premiers jumeaux. Les premiers jumeaux étaient dans la tranche de poids de 2500-3400 g avec 58,6% contre les deuxièmes jumeaux avec 32,6%.

VII. Caractéristiques liées au pronostic materno-fœtal

Tableau XI : Répartition des cas en fonction des complications maternelles

Complications	Effectifs (n=70)	Pourcentage (%)
Hémorragies génitales	4	44,4
Pré éclampsie	0	0
Déchirure de parties molles (périnée)	3	33,3
Décès Maternel	0	0
Thrombopénie	0	0
Placenta Prævia	1	11,1
RPM	1	11,1

Les résultats du tableau ci-dessus nous montrent que sur 100% des parturientes, 44,4% ont rencontrés comme complication l'hémorragie génitale ; 33,3% des déchirures des parties molles (périnée) tandis que 11,1% avaient respectivement un placenta prævia et une rupture prématurée des membranes.

Tableau XII : Répartition des cas en fonction des complications périnatales et de la réanimation

Complications et réanimation	Effectifs (n=44)	Pourcentage (%)
MFIU	0	0
Morts nés frais	7	15,9
Réanimation	22	50
Malformations congénitales	0	0
RCIU	0	0
Prématurité	15	34,1

Dans cette classification, ce tableau stipule que sur 100% des jumeaux, 50,00% avaient été réanimés ; 34,09% étaient prématurés et enfin, 15,1% étaient des morts nés frais ;

CHAPITRE QUATRIEME : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Fréquence

Au cours de la période d'étude de Janvier 2017 à Décembre 2018, au total 3763 grossesses ont connus leurs issues à l'hôpital Générale de Référence de Kamina, au CSR BUMI et aux CS SHUNGU MEMORIAL et Mère du sauveur parmi lesquelles 70 grossesses gémellaires soit une fréquence de 1,86%. Cette fréquence est inférieure à celle rapportée par CHAKA TRAORE en 2015 avec 1,38%. Mais inférieure à celles trouvées par; TALL S.M. en 2008, TOGOLA en 2009 MUKENDI R. et all en 2010 et MAMERI S. en 2018 respectivement 4,94%; 3,2% ; 2,32% et 2.19 %.

2. Caractéristique sociodémographiques

2.1. Age

Dans notre étude l'âge des femmes était compris entre 18 et 44 ans avec une moyenne de 31,0 ans. Cette moyenne est identique à celle de 30 ans trouvée par MAMERI S. en 2018. Mais inférieure à celles rapportées par TALL S.M. en 2008 et TOGOLA B. en 2009 qui étaient respectivement de 27,5 ans et 27,17 ans.

La fréquence des accouchements gémellaires dans notre étude s'observe entre les tranches de moins de 20ans jusqu'à la tranche d'âge 34 ans avec 74,3 % des cas. Ce taux est presque identique à ceux rapportés par TALL S.M. en 2008 et TOGOLA B. en 2009, qui ont trouvés respectivement 72,0% et 70,9%. Selon la littérature, la fréquence des grossesses gémellaires augmente avec l'âge maternel parallèlement à l'élévation importante du taux de l'hormone de stimulation folliculaire (FSH) induisant des ovulations multiples (**MERGER R, 1995**).

La fréquence des accouchements gémellaires était de 7,1% après 40 ans. Ce résultat est superposable à celui de CAMARA N. en 2006 qui a trouvé 3,1%. Cette chute de taux des accouchements gémellaires s'explique par le mauvais fonctionnement ovarien à partir de 40 ans qui a pour conséquence une baisse du taux de gonadotrophine.

2.2. L'ethnie

Au cours de notre étude, le taux de l'accouchement gémellaire était élevé chez les Luba du Katanga avec 94,3%. Ces différents taux coïncident avec la forte représentativité de cette communauté dans le Territoire de Kamina qui est leur terre.

2.3. La profession

Dans notre étude, plus de la moitié population d'étude était des femmes au foyer sans profession rémunératrice avec un taux de 67,1%. Ce taux est inférieur à ceux de; et de TALL S.M en 2008 ; TOGOLA B. en 2009 et CHAKA TRAORE en 2018 qui étaient respectivement 73,5% ; 80,9% et 75,4%.

2.4. La Provenance

Dans notre étude, la plupart des femmes résidaient dans la commune de SOBONGO, soit 52,9% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le Centre de Santé de Référence BUMI qui a eu beaucoup de cas se situe dans cette commune.

2.5. Statut matrimonial

Au cours de notre étude 91,4% des grossesses et accouchements gémellaires concernaient des femmes mariées. Ce taux est inférieur à ceux de CHATA TRAORE en 2015 et TALL S.M. en 2008 qui trouvent respectivement 99,2% et 93,9 %. Mais inférieur à celui de REME J.M en 2013 qui a trouvé 85,45%. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les femmes mariées étaient les plus représentées.

3. Antécédents gynéco-obstétricaux

3.1. Parité

Au cours de notre étude, les multipares représentées 37,1%. Ce taux est inférieur à ceux de TALL S.M en 2008 ; TOGOLA B. en 2009 ; CHAKA TRAORE en 2015 et MAMERI S. en 2018 qui ont trouvé respectivement 48,9% ; 44,1% ; 59% et 58%. Ces différents résultats nous permettent d'affirmer la littérature qui dit que la multiparité est un facteur favorisant la survenue des grossesses multiples, comme l'attestent la plupart des auteurs et qui pourrait être expliqué par les facteurs hormonaux (**TRAORE A.K.Z., et all, 1998**)

4. Suivi de CPN

4.1. Nombre de CPN

Dans notre étude, les femmes avaient fait un nombre suffisant de CPN (Supérieur ou égal à 4) dans 58,3%. Ce taux est supérieur à celui de CHAKA TRAORE en 2015 qui a trouvé 53,1%. La grossesse gémellaire étant une grossesse à risque élevé, les femmes auraient tendance à suivre régulièrement les consultations prénatales dans nos milieux d'étude.

4.2. Moyens de diagnostic

Dans notre étude 88,6% des grossesses gémellaires ont été diagnostiquées paracliniquement contre 11,4% à l'échographie. Ce taux est différent de ceux trouvés par TALL S.M en 2008 ; TOGOLA B. en 2009 et CHAKA TRAORE en 2015 qui ont trouvés respectivement 76,0%, 85,4% et 84% dans leurs études que l'échographie vient en première position avec respectivement Ainsi donc, nous pouvons dire que l'échographie dans nos milieux d'étude n'était pas sollicité alors qu'il demeure l'examen complémentaire de choix pour le diagnostic des grossesses multiples.

5. Accouchement

5.1. Mode d'admission

Dans notre étude, les femmes ont été référées avec un taux de 28,6%. Ce taux est inférieur à ceux de TALL S.M en 2009 et CHAKA TRAORE en 2015 qui ont trouvé respectivement 39,8% et 32,7% mais inférieur à ceux de TOGOLA B. en 2008 et d'Haidara Y. en 2010 et qui trouvent respectivement 20,3% et 16,2%.

5.2. Niveau de dilatation du col à l'entrée

Dans cette étude, les femmes ont été admises phase de latence dans 17,1%. Ce taux est supérieur à celui de CHAKA TRAORE en 2015 qui trouve 14,3% de femmes admises en phase de latence. L'accouchement gémellaire étant un accouchement à risque élevé, les parturientes sont admises tôt dans nos milieux d'étude.

5.3. Voie d'accouchement

Dans notre étude, 65,85% des accouchements gémellaires ont été faites par voie basse contre 37,15% par césarienne. Ce taux est supérieur à ceux de TALL S.M en 2008; BELHOUSSINE F. Z. en 2008 et TOGOLA B. en 2009 qui ont trouvé respectivement 25,0% ; 28,7% et 27% de grossesses multiples soldées par une césarienne. Mais inférieur à celui trouvé par CHAKA TRAORE en 2015 avec 44,9%. Le taux élevé de césarienne en cas d'accouchement gémellaire s'explique par la fréquence élevée de présentation dystocique.

5.4. Poids à la naissance

Notre étude révèle le poids < 2500 g à la naissance est plus élevé en cas de gémellité, 67,1% pour les seconds jumeaux et 41,4% pour premiers jumeaux. Ce résultat sur le poids des seconds jumeaux est supérieur à celui de SALIHU H.M, 2005 qui trouve 69,4% aux USA et inférieur à ceux de TOGOLA B. en 2009 qui trouve 54,7% et de HAIDARRA Y. en 2010 qui trouve 61,2% à Mopti et Le faible poids de naissance s'explique par la fréquence de la prématurité et la réanimation en cas de gémellité.

6. Pronostic maternel

Dans notre étude, nous n'avons pas fait cas, de prééclampsie/éclampsie, de mort maternelle, thrombopénie. TOGOLA B., 2009 trouve dans son étude une absence de décès maternel contrairement à celles de TALL S.M., 2008 qui avait rapporté respectivement 0,8% de mort maternelle. Dans notre étude, le pronostic maternel était donc jugé bon dans l'ensemble malgré quelques complications comme la déchirure des parties molles (périnée) et de l'hémorragie.

7. Pronostic périnatal

7.1. Prématurité

Dans ce travail, les cas de prématurité étaient de 34,9%. Ce taux est supérieur à ceux de HAIDARA Y., 2008 ; MAIGA B., 2010 et CHAKA TRAORE en 2015 qui ont trouvés respectivement 29%, 31,3% et 28,6% mais inférieur à ceux de TALL S.M., 2008 et TOGOLA B.2009 et Baby Z.A et Coll., 2010 ; MAMERI S. en 2010 qui trouvent respectivement 39,8%, 50%, 51% et 38% d'accouchements prématurés. Ces différents taux confirment les données de la littérature (**KADOM-MOYO J et all, 1995**), selon lesquelles l'accouchement prématuré demeure le risque principal dans le dénouement des grossesses multiples à travers la surdistension utérine qui peut à elle seule déclencher le travail et par sa conséquence (la rupture prématurée des membranes qu'elle entraîne le plus souvent).

7.2. Mortinaissance

Au cours de notre étude, la fréquence de mortinaissance était en moyenne de 4 % chez les jumeaux. Cette moyenne est supérieure à celles de CHAKA TRAORE et de TOGOLA B. en 2009 qui ont trouvé chacun 3,1 % mais inférieure à celles de HAIDARA Y. en 2008 ; TALL S.M en 2008 et BELHOUSSINE F. Z. en 2008 qui avaient trouvé respectivement 16,1% ; 5,9% et 3,50%. Cette différence pourrait s'expliquer par l'absence de certains facteurs de risque surtout les pathologies maternelles comme Hématome Rétro Placentaire, prééclampsie/éclampsie dans notre série.