

**Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2011/2012

N°

THÈSE

**PRONOSTIC MATERNEL ET FËTAL DES
ACCOUCHEMENTS HORS MATERNITE
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO.**

**Présentée et soutenue publiquement le...../...../2012 devant la Faculté de
Médecine, et d'Odontostomatologie par**

Mr Ibrahim Kané

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

JURY :

Président : Pr Mamadou TRAORE

Membre : Dr Tioukani Augustin THERA

Co-directeur : Dr Soumana Oumar TRAORE

Directeur de Thèse : Pr Niani MOUNKORO

DEDICACES

DEDICACE

Que des maux il a fallu pour réaliser ce travail, que de mots il faudra pour le traduire.

Je dédie ce travail à :

ALLAH LE TOUT PUISSANT, LE CLEMENT, LE MISERICORDIEUX,
par sa grâce et sa bonté il m'a été possible de mener à terme ce travail.

Mon père Feu Souleymane KANE

Merci pour les sacrifices que tu as consentis afin de me donner une si bonne éducation. Tu m'as enseigné le sens de l'honneur, du devoir et de la dignité. Ton sens élevé du travail bien fait, ta rigueur et ta grande simplicité m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui. J'implore matin et soir **ALLAH** le tout puissant pour le repos de ton âme. Cette thèse est le faible témoignage de mon affectueuse reconnaissance. Ce travail est aussi le tien.

Ma mère Djenèba SISSOKO

Tu as consenti de lourds sacrifices pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Ton amour pour le prochain, ta simplicité, ta sympathie et ta gentillesse ont payé ce jour **MAMAN**. Tu es une mère exemplaire qui a su être toujours à coté de nous dans les moments difficiles. Que Dieu t'accorde une longue vie.

A mes frères et sœurs

Adama, Habib, Maïmouna, Aïssata, Issa, Mahamadou, Oumar, vous m'avez soutenu durant toute la durée de mes études. Que le bon Dieu nous laisse unis par ces liens fraternels qui ont existé de tout temps entre nous.

Trouvez ici l'expression de mon amour fraternel. Ce travail est aussi le vôtre.

A notre Père Feu Abdoulaye Aziz KANE

J'aurai voulu que tu sois là aujourd'hui parmi nous pour témoigner ce jour qui a existé grâce à toi singulièrement, mais le bon Dieu en a décidé autrement. Tu as été la source de ma réussite scolaire, et tu as laissé un grand vide dans nos cœurs. On a l'habitude de dire « tel père tel fils », cher père tu es sans doute pour moi un exemple à suivre. C'est le lieu pour moi, une fois de plus de prier pour toi. Dors en paix tonton **Aziz**.

A mon cousin Dr Alphamoye HAÏDARA

Cher frère, quand je pense à tous ces moments difficiles passés ensemble au point G, j'ai les yeux remplis de larmes, notre attachement l'un à l'autre n'est jamais passé inaperçu à la faculté, on nous appelait les frères jumeaux, ce travail est aussi le tien.

A ma tante Massaran KANE

Tu as été pour moi plus qu'une tante, les mots me manquent pour traduire tout ce que tu as fait pour moi. Chère Tante ce travail est le résultat de tes sacrifices.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A mes pères Dianguinè et Abdoulaye KANE

Merci pour vos soutiens ;

A ma tante Fanta SISSOKO

Je ne saurais te remercier par des mots pour tes conseils, tes bénédictions et ton soutien de tout genre. Ta confiance à Alpha et moi a fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

Qu'Allah le Tout Puissant te donne une longue vie.

A mon Homonyme Ibrahim KANE

Toi qui m'avais dit que tu vivras 100 ans s'il le faut pour voir ce jour qui est le tien, c'est le lieu de te remercier pour tes sages conseils ;

Au Docteur Lassana FOFANA

Merci pour les conseils prodigués.

A tous mes camarades de promotion, principalement

Allaye Garango, Adama sanogo, Karamoko sougoulé, Domion yalcouyé, Alassane Bangoura merci pour tout le bon moment passé ensemble ;

A tous les internes du CSRéf CV du district de Bamako, singulièrement mon équipe de garde

Drissa SIDIBE, Aly Badra TRAORE, Tidiane DIARRA, Sidiki MALLE, Oumar KOKEINA, Mamadou FOFANA, Abasse DIABY, Sidi DIABATE, Walama KANTE, Claire SANGARE, Djenèba KEÏTA, Rahina MAÏGA, Zénabou HAÏDARA, Yaye DIARRA, Kadiatou OUANE, Rose COULIBALY

Je garde de vous de très bons souvenirs ce travail est le vôtre.

Aux sages-femmes du CSRéf CV du district de Bamako

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

Aux Aides de bloc et Anesthésistes du CSRéf CV du district de Bamako

La disponibilité et le sens élevé du travail bien fait qui vous caractérisent, forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.

A tout le personnel du CSCOM Lafia Sô de Koulikoro Bâ

Merci pour vos soutiens.

A mes maîtres médecins

Dr Soumana O TRAORE, Dr Oumar M TRAORE, Dr Albachar HAMIDOU, Dr Hamady SISSOKO, Dr Mariam DIAKITE, Dr Ousmane DIARRA, Dr Macky TRAORE, Dr Issouf DIAKITE, Dr yacinte DAKOUO, Dr saleck DOUMBIA, Dr Sebani DOUMBIA, Dr Moussa KONATE

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

A mes amis

Boubacar D TRAORE, Boubacar M TRAORE, Toumani TRAORE, Demba TRAORE, Moussa SINGARE, Modibo SINGARE, Alassane KONATE, Abdoul Kadri BOUARE, Youssouf DIARRA, Bamane TRAORE, Boubacar DIABATE, Daouda GOÏTA, Affoussatou TRAORE vous avez été pour moi une source d'émulation.

A mes oncles

Amadou, Boubacar, Lamine, Yaya Habib, Mamadou, Tidiane et Hamadoun SISSOKO, et Mamadou SAMAKE ;

A mes grand-mères, mes tantes, mes cousins et cousines, neveux et nièce que Dieu vous garde et vous procure santé et bonheur.

A tous les professeurs qui m'ont enseigné du cycle fondamental à l'université.

Au Mali,

Pour tes efforts consentis dans notre éducation, dans notre formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

A toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant la vie.

A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement.

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance.

A tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté soutien et amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.

HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur Agrégé de Gynécologie-obstétrique

Secrétaire Général de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle

Coordinateur national du programme GESTA internationale

Coordinateur du projet URFOSAME au CSRéf CV

Médecin-chef du centre de santé de Référence de la commune V du District de Bamako

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile. Nous avons été très impressionnés par votre simplicité et votre humanisme.

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis.

C'est le moment de vous rendre un hommage mérité.

Respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité !

A notre Maître et juge

Docteur Tioukani Augustin THERA

Maître Assistant à la FMOS

**Praticien au service de Gynécologie-obstétrique au centre Hospitalier
Universitaire du point G**

**Ancien chef de service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianakoro
Fomba de ségou**

Cher maître, vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre bon sens, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité, votre simplicité, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous remercions sincèrement.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre Maître et Co-directeur

Docteur Soumana Oumar TRAORE

Praticien en gynécologie-obstétrique au CSRéf CV

Point focal de la césarienne au CSRéf CV

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre. Je vous remercie sincèrement pour toute votre contribution à l'élaboration de ce travail et pour tout ce que vous faites pour les étudiants.

Cher maître trouvez ici en cet instant solennel l'expression de notre profonde reconnaissance.

Qu'ALLAH vous protège durant toute votre carrière !

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Niani MOUNKORO

Maitre de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS,

Chef de service d'obstétrique du CHU Gabriel Touré,

Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.

Cher maître,

C'est un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre esprit d'ouverture, votre sens élevé du dialogue sont des atouts dont nous avons bénéficié tout au long de ce travail.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maître de référence.

Veillez croire ici cher maître, à notre profonde gratitude et à notre sincère reconnaissance.

Que Dieu réalise vos vœux !

SIGLES

&

ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

AAD	: Antécédent d'Accouchement à Domicile
AP JC	: Après Jésus Christ
ADASCO	: Association de Santé Communautaire de Daoudabougou (secteur II)
ASACODA	: Association de Santé Communautaire de Daoudabougou (secteur I)
ASCODA	: Association de Santé Communautaire de Daoudabougou (secteur III)
ASACOGA	: Association de Santé communautaire de Garantiguibougou
ASACOKA	: Association de Santé Communautaire de Kalaban coura
ASACOKAL	: Association de Santé Communautaire de Kalaban coro
ASACOSAB I	: Association de Santé Communautaire de Sabalibougou (secteur I)
ASACOSAB II	: Association de Santé Communautaire de Sabalibougou (secteur II)
ASACOSAB III	: Association de Santé Communautaire de Sabalibougou (secteur III)
ASACOTOQUA	: Association de Santé Communautaire de Torokorobougou Quartier Mali
ASCOMBADJI	: Association de Santé Communautaire de Bacodjicoroni
ATCD	: Antécédent
AV JC	: Avant Jésus Christ
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	: Consultation Périnatale

CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CSRéf CI	: Centre de santé de Référence de la commune I
CSRéf CV	: Centre de Santé de Référence de la Commune V
CU	: Contraction Utérine
CUD	: Contraction Utérine Dououreuse
DES	: Diplôme d'Etude Spécialisée
DNS	: Direction Nationale de la Santé
EPU	: Enseignement Post -Universitaire
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FRV	: Fistule Recto vaginale
FVV	: Fistule Vésico-Vaginale
GATPA	: Gestion Active de la Troisième Période d'Accouchement
HGT	: Hôpital Gabriel Touré
HPPI	: Hémorragie du Post Partum Immédiat
HTA	: Hypertension Artérielle
HU	: Hauteur Utérine
IIG	: Intervalle Inter génésique
IM	: Intra Musculaire
J1	: 1er Jumeau
J2	: 2ième Jumeau
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
RPM	: Rupture Précoce des Membranes
SA	: Semaine d'Aménorrhée
SAGO	: Société Africaine de Gynécologie Obstétricale
SNN	: Souffrance Néonatale
T°	: Température

TA : Tension Artérielle

URFOSAME : Unité de Recherche et de Formation en Santé de la Mère et de l'enfant

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS :.....	1
II.GENERALITES :.....	8
III. METHODOLOGIE :.....	28
IV. RESULTATS :.....	37
V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	75
VI. CONCLUSION :.....	84
VII. RECOMMANDATIONS :.....	85
VIII.REFERENCES :.....	86
IX. ANNEXES :.....	90

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS :

1. Introduction :

Attendre un enfant, le mettre au monde, pouvoir le serrer contre soi sont les vœux de toute femme [1].

La grossesse, si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante et constitue pour la femme un critère de valorisation sociale.

Cependant, pour des milliers de femmes, une naissance n'est pas la cause d'allégresse qu'elle devrait être, mais plutôt une souffrance dont l'issue peut être fatale [1].

Ainsi « La grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort » dit un proverbe Bambara.

L'accouchement non assisté qui a disparu dans les pays développés depuis les années 1950, persiste dans les pays en voie de développement et en particulier au Mali [2].

Nombreuses sont les femmes qui n'ont pas accès à des services de soins de santé moderne dans ces pays [3].

Dans le monde, la fréquence des accouchements non assistés varie d'une région à une autre [4].

En Afrique, on estime de 60 à 80 % selon l'OMS [5], les femmes qui accouchent sans assistance médico-obstétricale. La majorité d'entre elles accouchent sans aucune aide, certaines avec l'aide de personnes non qualifiées. Ces accouchements se déroulent d'ordinaire dans un environnement peu salubre, et aussi la plupart de ces femmes ne bénéficient pas de soins prénatals, ni de conseils de planification familiale [3].

A Bamako, 10,8 % des naissances ont lieu sans assistance médicale [3]. En effet, le lieu de ces accouchements varie de façon importante selon les caractéristiques socio- démographiques, de même le niveau d’instruction et le suivi prénatal jouent un rôle prépondérant dans le choix du lieu d’accouchement [4].

Le plus souvent l’accouchement non assisté est accidentel et non préparé [2].

Plusieurs études ont été réalisées sur le sujet en Afrique et au Mali [6, 7, 8]. Ces différents travaux ont mis en évidence non seulement une fréquence élevée des accouchements non assistés, mais également des complications graves.

Pour lutter contre ce phénomène aux conséquences obstétricales et socio-économiques lourdes, depuis plus d’une dizaine d’années environ, de nombreuses restructurations ont été opérées par le Gouvernement Malien, dans le but de rapprocher d’avantage les services de soins de santé à la population, de même que l’amélioration de la qualité des services.

Parmi ces différentes reformes, on peut citer :

- Le programme de Maternité Sans Risques.
- La Politique de Population qui accorde une place de choix à la santé de la mère et de l’enfant.
- La politique sectorielle de santé.

Malgré ces dispositions, une proportion considérable de femmes continue à accoucher sans assistance médico-obstétricale, même en milieu urbain.

Nous avons mené cette étude dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en nous fixant comme objectifs :

2. OBJECTIFS :

2.1. Objectif Général :

Etudier les accouchements non assistés enregistrés au centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) du District de BAMAKO.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des accouchements non assistés ;
- Décrire le profil sociodémographique des femmes de notre étude ;
- Evaluer le pronostic maternel et néonatal ;
- Rapporter la conduite à tenir dans le service.
- Identifier les raisons qui sous-entendent ces accouchements.

2.3. Hypothèse de recherche :

- Le taux de mortalité et de morbidité maternelles et périnatales sont plus élevés dans les cas d'accouchements hors maternité ;
- La fréquence d'accouchements hors maternité serait fortement associée à un faible niveau socioéconomique des femmes (pauvreté, analphabétisme) ;
- Les fréquences des complications obstétricales et néonatales seraient d'autant plus élevées que les femmes accouchent hors maternité.

2.4. Historique des soins de santé maternelle :

L'une des plus anciennes composantes des soins de santé est certainement l'obstétrique, l'aide à l'accouchement, que ce soit par les soins d'une parente ou d'une accoucheuse du village, se trouve dans presque toutes les civilisations [2].

Une enquête de l'OMS en 1980 sur les pratiques traditionnelles de l'accouchement montre que bon nombre d'entre elles sont physiologiquement fondées et parfois bénéfiques, qu'il s'agisse d'adopter une posture traditionnelle (accroupie, agenouillée ou debout) pour accoucher, attendre que le placenta ait été expulsé pour couper le cordon ; de pratiquer l'accouchement dans les cases spéciales comportant une source de chaleur etc... [9].

Cependant, il est vrai que certains rituels accompagnant la naissance sont inoffensifs, et à l'occasion peuvent être dangereux.

La professionnalisation de l'accouchement remonte à la fin du 19^{ième} siècle et au début du 20^{ième} siècle [2]. L'importance des soins prénatals est apparue avec la reconnaissance des facteurs de risques. Le souci d'offrir des prestations de qualité et des soins plus spécialisés a déplacé progressivement les accouchements du domicile ou du village vers les structures sanitaires. Les nouveaux aspects techniques de l'accouchement se trouvaient ainsi privilégiés aux pratiques anciennes et la tâche du personnel de santé ainsi facilitée, au point que beaucoup d'aspects personnels et familiaux de la naissance furent abandonnés [2].

Dans ces dernières années la notion de lien familial a été découverte et réintroduite dans les pays développés tels que la Hollande, la Suède..... [2].

Il faut espérer que cet aspect de l'accouchement sans complication pourra être sauvegardé, sans porter préjudice aux autres améliorations.

2.5. Pratiques actuelles de la santé:

Au cours de l'histoire récente des services de santé maternelle, l'impact du développement des techniques et de l'accroissement des efforts en personnel médical et paramédical a été considérable [4].

L'identification des facteurs de risque de la grossesse, le perfectionnement des techniques d'accouchement (GATPA, monitoring) [4] ainsi que l'apparition d'option de recours plus performant sont autant d'éléments qui ont contribué aux progrès constatés.

Relativement plus ancienne, la consultation prénatale est de nos jours le service de santé maternelle à orientation clinique le mieux établi, même s'il n'est pas toujours facile de persuader les gestantes d'y recourir suffisamment tôt et fréquemment.

Dans le programme de soins de santé primaire, ce sont en générale les sages femmes ou les infirmières chargées des soins prénatals dans les structures de santé qui s'occupent également des accouchements. De ce fait, il arrive souvent qu'elles connaissent les mères et leurs antécédents médicaux et obstétricaux.

Certaines femmes ne viennent pas aux consultations prénatales, mais se présentent aux centres de santé pour y accoucher. D'autres au contraire se rendent aux consultations prénatales, mais pour une raison ou une autre, accouchent chez elles, avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle ou d'un membre de la famille, mais le plus souvent sans aucune aide [10].

Avec l'accroissement des efforts en infrastructure sanitaire, en personnel médical qualifié et l'apparition d'option de recours plus performants, la maternité sans risque, que ce soit dans les centres privés où dans les établissements publics de soins, reste à l'ordre du jour [10].

L'étude de l'évolution historique de la mortalité maternelle et néonatale au Mali a permis de mettre en évidence trois grands axes d'actions comme facteurs de réduction de la mortalité maternelle et néonatale [11]:

A savoir.

- Les consultations prénatales de qualité (CPN) ou CPN recentrées,
- Les accouchements en maternité par un personnel de santé qualifié,
- La planification familiale.

Au Mali le taux de mortalité maternelle est de 464 pour 100 000 naissances vivantes alors que le taux mortalité néonatale est de 46 pour 1000 naissances vivantes [12].

En France, le taux de mortalité maternelle est inférieur à 10 pour 100 000 naissances vivantes et aux Etats-Unis, il est de 7,5 pour 100 000 naissances vivantes [13].

La mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'ouest est l'une des plus élevées de par le monde avec des taux variant entre 832 et 879 pour 100 000 naissances vivantes [14-15-16-17]. KHAROUF à Tunis a trouvé un taux global de mortalité maternelle à 69 pour 100 000 naissances vivantes [18]. A Brazzaville, une étude menée par KPEKPEDE a donné un taux de mortalité maternelle égal à 408 pour 100 000 naissances vivantes [19], aussi bas que le taux global de mortalité maternelle en Afrique centrale qui est de 950 pour 100 000 naissances vivantes [20].

La mortalité maternelle constitue un problème majeur de santé publique.

C'est dans ce contexte que la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale a été érigée au rang de priorité dans la politique nationale de santé. Elle s'intègre

dans la stratégie de l’OMS vers une maternité à moindre risques à laquelle le Mali a adhéré [21].

L’accouchement en maternité par un personnel de santé qualifié constitue l’un des actes prioritaires pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale [11].

De l’antiquité à nos jours, l’homme n’a cessé de mettre en œuvre sa créativité pour répondre aux diverses préoccupations.

Nous pouvons retenir quelques dates qui ont marqué l’histoire obstétricale [2]:

Hippocrate : (460-370 av JC) disait que devant une dystocie il fallait attacher la patiente à son lit et utiliser deux techniques selon la présentation :

- secouer le lit horizontalement en cas de présentation du siège ou transverse,
- secouer le lit verticalement en cas présentation du sommet [2].

Avicenne (980-1037 après JC) pratiquait la version par manœuvre interne dans les présentations de l’épaule et du siège [2].

Chamberlain (1531-1596) inventa le FORCEPS [2].

II. GENERALITES:

1. ACCOUCHEMENT :

1.1. Définition :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 SA).

L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^{ième} semaine (259 jours) et la fin de la 41^{ième} semaine (293 jours) est dit à **terme**. S'il se produit avant la 37^{ième} semaine de grossesse, il est dit **prématuré**.

L'accouchement est dit **spontané** s'il se déclenche de lui-même, il est **provoqué** lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure. Il est **naturel** s'il se fait sous l'influence de la seule physiologie. Il est **artificiel** quand il est le résultat d'une intervention.

Enfin, il est **eutocique** quand il s'accomplit suivant un déroulement normal, il est **dystocique** dans le cas contraire [4].

1.2. Mécanisme général de l'accouchement:

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- L'effacement et la dilatation du col,
- L'expulsion du fœtus,
- La délivrance (expulsion des annexes : placenta et membranes)

Ces trois périodes portent aussi le nom du travail.

1.2.1. L'effacement et la dilation du col :

Ils sont initiés par l'apparition des contractions utérines du travail et de leurs conséquences et se terminent lorsque la dilatation est complète.

Les conséquences des contractions utérines :

- Effets sur utérus lui-même : formation et ampliation du segment inférieur, effacement et dilatation du col.
- Effets sur le pôle fœtal : Formation de la poche des eaux.
- Effets sur le mobile fœtal : Progression du fœtus dans la filière pelvienne ou phénomène mécanique de l'accouchement [4].

L'accommodation s'opère :

- par orientation,
- par amoindrissement.

La traversée de la filière pelvienne comprend trois temps :

- L'engagement : le franchissement du détroit supérieur
- La descente, qui s'accompagne de rotation,
- Le dégagement : le franchissement du détroit inférieur.

Ces mécanismes se répètent pour chaque segment du mobile fœtal : Tête, épaule, siège ou inversement.

1.2.2. Période d'expulsion :

Elle s'étend de la dilatation complète jusqu'à la naissance, elle comprend en fait deux phases :

- L'achèvement de la descente et celui de la rotation de la présentation,
- L'expulsion proprement dite, au cours de laquelle les efforts expulsifs maternels contrôlés et dirigés viennent s'ajouter aux contractions utérines.

Physiologiquement : Divers phénomènes se passent :

- Phénomènes dynamiques :

Les contractions utérines se renforcent par des contractions volontaires des muscles striés de la sangle abdominale ; la poussée qui caractérise cette action met en jeu le mécanisme de l'effort abdominal : ampliation thoracique par inspiration profonde et fermeture de la glotte ; abaissement du diaphragme tandis que la contraction des muscles abdominaux comprime l'utérus de haut en bas et d'avant en arrière, chassant le mobile fœtal vers l'orifice vulvaire [4].

- Phénomène mécanique (dégagement) :

possible lorsque la dilatation est complète, présentation descendue et orientée, les membranes rompues.

- Phénomènes plastiques :

Ce sont des déformations subies par le fœtus lors de son passage dans toute la filière pelvis-génitale.

- Déformations intrinsèques :

Ce sont le chevauchement des os du crane, et la bosse séro-sanguine [4].

Cliniquement :

La contraction s'accompagne du besoin de poussée, qui ne devra être, effectif que lorsque la présentation sera sur le périnée et bien orientée.

Sous l'influence simultanée de la contraction et de l'effort abdominal, le bassin bascule [4].

On note la poursuite de la dilatation vulvaire conformément aux dimensions de la présentation.

Celle-ci ayant franchi l'orifice, le retrait du périnée en arrière dégage complètement la présentation

La conduite à tenir pratique du travail d'accouchement :

A l'arrivée en salle d'accouchement, on commencera par un interrogatoire minutieux, un examen général et obstétrical.

Pendant le travail : On appréciera la HU, le rythme cardiaque fœtal, les CU, la dilatation cervicale, le type et la variété de la présentation, le degré d'engagement, le bassin et la coloration du liquide amniotique (si poche des eaux rompue), les paramètres maternels.

Tous les résultats des différents examens et thérapeutiques sont consignés sur le partographe.

A dilatation complète lorsque la tête fœtale est appliquée contre le périnée et orientée suivant l'axe antéropostérieur de l'ouverture périnéale commence la période d'expulsion

C'est le moment propice de faire pousser la parturiente.

Le dégagement de la présentation doit s'opérer lentement en observant le périnée dont il faut éviter la déchirure en le protégeant [4].

L'accouchement dirigé :

Pratiqué par un personnel averti, il met la mère et l'enfant dans de meilleures conditions.

Les interventions :

- la rupture artificielle des membranes,
- l'utilisation d'ocytociques, et d'analgésiques,
- L'anesthésie péridurale si possible.

1.2.3. La délivrance :

C'est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle comprend : la phase de décollement, la phase d'expulsion et l'hémostase [4].

- **Délivrance naturelle :**

Bien des accidents en rapport avec la délivrance sont dus qu'à trop de hâte ou à une faute technique. La phase de décollement doit être respectée. Pendant ce temps la tension artérielle et le pouls sont évalués, le saignement vulvaire est surveillé et l'on vérifie si l'utérus est bien rétracté.

On intervient qu'à la troisième phase lorsque le placenta décollé se trouve dans le vagin [4].

- **La délivrance active dirigée : Ou gestion active de la troisième période de l'accouchement [4]: (GATPA)**

La délivrance du placenta le plutôt possible après l'accouchement prévient la perte de sang.

La prise en charge active de la 3^{ième} période de l'accouchement permet d'accélérer la délivrance et diminue la perte sanguine. Il a été démontré que la prise en charge active de la 3^{ième} période de l'accouchement réduisait l'incidence de l'hémorragie du post-partum immédiat.

Cette prise en charge consiste à :

- ✓ Administrer de l'ocytocine à la femme immédiatement en IM après l'expulsion du fœtus, et s'être assuré de l'absence d'un autre fœtus ;
- ✓ Exercer une traction mesurée sur le cordon, tout en stabilisant l'utérus

- **Ocytocine :**

- ✓ Dans la minute qui suit l'accouchement, palper l'abdomen de la femme pour s'assurer de l'absence d'un autre fœtus et administrer 10 UI d'ocytocine en IM.
- ✓ On recommande d'utiliser l'ocytocine parce que d'une part, elle agit dès la 2^{ème} ou 3^{ème} minute après injection et d'autre part ses effets secondaires sont minimes. A défaut on peut injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou donner 600 mg de misoprostol par voie orale [4].

NB : Ne jamais donner d'ergométrine aux femmes présentant une pré-éclampsie, une éclampsie, une hypertension artérielle ou une hémoglobinopathie (drépanocytose), ou porteuse fibrome utérin. Car cela accroît le risque de convulsion ou d'accident vasculaire [4].

- **Traction mesurée sur le cordon ombilical :**

- ✓ Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince portetampons. Maintenir le cordon et la pince dans une main.
- ✓ Exercer une contre pression sur le fond utérin
- ✓ Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes s'enroulent sur elles- mêmes
- ✓ Examiner soigneusement le placenta et les membranes pour être sûr qu'il est complet.
- ✓ Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se rétracte.
- ✓ Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures.

1.3 LE MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT :

La traversée de ce cylindre constitue le phénomène mécanique de l'accouchement.

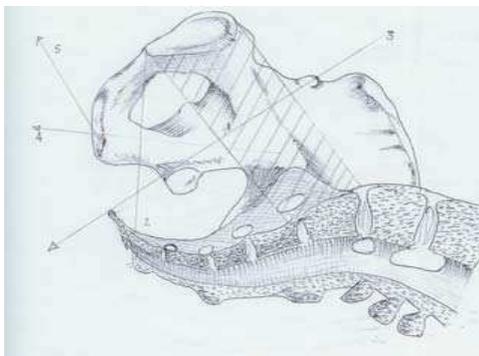


Figure N° 1: Cylindre de descente et axe de progression [4]. Vue de profil, postérieur droite

- 1-cylindre de descente
- 2-plan du détroit inférieur
- 3- premier axe de descente
- 4-deuxième axe de descente
- 5-axe de sortie

La tête se fléchi et se présente par son plus petit diamètre

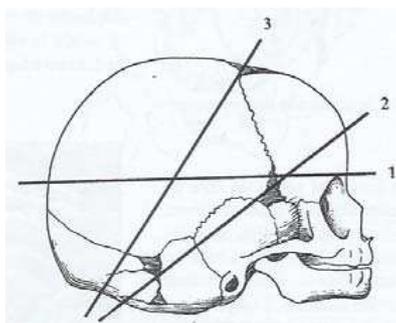


Figure N°2: Diamètres céphalique foetal [4] Vue de profil

- 1-occipito-frontal.
- 2-sous-occipito-frontal.
- 3-sous occipito-bregmatique.

Le franchissement de la filière pelvienne comporte trois étapes qui s'enchaînent et se chevauchent :

L'engagement : Il est précédé par deux phénomènes préparatoires qui sont :

L'orientation de son grand axe suivant l'un des diamètres obliques du bassin qui mesure 12 cm.

L'amointrissement est assuré par la flexion de la tête.

Le diamètre occipito-frontal se substitue au diamètre sous occipito-bregmatique.

L'engagement proprement dit se fait soit par synclitisme ou par asynclitisme.

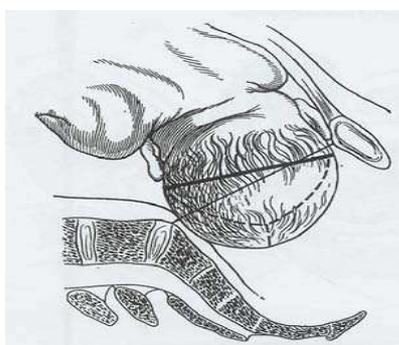


Figure N°3: Asynclitisme postérieur [4]. Vue de profil

La bosse pariétale postérieure passe par inclinaison latérale de la tête vers l'épaule antérieure.

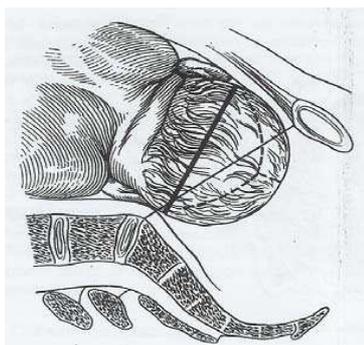


Figure N° 4 : Asynclitisme antérieur [4]. Vue de profil

La bosse pariétale antérieure passe par inclinaison latérale de la tête vers l'épaule postérieure.

L'asynclitisme est nécessaire en cas de disproportion-fœto-pelvienne.

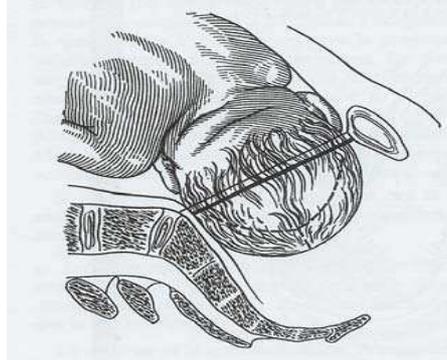


Figure N° 5 : Le synclitisme [4]. Vue de profil

La tête accommodée va glisser à travers le détroit supérieur ; les deux bosses pariétales passent simultanément.

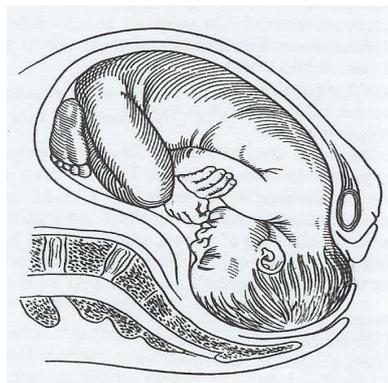


Figure N° 6: Descente et rotation en OP. [4]. Vue de profil

La tête descend suivant l'axe ombilico-coccygien de la mère, puis tourne de 45° de gauche à droite dans l'excavation pelvienne. L'occiput arrive ainsi au bord inférieur de la symphyse pubienne, la tête est dès lors en occipito-pubienne bien orientée pour se dégager.

DEGAGEMENT :

Le dégagement n'est possible qu'après le parachèvement des phénomènes de la période précédente : modifications segmento-cervicales, ovulaires et mécaniques.

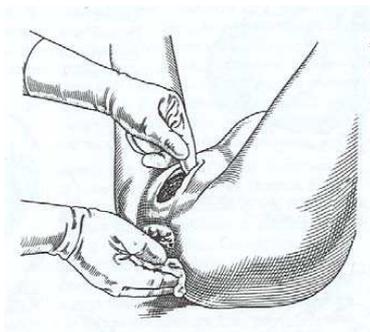


Figure N° 7 : Accentuation de la flexion de la tête. Vue de face [4]

La main droite agit sur la tête à travers le périnée pour en aider la déflexion, la main gauche agit sur la tête directement pour modérer le mouvement.

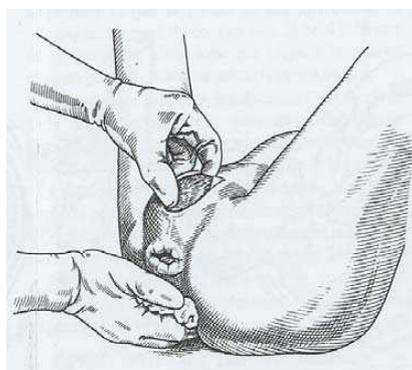


Figure N° 8 : Déflexion de la tête [4]. Vue de face

Les doigts de la main droite commencent à aider la déflexion en exerçant une pression sur le front. Puis ils cherchent en arrière, entre l'anus et la pointe du coccyx, à accrocher le menton.

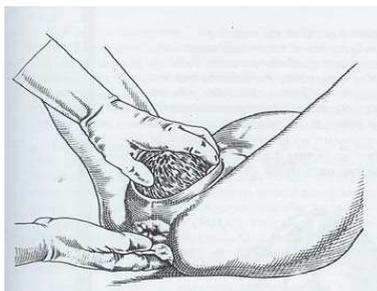


Figure N° 9 : Suite de la déflexion de la tête. [4]. Vue de face

La main gauche posée à plat sur le crâne, retient une déflexion parfois trop brutale, surtout pendant les contractions utérines.

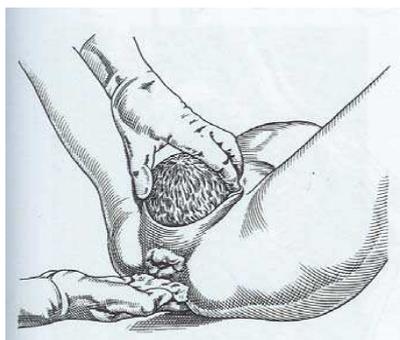


Figure N° 10 : Franchissement de la grande circonférence céphalique de l'anneau vulvaire. [4]. Vue de face

Le périnée postérieur se distend, la main droite peut aider à le rabattre au-delà du menton. L'accouchement de la tête est terminé.

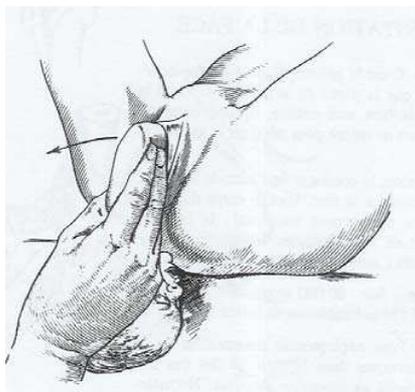


Figure N° 11 : Dégagement de l'épaule et du bras antérieur [4]. Vue de face

L'opérateur saisit la tête de ses deux mains placées latéralement et exercent une traction vers le bas jusqu'à bien fixer l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne; le moignon de l'épaule doit être bien dégagé.

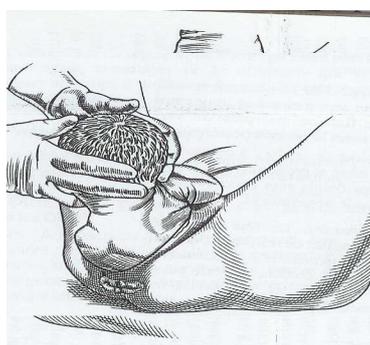
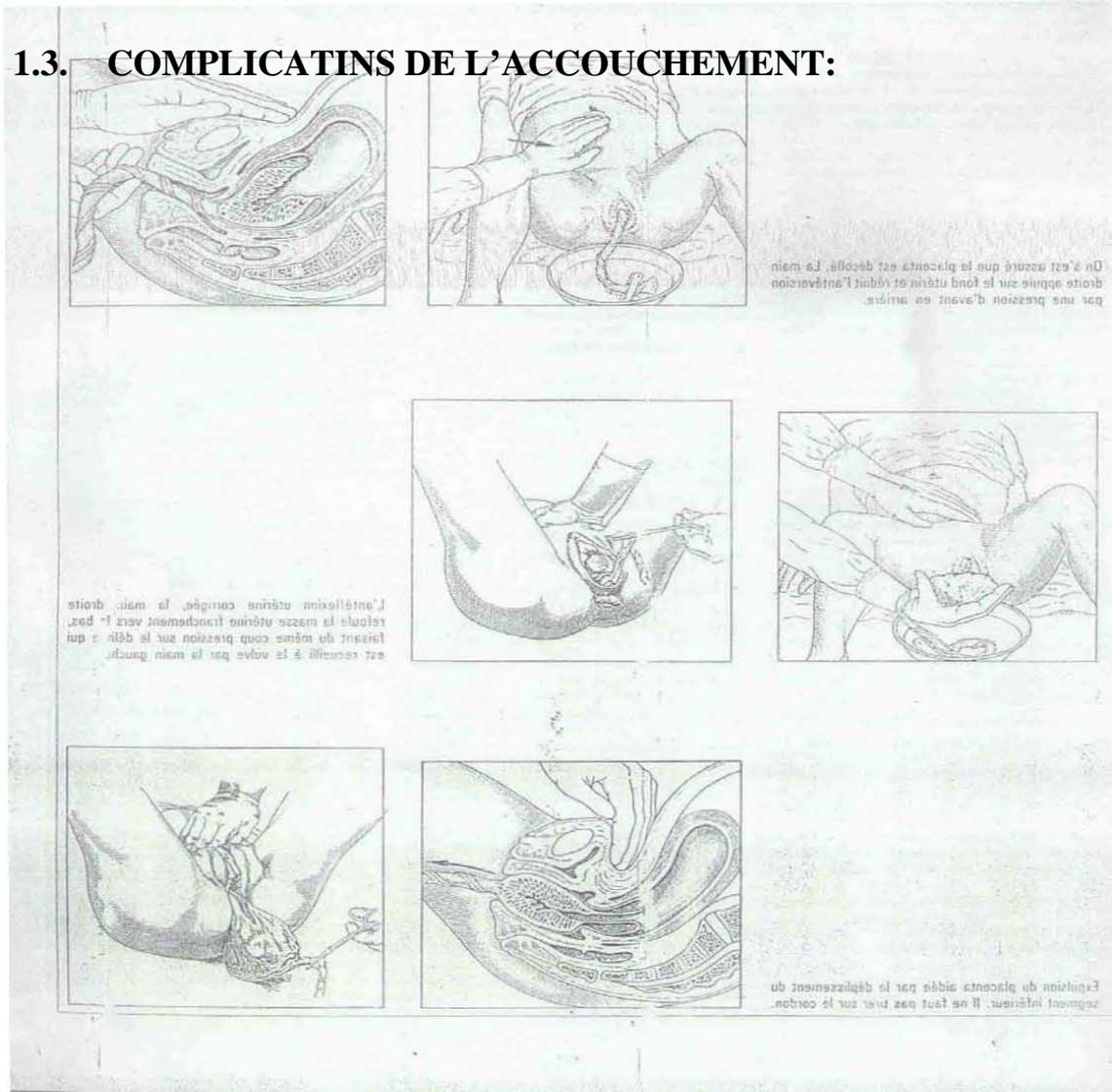


Figure N° 12 : Dégagement de l'épaule et du bras postérieur. [4]. Vue de face

On relève la traction ; l'épaule postérieure se dégage de la commissure postérieure. On rabaisse un peu la traction vers l'horizontal, les membres supérieurs se dégagent sans difficulté.

1.3. COMPLICATINS DE L'ACCOUCHEMENT:



Délivrance

1.3.1. Déchirures vulvo-périnéales : Elles sont fréquentes au cours de l'accouchement.

Ces lésions se divisent en deux groupes :

- les déchirures postérieures qui sont les plus importantes,
- Les déchirures latérales ou antérieures.

✓ lésions anatomiques :

La déchirure est incomplète lorsqu'elle n'intéresse pas le sphincter anal ; elle est complète lorsque ce muscle est sectionné ; elle est compliquée en plus, la paroi ano-rectale est intéressée.

Les déchirures de la vulve intéressent les lèvres ; mais elles atteignent aussi les racines du clitoris. Le périnée profond est moins intéressé par les déchirures de la vulve.

- Etiologie, pathogénie :

✓ Causes tenant au périnée lui-même : la valeur du périnée dépend de :

- Sa qualité appréciée par le toucher, par la sensation de souplesse ou d'inextensibilité ;
 - Sa longueur : les périnées longs se déchirent facilement, mais les périnées courts se déchirent gravement ;
 - Son étirement : le périnée des luxées de la hanche est particulièrement fragile ;
 - Son atrophie ;
 - Sa pathologie acquise : les périnées cicatriciels, les périnées œdémateux et ceux infectés sont fragiles.
- Causes fœtales : le grand volume de la tête fœtale, certaines présentations (occipito-sacrée, face)

- Causes obstétricales : Certaines viciations pelviennes (luxation de la hanche), la cyphose.
- Les applications de forceps, l'extraction de la tête dernière.

Examen clinique :

Les déchirures périnéales peuvent être hémorragiques :

On distingue :

- **Les déchirures incomplètes** : qui se divisent en 3 degrés :
 - ✓ Premier degré : déchirure de la commissure,
 - ✓ Deuxième degré : le bulbo-caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux centrale sont intéressés,
 - ✓ Troisième degré : tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés.
- **Les déchirures complètes** : elle atteint le sphincter de l'anus.
- **Les déchirures complètes et compliquées** : Atteinte de la paroi ano-rectale.
- **Les lésions vulvaires** :
 - ✓ Déchirures hyménéales constatées chez les primipares,
 - ✓ Déchirures clitoridiennes,
 - ✓ Déchirures nymphéales.

1.3.2. Déchirures du vagin : elles se divisent en trois groupes :

- Déchirures basses (perinéo-vaginales)
- Déchirures hautes du dôme vaginal : intéressant les culs de sac vaginaux,
- Déchirures de la partie moyenne.

1.3.3. Déchirures du col :

- Etiologies : les déchirures du col sont spontanées ou provoquées.
 - ✓ Spontanées : il s'agit de toutes altérations du tissu qui peuvent être antérieures à la grossesse (traumatismes : déchirures obstétricales précédentes, amputation ou pathologie du col : cancer, lésions inflammatoires),
 - ✓ Provoquées : Si au cours de l'accouchement normal on fait pousser la femme trop tôt avant dilatation complète; lors d'une prise de forceps ou une extraction de la tête dernière avant dilatation cervicale complète [4].
- **Complications** : il s'agit de la propagation au segment inférieur qui est même un des mécanismes des ruptures utérines.

1.3.4. Ruptures utérines pendant le travail :

Rares mais se sont les conséquences les plus redoutables

Elles s'observent dans des conditions fortes différentes :

- Certaines soient liées à une fragilité particulière de la paroi utérine (utérus cicatriciel, grande multiparité etc...) et surviennent au cours d'un accouchement apparemment normal,
- D'autres sont la conséquence d'une lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable,
- Enfin un troisième groupe est des ruptures utérines provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'ocytociques [4].

2. LES COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE :

2.1. Rétention placentaire :

- **Etiologies :**

- ✓ Les altérations de la muqueuse utérine (curetage, césarienne corporéale, hystéro plasties, une myomectomie sous muqueuse)
- ✓ Les anomalies placentaires qui peuvent être de siège (placenta prævia) ; de conformation (excès de volume et de surface dans les grossesses gémellaires, macrosomies fœtales) ; ou d'implantation (placenta increta ou percreta ...)
- ✓ Les anomalies de la rétraction utérine : l'inertie utérine, l'hypertonie localisée de l'utérus.
- ✓ Variantes anatomiques : La rétention partielle ou totale: [4]

2.2. Hémorragies de la délivrance :

- **Etiologie**

- ✓ Les rétentions placentaires, l'inertie utérine,
- ✓ Certains troubles de la coagulation : afibrinogénémie.
- ✓ Certaines causes d'ordre thérapeutique : les expressions utérines, une application de forceps, certains produits anesthésiques (fluothane) [4].

- **Symptomatologie :**

L'hémorragie est le signe le plus important.

Les autres signes sont les uns locaux (modifications de la morphologie, de la situation et de la consistance de l'utérus) les autres généraux (baisse de la tension artérielle, l'anémie aiguë, le collapsus et parfois le choc) [4].

- **Délivrance artificielle et Révision utérine :**

Matériel :

Des champs propres

Liquide aseptique pour nettoyer la vulve

Indication :

Rétention placentaire totale ou partielle

Hémorragie de la délivrance,

Extractions instrumentales.

Technique :

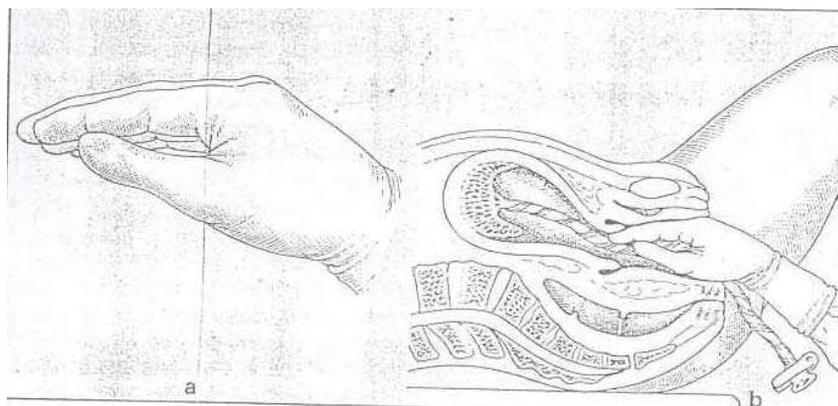


Figure 16 : Introduction de la main aseptique. Vue de profil [4]

- 1- Réaliser l'asepsie des mains et mettre les gants
- 2- Réaliser l'asepsie de la vulve.
- 3- Introduire la main droite repliée dans le vagin puis dans l'utérus pour la délivrance artificielle ou la révision utérine (a) –Introduire la main gantée dans les voies vaginales, suivre le trajet du cordon (b).

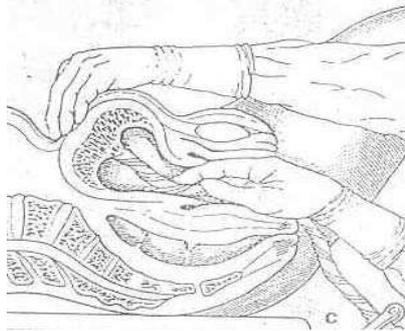


Figure 17 : Direction de la main dans la filière génitale. Vue de profil [4]

4- La main droite étant introduite dans les voies génitales et dans l'utérus, empaumer le fond utérin avec la main gauche et abaisser le fond utérin vers le pubis (c).

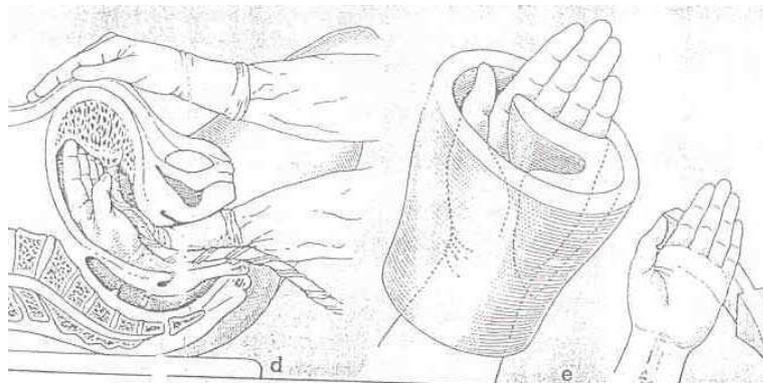


Figure 18 : Décollement du placenta par le bord cubital. Vue de profil [4]

5 – Repérer l'insertion placentaire (d) puis décoller le placenta à l'aide du bord cubital de la main (e). 6- Ramener le placenta dès qu'il est décollé

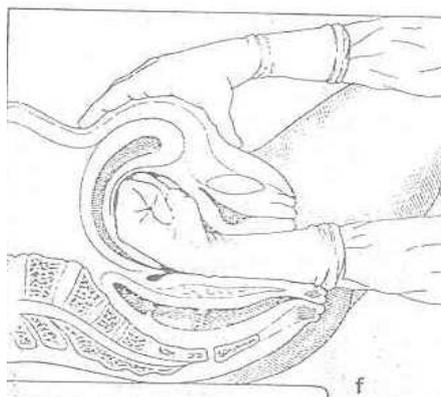


Figure 19 : Révision utérine. Vue de profil [4]

7- Révision utérine : réintroduire la main dans l'utérus pour vérifier qu'il ne reste plus rien. On sent bien la zone d'insertion placentaire qui est rugueuse.

8- Masser le fond utérin avec la main gauche pour sentir la rétraction utérine, le muscle utérin devient ferme et dur.

9- Faire injecter le Methergin en I.V. ou accélérer la perfusion de syntocinon pour entraîner la rétraction utérine [4].

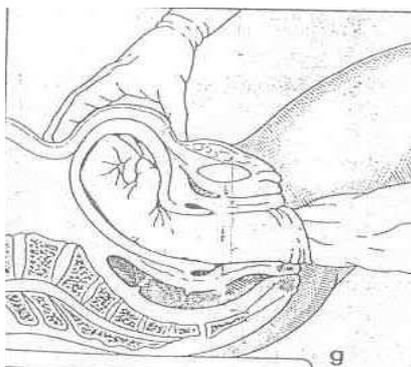


Figure 20 : Compression intra utérine par le poing. Vue de profil [4]

10- Compression avec le poing en cas de d'hémorragie de la délivrance (g).

III. METHODOLOGIE:

1. Cadre d'étude :

Notre étude a été menée dans le service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf CV) du District de Bamako. Ce centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé des structures de santé de premier niveau (9 CSCOM), et qui réfèrent les patientes vers le CS Réf CV.

- **Les principaux quartiers de la commune V sont :**

Quartier-mali ; Badalabougou ; Torokorobougou ; Baco-djicoroni ; Kalabancoura ; Garantiguibougou ; Daoudabougou ; Sabalibougou.

- **Le centre de santé de référence de la commune V :**

La carte sanitaire de la commune V :

Le centre de santé de la commune V encadre 9 centres de santé communautaires(CSCOM) qui sont :

ASACOTOQUA, ASCOMBADJI, ASACOKAL, ADASCO, ASACODA, ASACOGA, ASACOSAB (secteur I, II et III), PMI BADALABOUGOU.

Le service de gynéco-obstétrique est constitué de :

- ✓ Une salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchement.
- ✓ Une salle d'attente avec 2 lits.
- ✓ Une salle de surveillance du post-partum avec 4 lits.
- ✓ Une unité de grossesse à risques et de suites de couches constituée de 4 salles d'une capacité de 18 lits.
- ✓ Une unité de soins après avortement (SAA).
- ✓ Une unité de néonatalogie et mère kangourou.
- ✓ Une unité de planning familial (PF).
- ✓ Une unité de consultation prénatale (CPN) et de prévention de la transmission mère enfant (PTME) du VIH-SIDA.

- ✓ Une salle pour les urgences gynéco-obstétricales.
- ✓ Une salle des internes.
- ✓ Une salle de garde pour les infirmières.
- ✓ Une salle de garde pour les chauffeurs d'ambulance.
- ✓ Une salle de consultation externe pour les gynécologues obstétriciens et pour le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.
- ✓ Une salle de garde pour les médecins du service.
- ✓ Une salle de consultation pour les anesthésistes réanimateurs.
- ✓ Deux blocs opératoires fonctionnels (un bloc pour les urgences et le second pour les interventions chirurgicales programmées).
- ✓ Une salle de réveil comprenant deux lits avec source d'oxygène.
- ✓ Une salle de stérilisation.
- ✓ Cinq salles d'hospitalisation pour la chirurgie gynécologique et obstétricale d'une capacité de 25 lits.
- ✓ Un bureau pour le médecin chef du service.
- ✓ Un secrétariat pour le chef de service.
- ✓ Un bureau pour sage-femme maîtresse.

- **Fonctionnement :**

Le service est dirigé par un **Professeur Agrégé en gynéco-obstétrique**, assurant par ailleurs la fonction de directeur du centre. Actuellement le service est à vocation universitaire et encadre les DES en gynéco-obstétrique, les étudiants en médecine, les élèves sages-femmes et les infirmières obstétriciennes des écoles de santé.

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Les consultations prénatales des personnes vivant avec le VIH sida sont effectuées par le chef de service tous les mardis.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au jeudi par les gynécologues obstétriciens.

Une permanence est assurée tous les jours par une équipe composée de :

- ✓ Un gynécologue obstétricien.
- ✓ Un DES en gynéco-obstétrique.
- ✓ Cinq (5) Etudiants en Médecine faisant fonction d'Interne.
- ✓ deux (2) Sages-femmes.
- ✓ Une infirmière obstétricienne.
- ✓ Un assistant médical en anesthésie réanimation.
- ✓ Un Technicien de laboratoire.
- ✓ Un Chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les autres structures sanitaires et le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS).
- ✓ Un technicien de surface au niveau du bloc opératoire.
- ✓ Une technicienne de surface au niveau de la salle d'accouchement.

Le bloc opératoire à froid fonctionne tous les jours ouvrables et est réservé aux interventions programmées. Le bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et gynéco-obstétricales est fonctionnel vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de 8h15 mn pour discuter des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Au moins une séance d'audit de décès maternel a lieu une fois par mois et les sessions de partage (EPU).

2. TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude analytique cas / témoins (1cas pour 2 témoins).

3. PERIODE D'ETUDE :

L'étude a été menée sur une période de 12 mois (allant du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011).

4. Echantillonnage :

4.1. Population d'étude et technique d'échantillonnage :

L'étude a porté sur toutes les femmes ayant accouché hors maternité colligés au CS Réf CV du district de Bamako au cours de la période d'étude pour les **cas**.

Le groupe témoin était constitué des femmes ayant accouché dans la maternité du CS Réf CV du district de Bamako et enregistrées immédiatement. Les cas et les témoins ont été choisis par appariement. Les critères d'appariement ont été : l'âge et la parité.

4.2. Taille de l'échantillon :

Notre étude a porté sur 110 accouchements hors maternité pour les cas et 220 accouchements dans la maternité pour les témoins ; soit un cas pour deux témoins.

5. CRITERES :

5.1. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude, les femmes ayant accouché hors maternité à partir de six mois de grossesse (28 SA) colligées au CSRéf CV dans les premières 24 heures qui suivent l'accouchement.

5.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- Les femmes ayant accouché hors maternité colligés au CSRéf CV après 24 heures et les fausses couches ;
- Les femmes ayant accouché dans d'autres structures sanitaires admises CSRéf CV dans le post partum.

6. Collecte des données :

6.1. Supports des données :

- Une fiche individuelle servant de questionnaire portée à l'annexe.
- Registre d'accouchements.
- Registre d'admission.
- Dossiers obstétricaux.
- Registre de référence/évacuation.
- Registre de transfert de nouveau-nés.
- Registre de décès périnataux.
- Registre de décès maternels.
- Registre du bloc opératoire.

6.2. Technique de collecte des données :

La technique a consisté en une lecture des dossiers obstétricaux et leur consignation sur une fiche préétablie. Les autres supports de données ont été exploités chaque fois que cela était nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies dans les dossiers obstétricaux.

6.3. Déroulement de l'enquête :

Le questionnaire comprend sept pages avec 54 questions ; L'enquête a duré douze mois. Un pré-test du questionnaire a été réalisé à partir de plusieurs dossiers avant la saisie des données.

6.4. Variables étudiées :

- L'Age.
- Le niveau d'instruction de la femme.
- L'ethnie.
- La profession de la femme.
- La profession du conjoint.
- Le statut matrimonial.
- La distance du domicile à la maternité.

- La parité.
- L'intervalle inter-génésique.
- Le mode d'admission.
- Les antécédents médicaux.
- Les antécédents chirurgicaux.
- Les antécédents obstétricaux.
- Le suivi prénatal.
- L'Accouchement antérieur.
- La Personne ayant assistée l'accouchement.
- Le lieu de l'accouchement.
- Le lieu de la section du cordon.
- Le lieu de la délivrance.
- Le motif de consultation à la maternité.
- Les complications obstétricales.
- Les suites de couches et leurs complications.
- Les raisons de l'accouchement hors maternité.
- Le sentiment après accouchement.
- Les inconvénients des accouchements sans assistance médico-obstétricale.
- Le statut vaccinal de la femme.
- Les données néonatales (vitalité et paramètres anthropométriques).
- La référence des nouveau-nés à la néonatalogie

7. Analyse et traitement des données :

Les données ont été saisies sur Word 2010 et Excel 2010 puis analysées sur le logiciel EPI-INFO VERSION 3.5.3.

Le test statistique utilisé était l'Odds ratio (OR) pour étudier les associations entre les variables. La probabilité (P) a été déterminée avec un risque alpha de 0,05. Un $OR < 1$ était associé à une protection contre le phénomène étudié ;

alors qu'un $OR \geq 2$ était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié.

8. Définitions des concepts :

Pour la bonne compréhension du document, nous avons procédé à la définition de certains termes techniques.

- **Accouchement non assisté** : c'est tout accouchement non assisté par un personnel qualifié à cet effet.
- **Pronostic maternel et périnatal** : nous entendons par pronostic maternel et périnatal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité.
- **La mortalité maternelle** : l'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la mortalité maternelle comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque, déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite » [20-22-23].
- **La mortalité néonatale** : est le « décès d'un nouveau-né survenant entre sa naissance et le 28^{ième} jour après l'accouchement » [24].
- **La morbidité maternelle** : « La morbidité maternelle recouvre un large éventail de troubles qui surviennent pendant la grossesse et le post-partum où qui sont aggravés par la grossesse. Ces troubles causent des maladies, des invalidités où des malaises mais n'entraînent pas nécessairement la mort » [25].
- **Le taux de mortalité maternelle** : il se définit selon l'OMS comme le « nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes » [26].
- **Le taux de mortalité périnatale** : est le nombre de morts fœtales tardives (28 semaines et plus) plus le nombre de morts néonatales précoce (0 à 7 jours) survenu pendant l'année sur le nombre de

naissances vivantes plus le nombre de morts fœtales tardives pendant l'année multipliée par 1 000 [24].

- **Les hémorragies de la délivrance** : se définissent comme des pertes de sang supérieures à 500 millilitres survenant au cours de la délivrance ou dans les 24 heures suivant l'accouchement, et entraînant une altération de l'état général de la parturiente [27].
- **Grossesse non suivie** : absence de soins liés à la grossesse.
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement.
- **Nullipare** = zéro accouchement.
- **Primipare** = un accouchement.
- **Paucipare** = deux à trois accouchements.
- **Multipare**= quatre accouchements et plus.
- **APGAR** :
 - ✓ 0 : mort-né
 - ✓ 1 à 3 : état de mort apparente
 - ✓ 4 à 7 : état morbide
 - ✓ Supérieur et/ ou égal à 8 : bon APGAR
 - **Gestité** : c'est le nombre de grossesse
 - ✓ **Primigeste** : première grossesse
 - ✓ **Paucigeste** : deux à trois grossesses
 - ✓ **Multigeste** : quatre grossesses et plus
 - **Intervalle inter-génésique** : c'est le temps qui s'écoule entre la fin d'une grossesse et le début d'une nouvelle grossesse.
 - **Infections** : nous avons regroupé sous la désignation tous les états infectieux patents ou latents allant de la chorioamniotite probable jusqu' à la septicémie.
 - **Fièvre** : toute température supérieure ou égale à 38,5° C chez la femme enceinte est considérée comme fièvre.

- **Hypertension artérielle** : lorsque la tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 millimètres de mercure et/ou la diastolique supérieure ou égale à 90 millimètres de mercure.
- **Anémie** : est définie chez la femme enceinte comme étant un taux d'hémoglobine inférieur à 11 grammes par décilitres.
- **Référence** : c'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence.
- **Evacuation** : c'est lorsque la patiente est adressée à un service plus spécialisé dans un contexte d'urgence.
- **Transfert** : c'est la mutation d'une patiente d'un service à un autre dans le même établissement sanitaire.

IV. RESULTATS :

1. Fréquence :

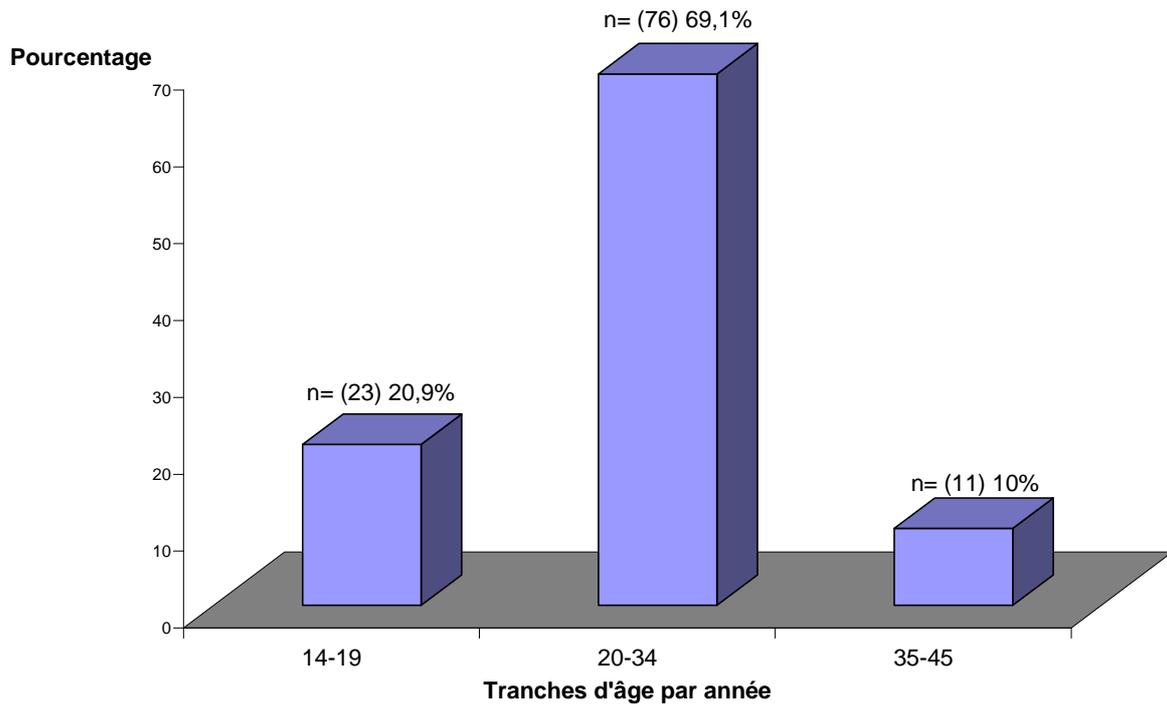
Nous avons enregistré 9258 accouchements dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako et colligé 110 accouchements hors maternité pendant notre période d'étude soit une fréquence de 1,19%.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I : Répartition mensuelle des accouchements.

Mois	Effectif Total des accouchements	Accouchements assistés		Accouchements non assistés	
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
		Janvier	657	651	99,09
Février	589	578	98,13	11	1,87
Mars	683	672	98,39	11	1,61
Avril	758	753	99,34	5	0,66
Mai	829	813	98,07	16	1,93
Juin	733	713	97,27	20	2,73
Juillet	847	833	98,35	14	1,65
Aout	873	866	99,20	7	0,80
Septembre	912	910	99,78	2	0,22
Octobre	934	932	99,79	2	0,21
Novembre	742	732	98,65	10	1,35
Décembre	701	695	99,14	6	0,86
Total	9 258	9 148	98,81	110	1,19

- **Tranche d'âge**



Khi2= 0,02 p=0,0901

Figure 21 : Répartition des patientes par tranche d'âge.

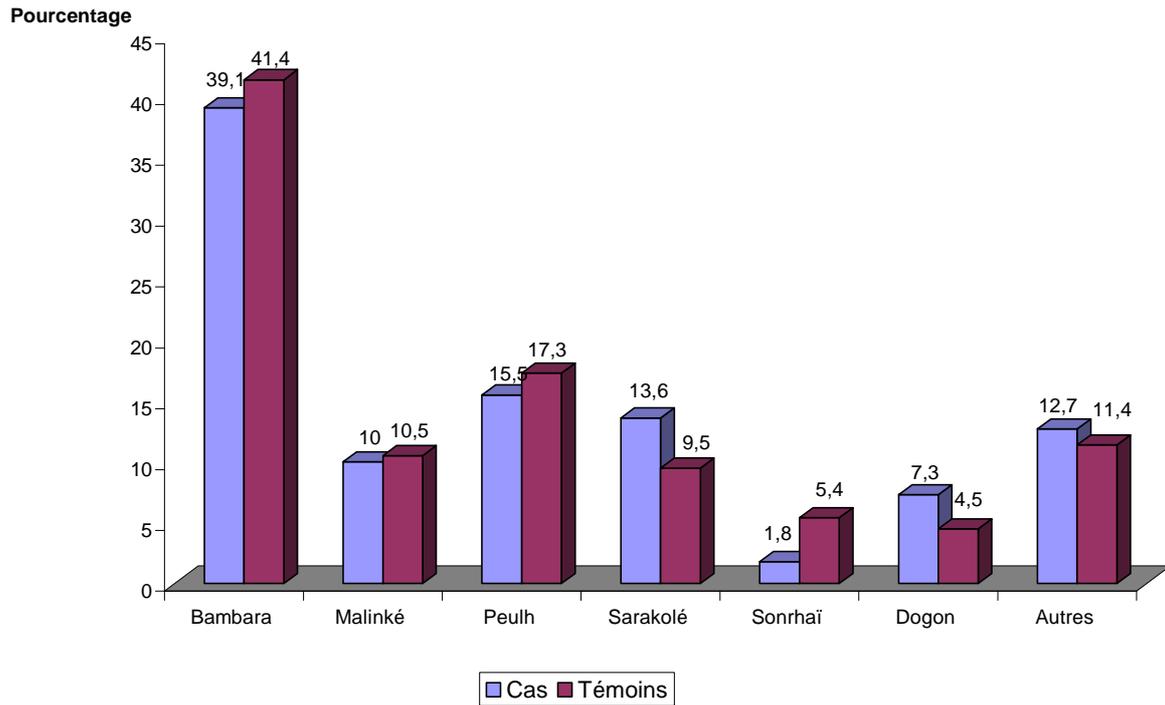
Tableau II: Répartition des femmes selon la provenance.

Provenance	Cas		Témoins	
	N	%	N	%
Commune V	73	66,4	163	74,1
Autres communes de Bamako	35	31,8	42	19,1
Hors Bamako	2	1,8	15	6,8
Total	110	100	220	100
Khi2= 9,26		p=0,0097		

Tableau III: Répartition des femmes selon la distance estimée entre leur domicile et le centre.

Distance estimée (km)	Cas		Témoins	
	N	%	N	%
0-1	13	11,8	26	11,8
2-5	85	77,3	161	73,2
6 et plus	12	10,9	33	15
Total	110	100	220	100

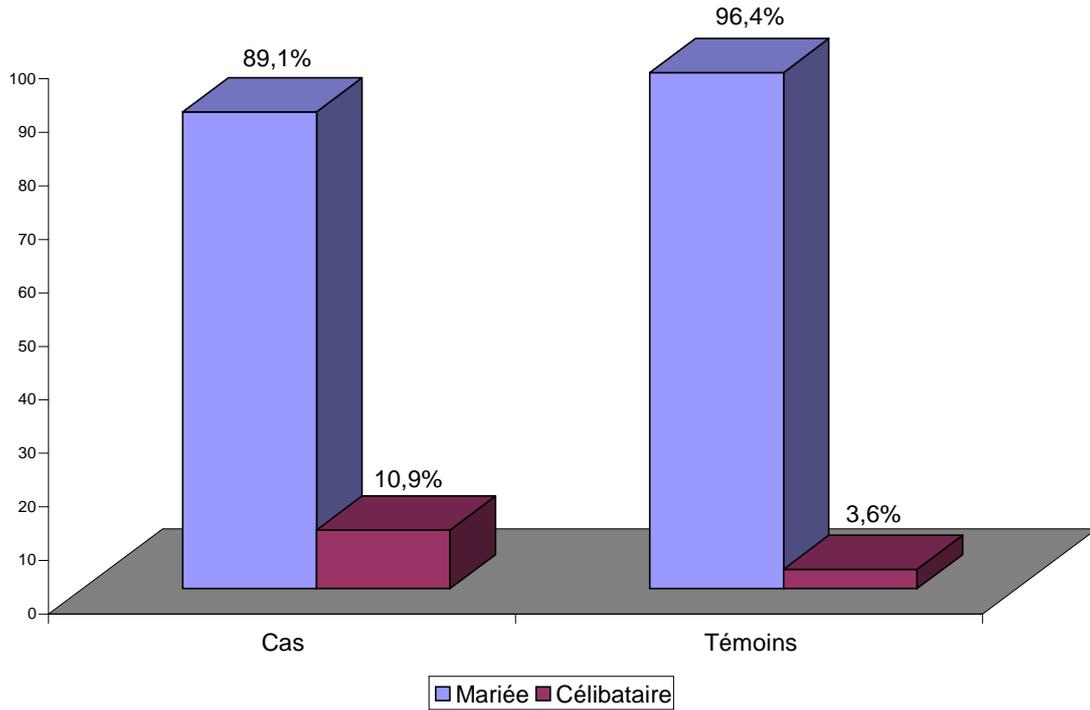
La distance moyenne est de 5,5 km avec des extrêmes de 1-10 km.



Khi2= 0,88 OR 0,88 [0,53-1,43] p=0,572383

Autres : Bobo, Minianka, Dafing.

Figure 22: Répartition des femmes selon l'ethnie.



Chi²=6,81 p=0,00905 OR=0,31 [0,11- 0,85]

Figure 23: Répartition des cas et des témoins selon le statut matrimonial.

Tableau IV: Répartition des femmes selon leur profession.

Profession	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Ménagère	83	75,5	154	70	0,299	1,32[0,76-2,31]
Elève/Etudiante	7	6,4	38	17,3	0,0064	0,33 [0,12-0,78]
Vendeuse	10	9,1	18	8,2	0,779	1,12 [0,45-2,68]
Fonctionnaire	1	0,9	4	1,8	-	
Autres	9	8,2	6	2,7	-	
Total	110	100	220	100		

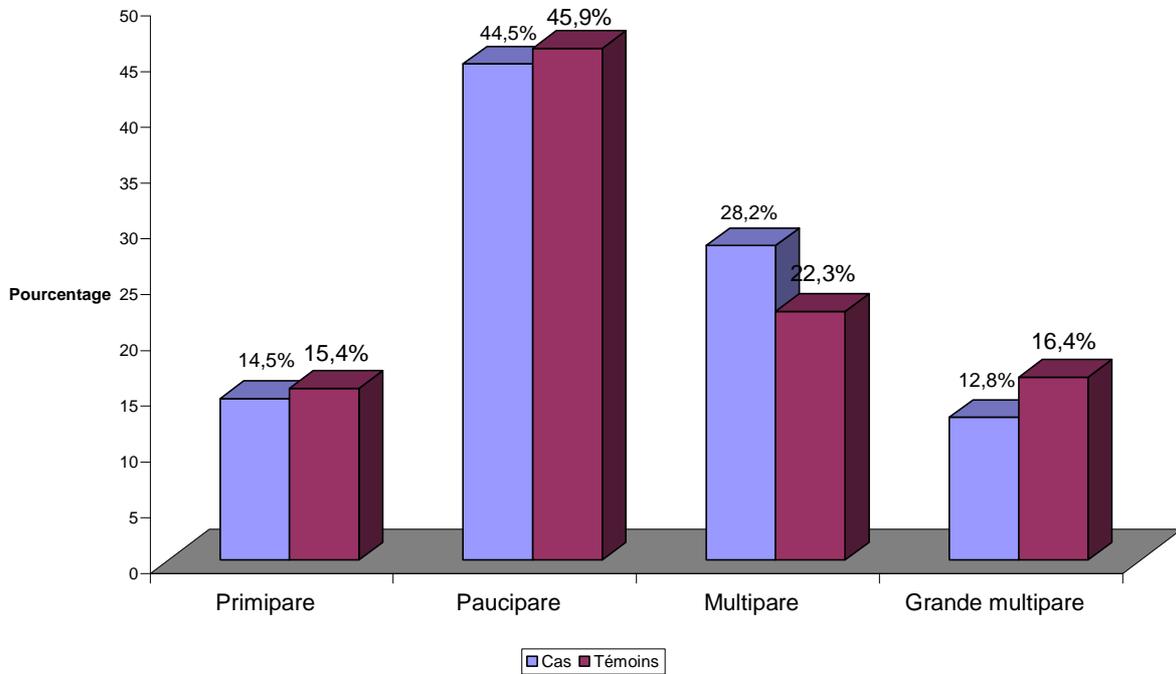
Autres : teinturières, coiffeuses.

Tableau V: Répartition des femmes selon la notion d’instruction.

Notion d’instruction	Cas		Témoins	
	N	%	n	%
Instruite	23	20,9	84	38,1
Non instruite	87	79,1	136	61,9
Total	110	100	220	100
	p=0,0015	OR=2,34[1,34-4,18]		

3. CLINIQUE :

3.1. LES ANTECEDENTS :



Khi2=6,21 OR=1,80 [1,10-2,96] p=0,0127

Figure 24 : Répartition des femmes selon la parité.

Tableau VI : Répartition des femmes selon le nombre d'enfants vivants.

Nombre enfants vivants	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	N	%	n	%		
0	2	1,8	1	0,5	-	
1-3	69	62,7	144	65,3	0,625	0,89[0,54-1,47]
4-6	34	31	59	26,8	0,436	1,22[0,71-2,07]
≥ 7	5	4,5	16	7,4	0,338	0,61[0,17-1,80]
Total	110	100	220	100		

Tableau VII : Répartition des femmes selon l'intervalle inter génésique.

Intervalle inter génésique	Cas		Témoins	
	N	%	n	%
<2 ans	76	69,1	138	62,7
≥2 ans	34	30,9	82	37,3
Total	110	100	220	100

p=0,253 OR=1,33 [0,80-2,24]

Tableau VIII : Répartition des femmes en fonction des antécédents de mort-nés.

Antécédents de mort-né	Cas		Témoins	
	N	%	n	%
Oui	8	7,3	6	3
Non	102	92,7	214	97
Total	110	100	220	100

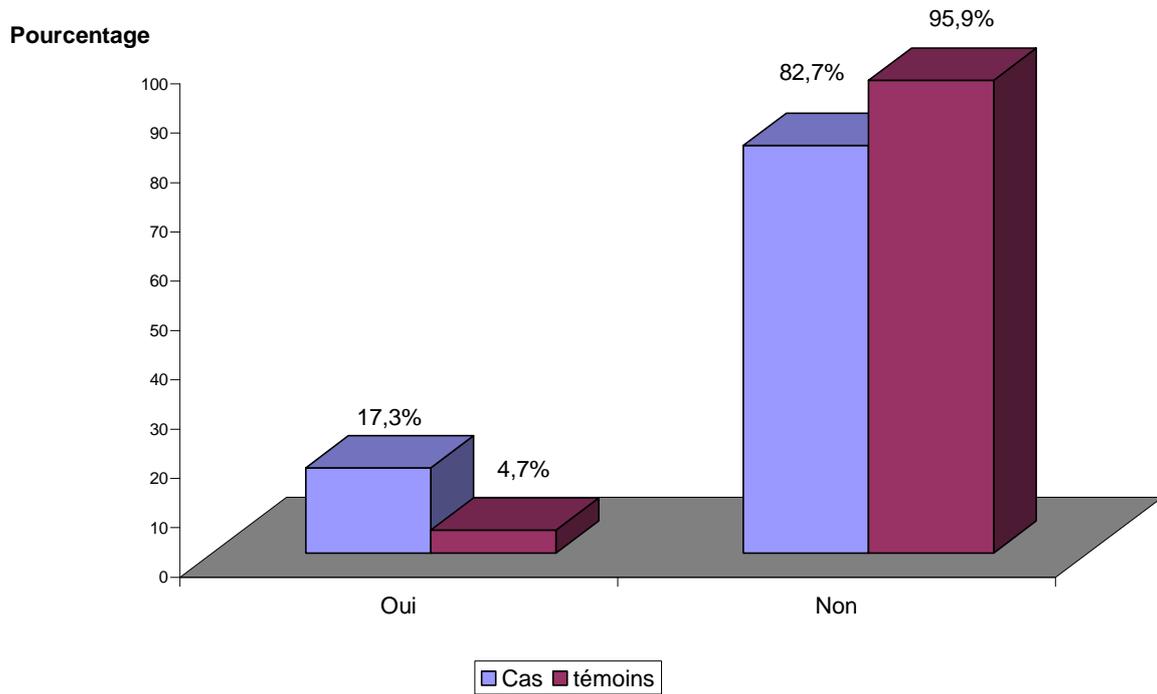
p=0,053 OR=2,80 [0,82-10,02]

Tableau IX: Répartition des femmes en fonction des antécédents d'avortements spontanés.

Antécédents d'avortement	Cas		Témoins	
	N	%	n	%
Oui	13	11,8	18	8,2
Non	97	88,2	202	91,8
Total	110	100	220	100

p=0,2858 OR=1,50 [0,6-3,40]

• **ATCD d'accouchement à domicile (AAD)**



p=0,000051 OR=4,89[2,01-12,71]

Figure 25: Répartition des femmes en fonction des AAD.

Tableau X: Répartition des femmes en fonction des antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Cas		Témoins	
	N	%	n	%
HTA	4	3,6	30	13,6
Drépanocytose	3	2,8	2	0,9
Asthme	4	3,6	3	1,4
VIH	4	3,6	4	1,8
Diabète	3	2,8	1	0,5
Aucun	92	83,6	180	81,8
Total	110	100	220	100

p=0,075 OR=0,44 [0,15-1,14]

Tableau XI : Répartition des femmes en fonction des antécédents chirurgicaux.

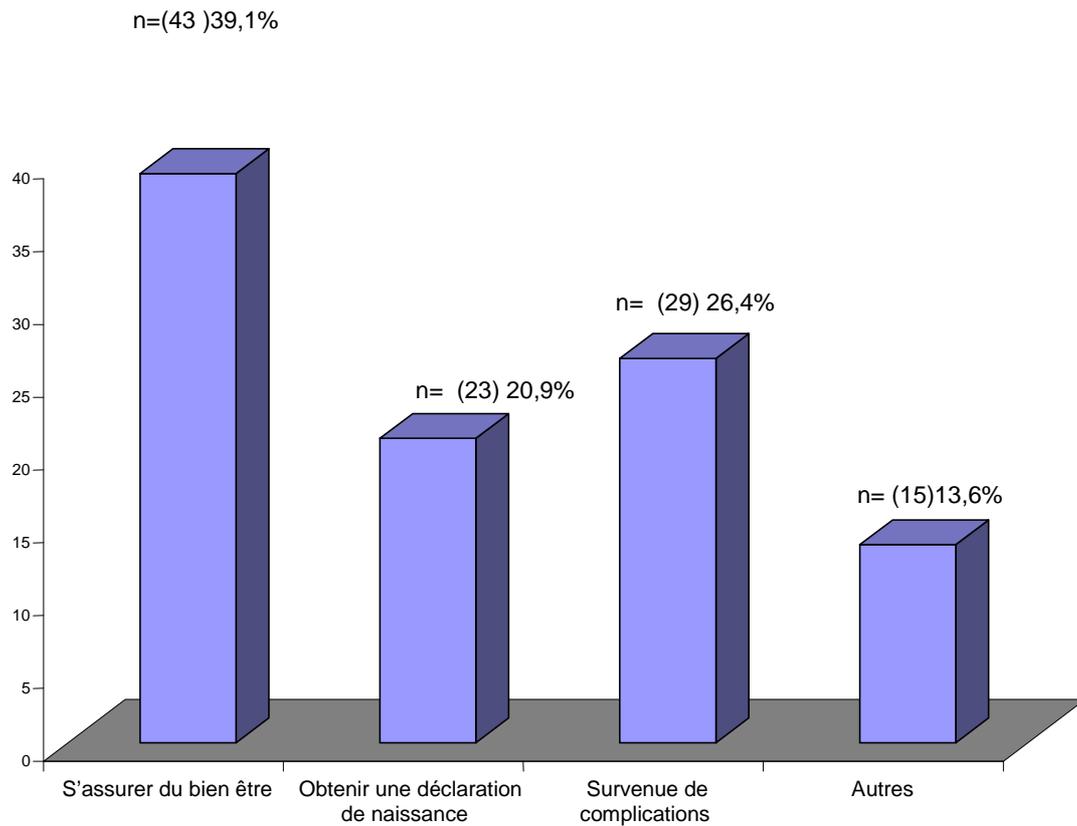
Antécédents chirurgicaux	Cas		Témoins	
	N	%	n	%
Césarienne	5	4,5	14	6,4
Laparotomie	2	1,8	4	1,8
Aucun	103	93,7	202	91,8
Total	110	100	220	100
P=0,556		OR=0,76[0,26-1,98]		

Tableau XII : Répartition des femmes selon la profession du procréateur.

Profession du procréateur	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	n	%	n	%		
Cultivateur	17	15,4	9	4,1	0,299	1,32[0,76-2,31]
Ouvrier	40	36,4	63	28,6	0,0064	0,33 [0,12-0,78]
Vendeur	20	18,2	57	25,9	0,779	1,12 [0,45-2,68]
Fonctionnaire	11	10	41	18,6	0,042	0,49[0,22-1,02]
Chauffeur	9	8,2	16	7,3	0,768	1,14[0,43-2,84]
Elève/Etudiant	3	2,7	6	2,7	-	
Autres	10	9,1	28	12,7	-	
Total	110	100	220	100		

Autres : coiffeurs, Artistes.

3.2. Motif d'admission :



Autres : Obligée par les parents

Figure 26 : Répartition des femmes selon le motif de consultation après accouchement à domicile.

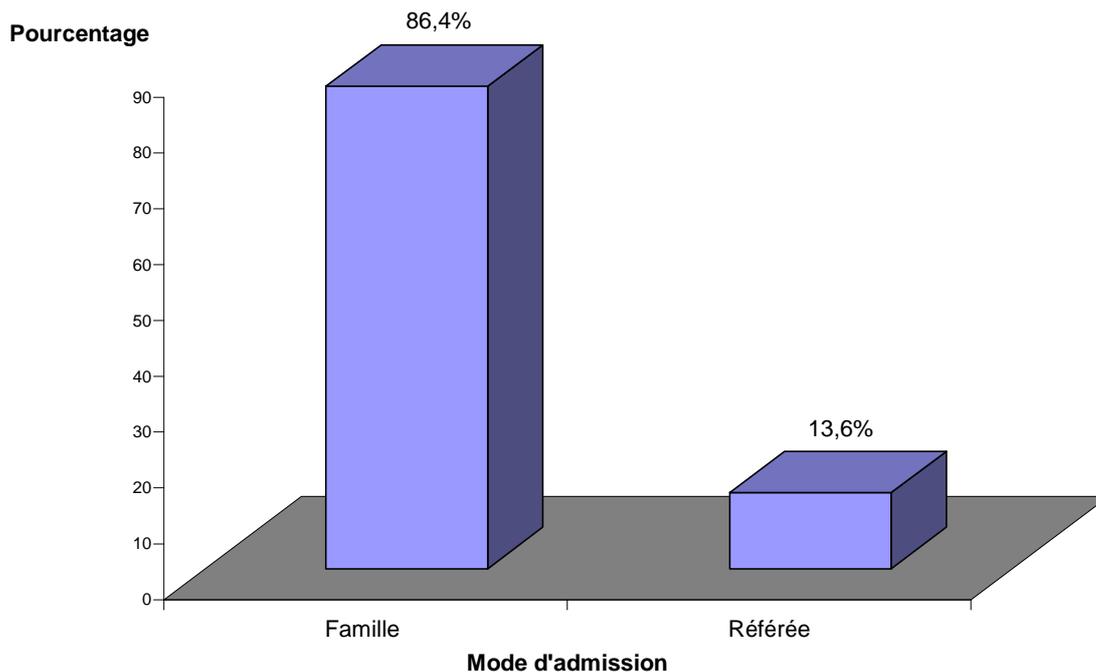


Figure 27 : Répartition des femmes selon le mode d'admission.

3.3. Suivi prénatal :

Tableau XIII: Répartition des femmes en fonction de la notion du suivi prénatal.

Notion de Suivi prénatal	Cas		Témoins	
	N	%	n	%
Aucun suivi prénatal	42	38,2	25	11,4
Suivi prénatal	68	61,8	195	88,6
Total	110	100	220	100

$p=10^{-7}$ OR=4,82 [2,63- 8,87]

Tableau XIV: Répartition des femmes suivies selon la connaissance du plan d'accouchement.

Connaissance du plan d'accouchement	Cas N=68		Témoins N=195	
	N	%	N	%
	Oui	65	95,6	195
Non	3	4,4	0	0
Total	68	100	195	100

Tableau XV: Répartition des femmes en fonction de la qualification des prestataires des CPN.

Auteur des CPN	Cas N=68		Témoins N=195		p	OR-IC
	N	%	N	%		
Sage-femme	52	76,5	136	69,7	0,290	1,41[0,72-2,87]
Matrone	14	20,6	30	15,4	0,322	1,43[0,65-3,01]
Médecin	2	2,9	28	14,4	-	
Infirmière	0	0	1	0,5	-	
Total	68	100	195	100		

Tableau XVI: Répartition des femmes selon le lieu des CPN.

Lieu des CPN	Cas		Témoins		p	OR-IC
	N	%	n	%		
CSCom	30	27,3	72	32,7	0,312	0,77[0,45-1,31]
CSRéf	36	32,7	115	52,3	0,00078	0,44[0,27-0,73]
Clinique privée	2	1,8	8	3,6	-	
Aucun	42	38,2	25	11,4	10^{-7}	4,82[2,63-8,87]
Total	110	100	220	100		

Tableau XVII: Répartition des femmes en fonction du statut vaccinal (VAT).

Statut vaccinal	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Vaccinées	50	45,5	170	77,3
Non vaccinées	60	54,5	50	22,7
Total	110	100	220	100

$p=10^{-7}$ OR=0,25 [0,15-0,41]

3.4. Conditions de l'accouchement :

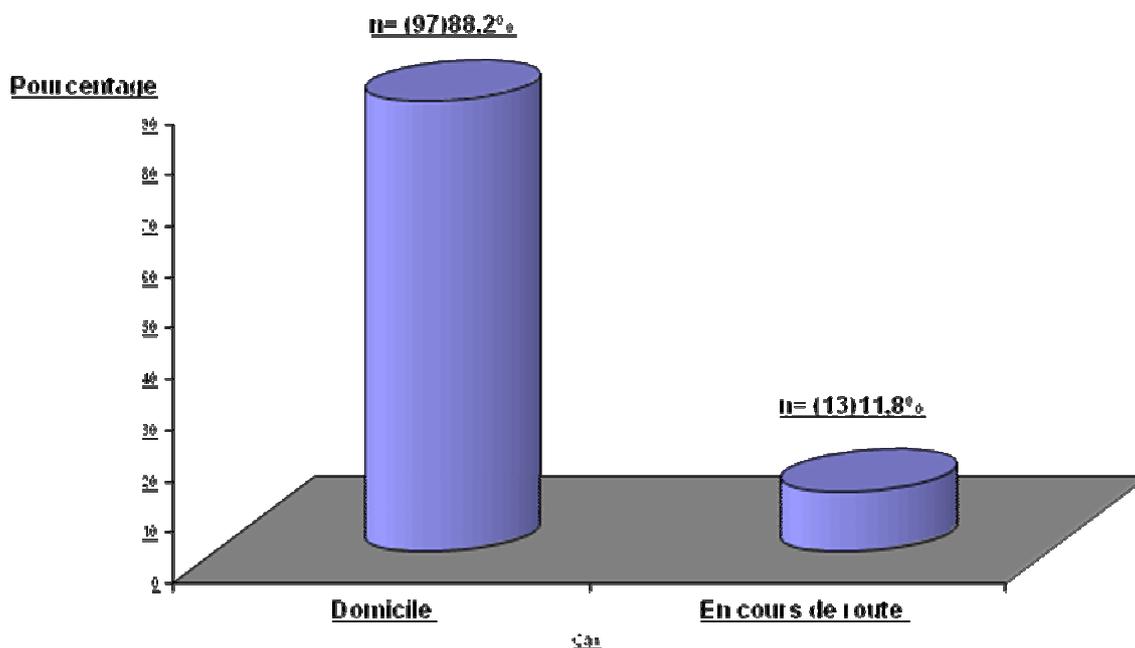


Figure 28: Répartition des cas selon le lieu d'accouchement.

8% des patientes ont accouché dans un taxi ;

3,8% des patientes ont accouché dans un véhicule personnel.

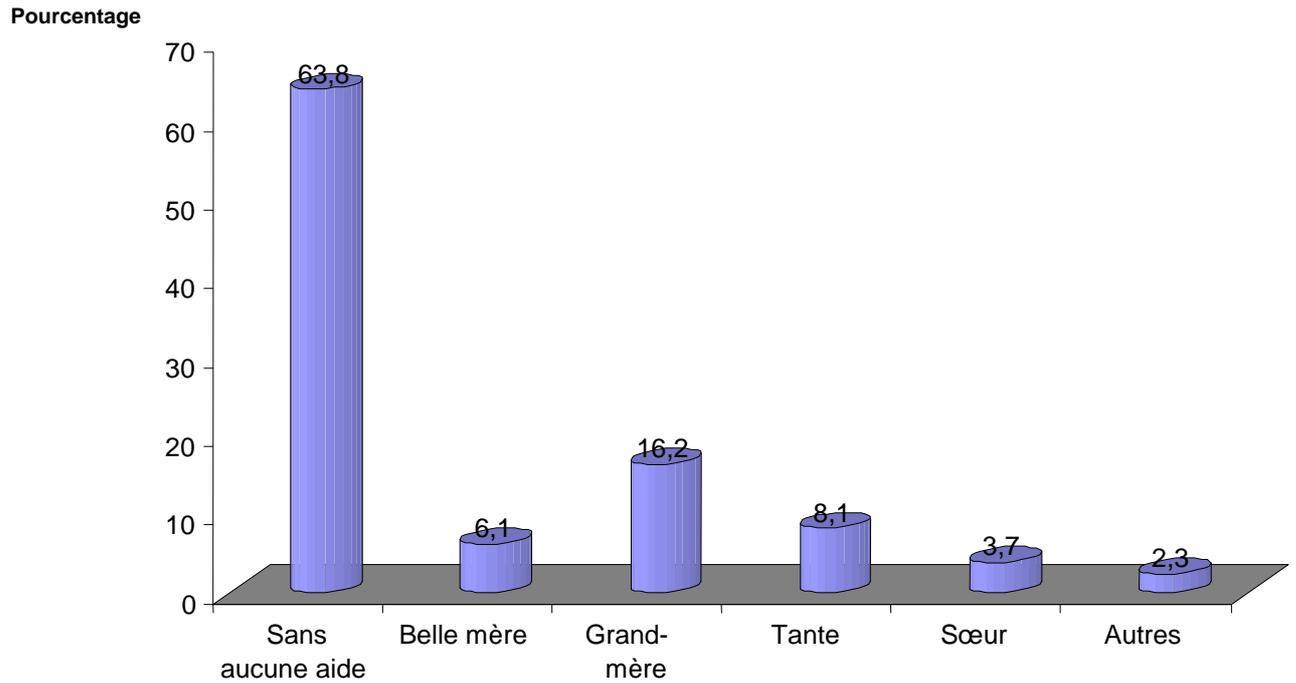


Figure 29: Répartition des femmes selon le caractère assisté de l'accouchement hors maternité.

Autres : Amies, Voisines.

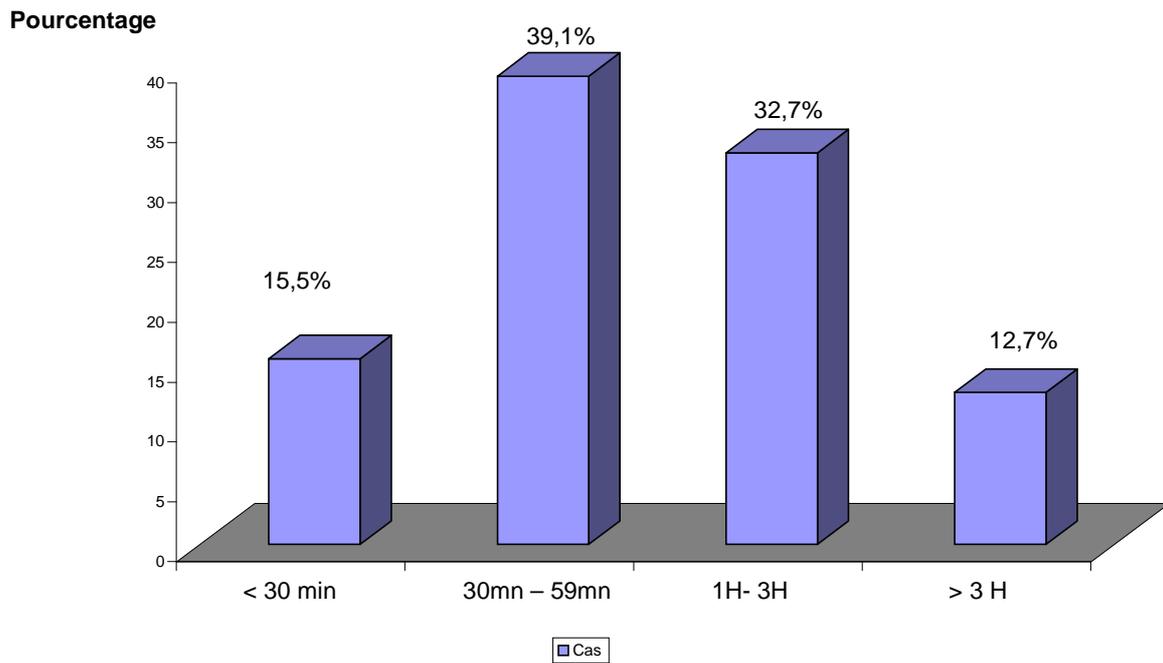


Figure 30: Répartition des femmes en fonction du délai d'admission au CSREF CV et l'heure dite de l'accouchement.

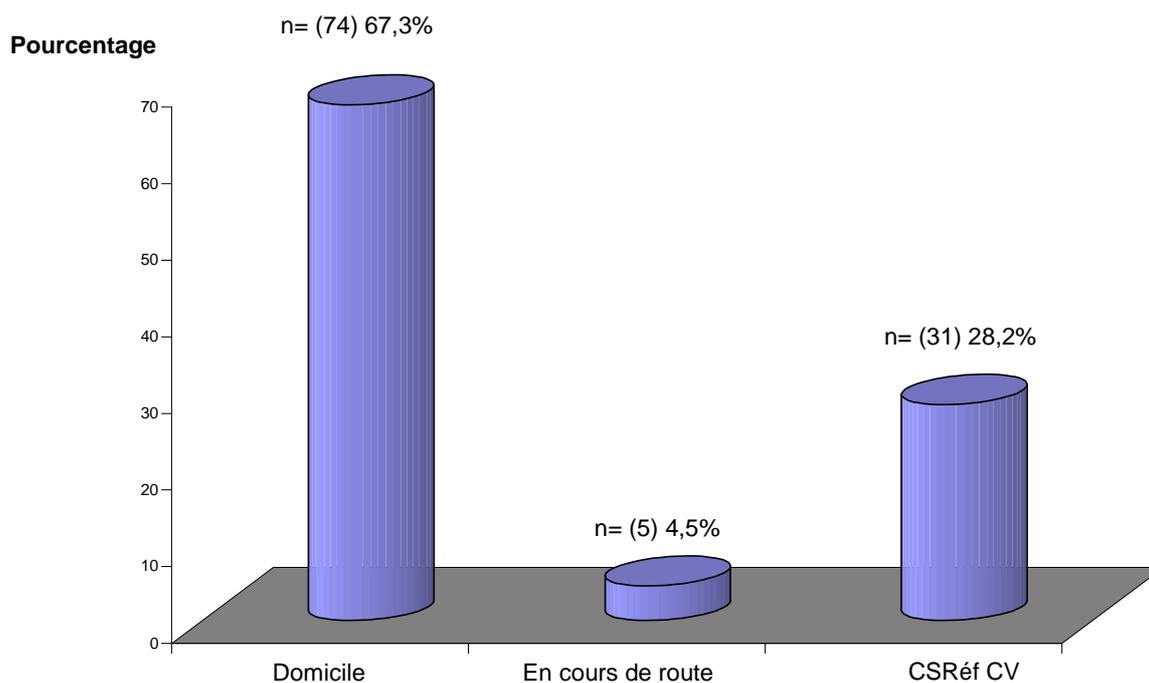
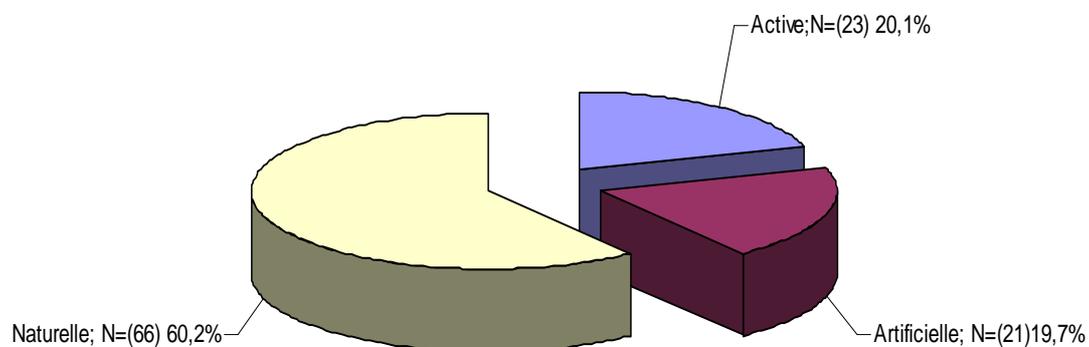
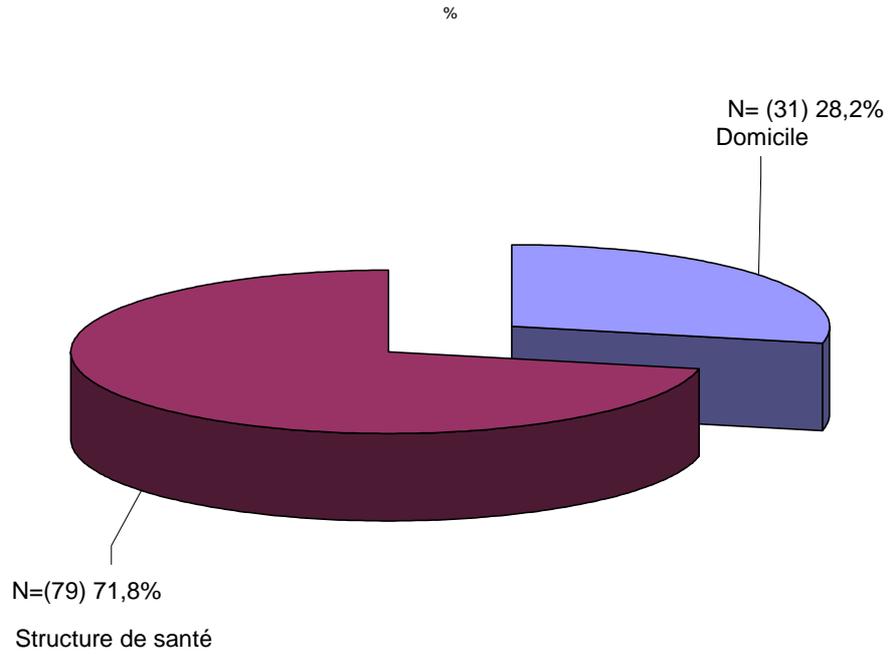


Figure 31: Répartition des cas selon le lieu de la délivrance.



Type de délivrance

Figure 32: Répartition des femmes selon le type de délivrance.



Les 28,2% dont la section du cordon a eu lieu à domicile ont reçu le sérum anti tétanique.

Figure 33: Répartition des femmes en fonction du lieu de la section du cordon.

Tableau XVIII: Répartition des cas selon la qualification de celui qui a fait la section du cordon.

Auteur de section du cordon	Effectif	Pourcentage (%)
Elle-même	2	1,8
Parents	29	26,4
Personnel de santé au CSRéf CV	79	71,8
Total	110	100

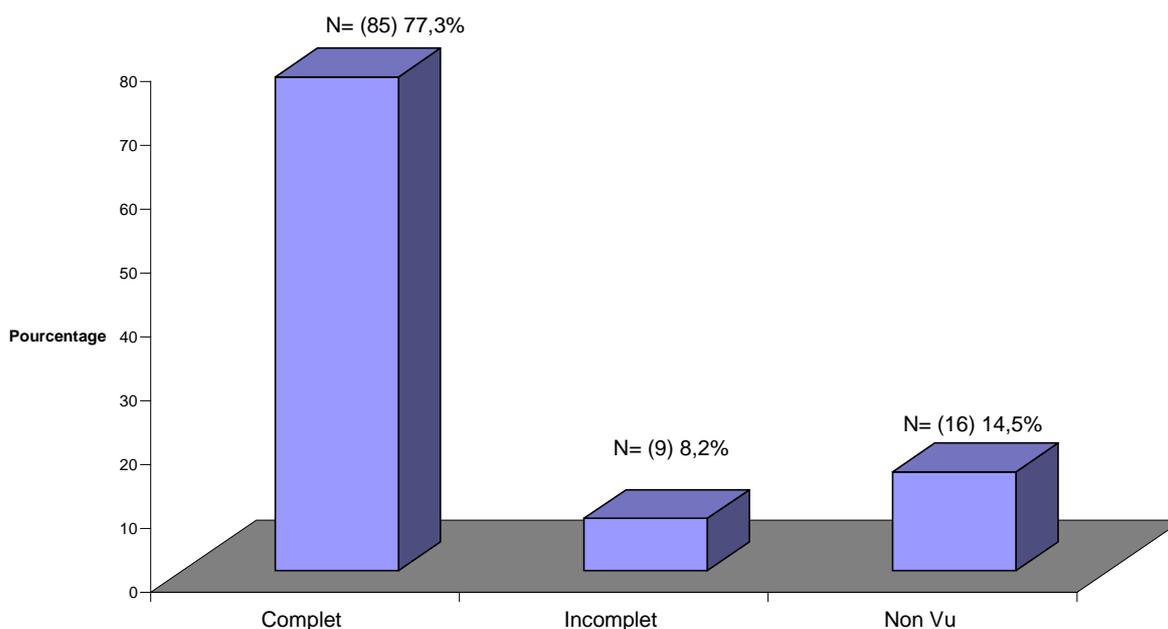


Figure 34: Répartition des cas selon l'état du placenta à l'admission.

3.5. Complications maternelles

Tableau XIX: Répartition des femmes selon l'existence de complications obstétricales.

Complications obstétricales	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	74	67,3	22	10
Non	36	32,7	198	90
Total	110	100	220	100

$p=10^{-7}$ OR=18,50 [9,84-35,12]

Tableau XX: Répartition des femmes en fonction du type de complications.

Complications	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	N=74		N=22			
	N	%	N	%		
HPPI par atonie utérine	30	40,6	8	36,4	0,722	1,19[0,41-3,71]
Lésions périnéales	16	21,6	10	45,5	0,027	0,33[0,11-1,04]
Déchirure col	2	2,7	0	0	-	
Lésions vaginales	2	2,7	0	0	-	
Rétention placentaire	10	13,5	2	9,1	-	
Rupture utérine	0	0	0	0	-	
Anémie clinique	10	13,5	2	9	-	
Infection	4	5,4	0	0	-	
Total	74	100	22	100		

Tableau XXI: Répartition des femmes selon les suites de couches immédiates.

Suites de couches immédiates	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Simple	92	83,6	216	98,2
Complicées	18	16,4	4	1,8
Total	110	100	220	100

p=0,0000006

OR=0,09[0,02-0,30]

Tableau XXII: Répartition des femmes ayant été hospitalisées.

Hospitalisation	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	18	16,4	4	1,8
Non	92	83,6	216	98,2
Total	110	100	220	100

KHI2= 24,94 p=0,0000006 OR=10,57 [13,33-43,76]

- **Cause d'hospitalisations :**

L'anémie clinique représentait la première cause d'hospitalisation avec un taux de 9,1% pour les cas contre 0,5% pour les témoins.

Trois femmes soit 2,8% de la série des cas ont subi une transfusion sanguine de sang iso groupe iso rhésus.

Tableau XXIII: Répartition des cas et des témoins selon la révision utérine.

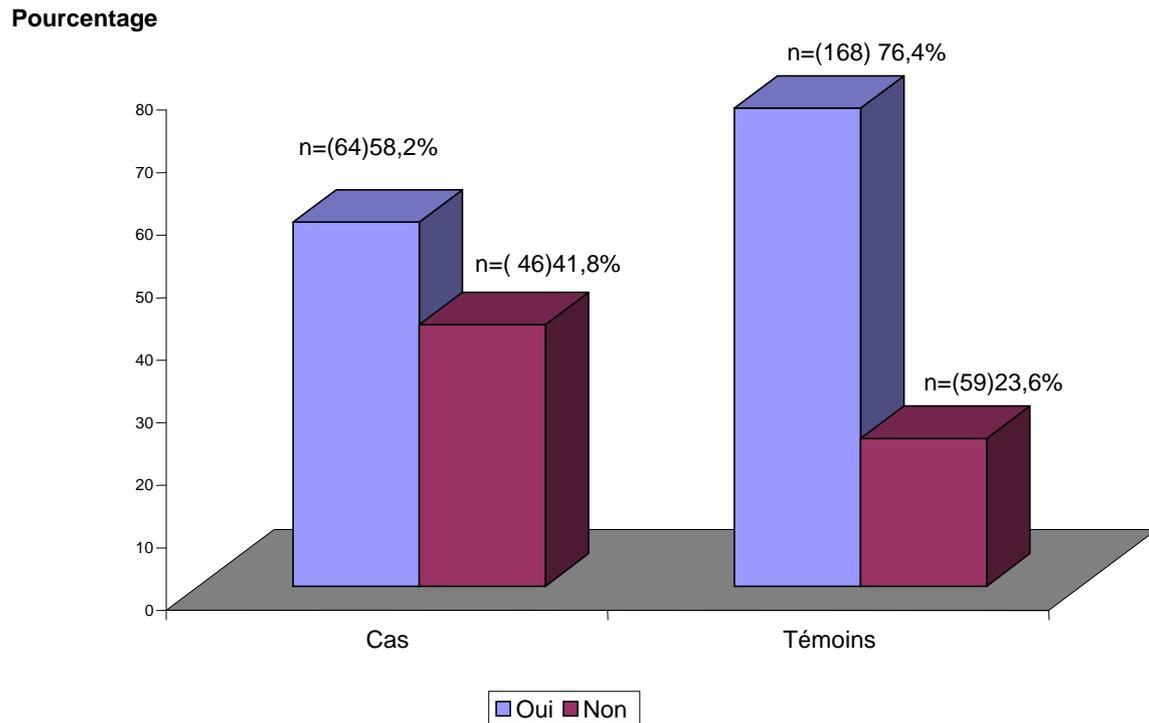
Révision utérine	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	97	88,2	8	3,6
Non	13	11,8	212	96,4
Total	110	100	220	100

$p=10^{-7}$ OR=33,70 [19,39-59,07]

Tableau XXIV: Répartition des cas selon les raisons d'accouchement hors maternité.

Raisons d'accouchement hors maternité	Effectif	Pourcentage (%)
Surprise par le travail d'accouchement	29	26,4
Manque de moyen financier	15	13,6
Manque de moyen de transport	6	5,5
Absence de mari ou des parents	17	15,5
Ne voulait pas venir tôt	36	32,7
Ne voudrait pas de la grossesse	1	0,9
Autres	6	5,5
Total	110	100

Autres : Ignorance du travail, Grossesse non suivie, Grossesse non à terme



p=0,00065 OR=0,43[0,26-0,73]

Figure 35: Répartition des cas et témoins selon la connaissance des inconvénients liés à l'accouchement non assisté.

Les inconvénients cités sont : l'hémorragie, les traumatismes génitaux et fœtaux, le décès maternel et néonatal.

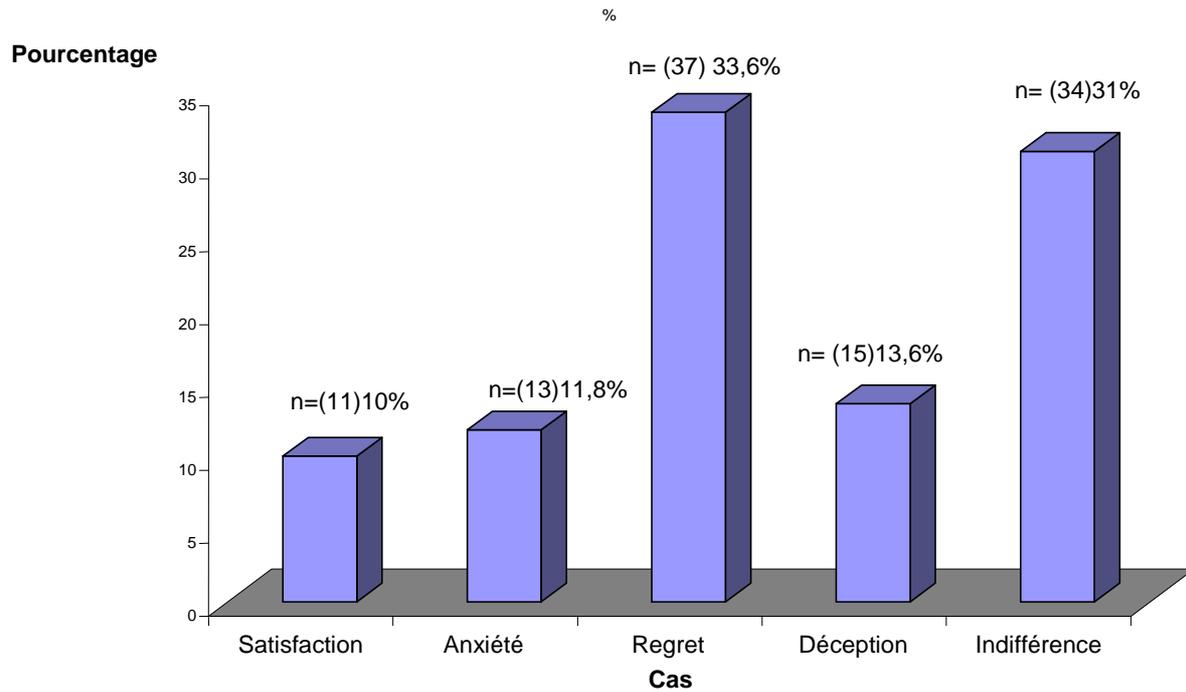
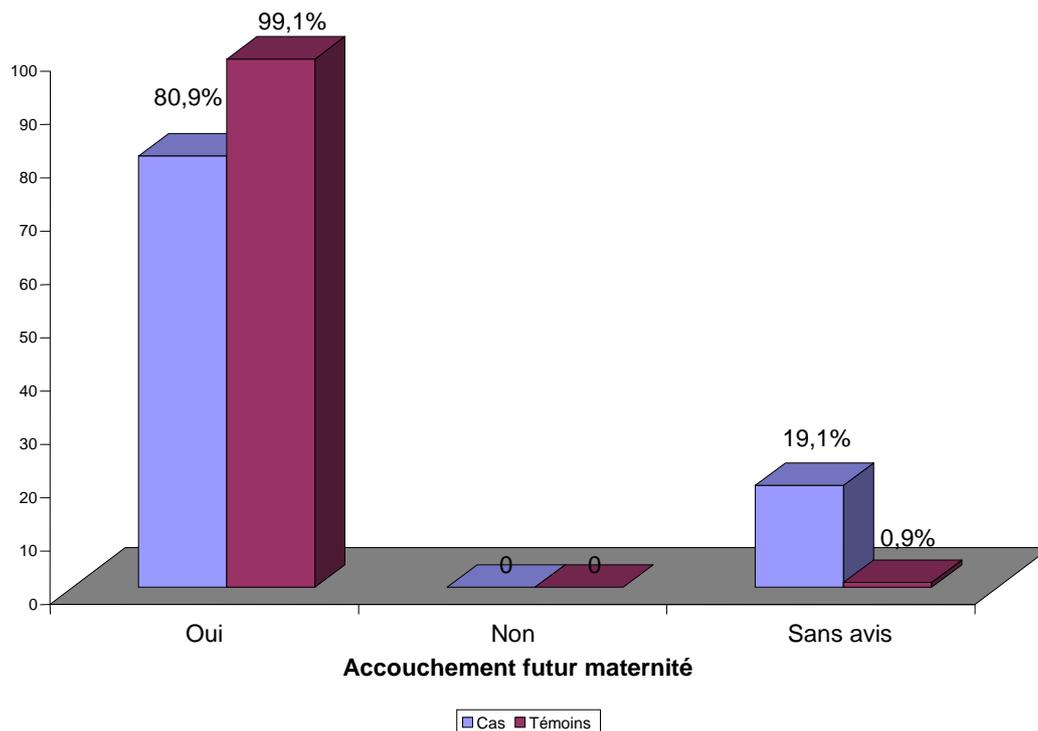


Figure 36: Répartition des femmes selon le sentiment après l'accouchement hors maternité.



Un utérus cicatriciel n’a pas voulu se prononcer par rapport au prochain site d’accouchement.

Figure 37: Répartition des femmes en fonction du site du prochain accouchement.

4. Pronostic fœtal :

Tableau XXV: Répartition des nouveau-nés selon le nombre de naissance.

Nombre de naissance	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Mono fœtale	109	99,1	216	98,2
Gémellaire	1	0,9	4	1,8
Total	110	100	220	100
p=0,523		OR=2,02[0,20-100,31]		

Tableau XXVI: Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'APGAR à l'admission.

Score d'APGAR à l'admission	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
0	5	4,5	0	0
<8	7	6,3	8	3,6
≥8	99	89,2	216	96,4
Total	111	100	224	100
Khi2=11,74		p=0,0028		

Tableau XXVII: Répartition en fonction du pronostic vital périnatal.

Pronostic périnatal	Cas		Témoins	
	N	%	N	%
Vivant	102	91,9	223	99,1
Mort-né	5	4,5	0	0
Décédé	4	3,6	1	0,9
Total	111	100	224	100
p=0,00010		OR=0,05[0,00-0,38]		

Tableau XXVIII: Répartition des nouveau-nés en fonction du poids de naissance.

Poids de naissance	Cas		Témoins	
	N	%	N	%
<2500	20	18	17	7,6
2500-3999	91	82	200	89,3
≥4000	0		7	3,1
Total	111	100	224	100
P=0,0041		OR=2,68[1,26-5,70]		

Tableau XXIX: Répartition des nouveau-nés en fonction des malformations décelées.

Type de malformation	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Anencéphalie	1	33,3	0	0
Doigt surnuméraire	2	66,7	0	0
Poly malformation	0	0	1	100
Total	3	100	1	100

Tableau XXX : Répartition des nouveau-nés en fonction de la réanimation à l'admission.

Nouveau-né réanimé	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	12	10	3	1,3
Non	99	90	221	98,7
Total	111	100	224	100

p=0,402 OR=5,26 [2,13-14,15]

Tableau XXXI: Répartition des nouveau-nés en fonction de la référence à la néonatalogie.

Nouveau-né référé	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	102	91,9	40	17,9
Non	9	8,1	184	82,1
Total	111	100	224	100

$p=10^{-7}$ OR=52,13 [23,46-125,18]

Tableau XXXII: Répartition des nouveau-nés selon la morbidité

Morbidité néonatale	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	n	%	n	%		
Prématurité	12	34,3	10	30,3	0,72	1,20[0,39-3,78]
SNN	12	34,3	8	24,2	0,36	1,63[0,50-5,47]
Macrosomie	0	0	7	21,2	-	
Hypotrophie	8	22,9	7	21,2	0,87	1,10[0,30-4,13]
Malformation	3	8,5	1	3,1	-	
Total	35	100	33	100		

Tableau XXXIII: Répartition des morts néonatales précoces selon l'étiologie

Etiologie	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	n	%	n	%		
SNN	3	75	0	0	-	
SNN+malformation	1	25	1	100	-	
Total	4	100	1	100		

- **Prise en charge de la femme :**

- ✓ accueil
- ✓ effectuer un examen général et obstétrical,
- ✓ prise de voies veineuses si hémorragie+++ et groupage rhésus, taux d'hémoglobine,
- ✓ délivrance et/ou révision utérine,
- ✓ ocytociques et/ou utéro toniques en l'absence de contre indication,
- ✓ massage utérin,
- ✓ sondage vésical
- ✓ antibiothérapie à large spectre,
- ✓ sérum antitétanique et ou vaccin antitétanique selon le statut vaccinal de la patiente,
- ✓ NFS 48 heures plus tard,
- ✓ Conseils pour le changement de comportement (CCC).

- **Prise en charge du nouveau-né :**

Si nouveau-né mort :

- ✓ Examen de confirmation du décès,
- ✓ Délivrance d'un certificat de décès,
- ✓ Transfert du corps à la morgue ou à la disposition des parents.

Si nouveau-né vivant vu est en bon état (respire bien ou crie, bon tonus musculaire, liquide amniotique clair, grossesse à terme) :

- ✓ tenir le bébé au chaud,
- ✓ positionner le bébé et dégager les voies respiratoires,
- ✓ sécher le bébé,
- ✓ jeter les serviettes ou les linges mouillés,
- ✓ stimuler le bébé.

Si nouveau-né vu mais pas en bon état (c'est-à-dire un des éléments sus cité manque), il faut :

- ✓ fournir de la chaleur,
- ✓ Positionner le nouveau-né et dégager les voies respiratoires,
- ✓ Sécher stimuler le nouveau-né.

Réévaluer la respiration, la fréquence cardiaque et la coloration :

Si fréquence cardiaque > 100 et nouveau-né rose apporter les soins de soutien (fournir de la chaleur, sécher le nouveau-né)

Si respiration anormale ou fréquence cardiaque < 100

- ✓ Fournir de l'assistance respiratoire.

NB : l'administration de la vitamine K1 et d'antibiotique collyre dans les yeux des nouveau-nés était systématique.

Le sérum anti tétanique était administré aux nouveau-nés si la maman n'était pas immunisée ou en cas de matériels non stériles utilisés pour la section du cordon.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. La fréquence :

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 9258 accouchements dont 110 accouchements hors maternité soit une fréquence de 1,19%.

Diarra N [2] notait une fréquence de 4,02% dans une étude rétrospective sur trois ans et demi réalisée au sein de la même structure en 2001.

Malam H [28] au Niger relevait une fréquence de 11% contre 1,28% au centre hospitalier universitaire yalgado au Burkina Faso au cours d'une étude réalisée par **Bonane et collaborateurs** [29].

Kitsa et Coll [30] au Cap Town (Afrique du Sud) trouvaient une fréquence de 8%, **Maguiraga** [23] a trouvé dans sa série une fréquence de 3,3%,

Wiegers [31] a trouvé une fréquence de 31% en Hollande.

Ouologuem A [32] a trouvé une fréquence de 3,8% dans une étude descriptive prospective cas-témoins sur un an réalisée à la maternité du CSRéf CI du district de Bamako au Mali.

Nous remarquons que les variations des fréquences des accouchements hors maternités sont fortement corrélées au niveau de développement des pays.

Dans les pays en développement comme le Mali, la fréquence élevée d'accouchements hors maternité peut s'expliquer surtout par les pesanteurs socioculturelles et l'ignorance des risques liés à l'accouchement hors maternité. [8].

2. Profil sociodémographique :

2.1. Répartition mensuelle des accouchements hors maternité :

Les conditions climatiques défavorables au mois de juin pourraient expliquer le fait qu'on a enregistré plus d'accouchement hors maternité le mois de juin.

Ouologuem A [32] a abouti à la même conclusion.

2.2. Age et Parité :

Notre étude a retrouvé un taux de 69,1% entre 20-34 ans avec un âge moyen de 24,9 ans \pm 5,9 avec des extrêmes de 14ans et 45ans.

Diarra N [2] notait une moyenne d'âge de 27,4 ans ; **Olivier S.** [33] notait une moyenne d'âge de 27,5 ans et **Malam H** [28] 27,7 ans. Cette disparité de résultat pourrait s'expliquer par les tranches d'âge retenues dans notre étude qui différaient de celles des autres.

La multiparité majorait le risque d'accouchement à domicile, car les multipares ont une durée de travail d'accouchement relativement courte et également la croyance d'une notion « d'expérience acquise » lors des accouchements précédents [8].

2.3. Distance estimée entre le domicile et le CS Réf CV:

Hirsch [34] a conclu que l'accouchement hors maternité n'était pas lié à la distance qui sépare le domicile des patientes et le centre de santé d'accueil car les deux tiers des femmes de son étude habitaient à moins de 15 minutes de la structure sanitaire où elles avaient été admises. Nous avons abouti à la même conclusion, et nous dirons que la méconnaissance du travail d'accouchement, le manque d'information lors des consultations prénatales et/ou l'absence des consultations prénatales pourraient expliquer cette pratique.

Les femmes ayant fait au moins une consultation prénatale en fin de grossesse connaissaient le plan d'accouchement soit 95,6% des cas.

L'absence des consultations prénatales pouvait multiplier le risque d'accouchement hors maternité par 4,82 ($p < 0,0000$; OR=4,82 ; IC95%= [2,06-8,87]).

2.4. Statut matrimonial :

L'absence du mari majore le risque d'accouchement hors maternité. Ainsi au cours de notre étude l'accouchement hors maternité a été plus fréquent chez les cas célibataires (10,9%) que chez les témoins célibataires (3,6%) avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p = 0,0090$).

Le célibat est un facteur de risque de non recourt aux soins de santé, car ces filles mères sont le plus souvent rejetées par leurs familles qui considèrent la grossesse hors mariage comme étant une honte sociale. En outre ces patientes célibataires manquent de ressources financières pour aller accoucher dans une structure sanitaire.

2.5. Profession de la femme :

Les occupations professionnelles de la patiente peuvent constituer une entrave à l'accès aux soins.

Ainsi, certaines occupations professionnelles font que ces femmes soient très exposées :

- Les ménagères : ($p < 0,299$; OR=1,32 ; IC95%= [0,76-2,31])
- Elèves/Étudiants : ($p < 0,006$; OR=0,33 ; IC95%= [0,12-0,78])
- Les vendeuses : ($p < 0,779$; OR=1,12 ; IC= [0,45-2,68])

Diarra N [2] dans son travail a abouti à la même conclusion en ce qui concerne les ménagères. Cela pourrait s'expliquer par la charge du travail et/ou le manque

de moyens financiers les empêchant d'aller accoucher dans une structure sanitaire.

2.6. Niveau d'instruction :

Dans les deux groupes, la majorité des patientes n'était pas instruite.

Nous avons noté une différence statistiquement significative entre le niveau d'instruction et les accouchements non assistés à domicile. Les patientes non instruites avaient un risque plus élevé d'accoucher à domicile : $p=0,0015$; $OR=2,34$; $IC95\% = [1,33-4,18]$. **Touré.B [8]** dans son travail avait trouvé que le niveau d'instruction constituait un facteur de risque d'exposition à l'accouchement hors maternité ; et que ce risque pouvait être multiplié par 5,05 chez les patientes analphabètes.

2.7. Profession du procréateur :

Dans une société où la plupart des femmes sont financièrement dépendantes de leurs maris, il est tout à fait compréhensible que l'occupation du procréateur ait une influence sur les accouchements hors maternité. Ainsi certains ordres professionnels ont une influence positive sur les accouchements hors maternité tels que :

- La profession de cultivateur : ($p=0,299$; $OR=1,32$; $IC95\% = [0,76-2,31]$)
- La profession de vendeur : ($p=0,779$; $OR=1,12$; $IC95\% = [0,45-2,68]$)
- La profession de chauffeur : ($p=0,768$; $OR=1,14$; $IC95\% [0,43-2,84]$)

Ces différents ordres professionnels pourraient agir par le biais de manque de moyens financiers.

3. Pronostic :

3.1. Pronostic maternel :

- **Les complications obstétricales :**

Au cours de notre étude, les taux de l'HPPI par atonie utérine, des lésions périnéales, et de la rétention placentaire étaient respectivement 40,6% ; 21,6% ; et 13,5%.

Ouologuem A [32] a rapporté 28,3% d'HPPI par atonie utérine ; 17,7% de lésions périnéales et de 12,4% de rétention placentaire.

Alexander K [35] a rapporté 25,62% de complications obstétricales.

L'accouchement hors maternité multiplie le risque de complications obstétricales par 18,50 soit 67,3% des cas contre 10% des témoins avec une différence statistiquement significative ($p=10^{-7}$; OR=18,50[9,84-35,12]).

L'anémie clinique a été la pathologie la plus rencontrée chez les femmes ayant accouché hors maternité avec un taux de 10% des cas contre 0,5% chez les témoins.

- **Prise en charge de la femme :**

- ✓ accueil
- ✓ effectuer un examen général et obstétrical,
- ✓ prise de voies veineuses si hémorragie+++ et groupage rhésus, taux d'hémoglobine,
- ✓ délivrance et/ou révision utérine,
- ✓ ocytociques et/ou utéro toniques en l'absence de contre indication,
- ✓ massage utérin,
- ✓ sondage vésical
- ✓ antibiothérapie d'indication large,
- ✓ NFS 48 heures plus tard,
- ✓ Conseils pour le changement de comportement (CCC).

- **Décès maternels :**

Nous n'avons pas enregistré de rupture utérine ni de décès maternels en rapport avec les accouchements non assistés durant la période d'étude.

3.2. Pronostic périnatal :

- **Répartition des accouchements selon le nombre de naissance :**

L'accouchement mono-fœtal a représenté 99,1% des cas contre 98,2% chez les témoins.

La gémellité a été retrouvée dans 0,9% des cas contre 1,8% chez les témoins. Ces résultats suivent la tendance de la fréquence des grossesses mono-fœtales par rapport aux grossesses multiples.

Les différences statistiques n'étaient pas significatives ($p > 0,05$).

Ces résultats sont identiques aux résultats rapportés par **Alexander K** [35].

- **Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR :**

La majorité des nouveau-nés dans notre série avaient un score d'APGAR supérieur ou égal à 8 à l'admission ; ils ont constitué 89,2% des cas contre 96,4 chez les témoins avec une différence statistiquement entre les deux groupes ($p = 0,0028$; $\chi^2 = 11,74$).

Les mort-nés, les nouveau-nés en état de mort apparent et morbide ont représenté 10,8% chez les cas contre 3,6% chez les témoins ($p = 0,00010$; $OR = 0,05$; $IC95\% = [0,000-0,38]$) avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

L'étude effectuée au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako par **Alexander K** [35] a rapporté respectivement 63,41% de nouveau-nés ayant un score d'APGAR supérieur ou égal à 8 ; 29,27% de nouveau-nés avec un score d'APGAR < 8 ; et 7,32% de mort-nés (APGAR=0). Ce score d'APGAR mauvais par rapport à notre série est lié probablement à un retard de consultation après accouchement hors maternité.

Les gestes réalisés ont été l'aspiration des voies aériennes supérieures et la ventilation au masque.

- **La morbidité néonatale:**

La morbidité néonatale a été dominée par la prématurité avec 34,3% chez les cas contre 30,3% chez les témoins ($p= 0,72$; $OR=1,20$; $IC95\%= [0,39-3,78]$; et la souffrance néonatale avec 34,3% des cas contre 24,2% des témoins ($p=0,36$; $OR=1,63$; $IC95\%= [0,50-5,47]$).

Alexander K [35] a rapporté 26,83% de prématurité et de 29,7% de souffrance néonatale.

- **Le pronostic vital périnatal :**

- ✓ **Nouveau-nés vivants :**

Chez la majorité des femmes de notre étude les nouveau-nés étaient vivants soit 91,9% des cas contre 99,1% des témoins ($p=0,00010$; $OR= 0,05$; $IC= [0,000-0,38]$ avec une différence statistiquement significative.

- ✓ **Les mort-nés :**

Ils représentaient 4,5% chez les cas contre 0% chez les témoins.

Alexander K [35] a rapporté 75,79% de nouveau-nés vivants.

- **Taux de mortinatalité :**

Un accouchement hors maternité constitue un accouchement à risque ; ce risque est fœtal et maternel.

L'accouchement hors maternité est la plus souvent accompagné d'une absence de suivi prénatal (38,2% des cas au cours de notre étude), qui ne permet pas de mettre en évidence les situations morbides pouvant altérer le pronostic périnatal.

Le taux de mortinatalité était 4,5% des cas contre 0% des témoins.

Alexander K [35] a rapporté 8,9% de mortinatalité.

- **Taux de décès néonatal précoce :**

Le taux de décès néonatal précoce a été 3,6% des cas contre 0,9% des témoins ($p=0,00010$; $OR=0,05$; $IC95\% = [0,000-0,38]$) avec une différence statistiquement significative.

La principale étiologie incriminée a été la souffrance néonatale avec 75% des cas. La souffrance fœtale aigüe est une situation obstétricale observée au cours du travail d'accouchement qui peut compromettre le pronostic fœtal en absence de surveillance.

A l'admission 25% des nouveau-nés chez les cas étaient des mort-nés avec malformation.

Diarra N [2] a rapporté 20,95% de décès néonatal précoce à Bamako.

Cette différence de taux avec notre série s'explique surtout par l'absence de service de néonatalogie dans ce cadre d'étude.

- **Répartition des nouveau-nés selon le poids :**

Les nouveau-nés de poids normal (c'est-à-dire un poids compris entre 2500 et 3999 grammes) ont été les plus nombreux avec 82% des cas contre 89,3% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p=0,0041$; $OR=2,68$; IC à 95% = $[1,26-5,70]$).

Le poids de naissance inférieur à 2500 grammes a représenté 18% des cas contre 7,6% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p=0,0041$; $OR=2,68$; IC à 95% = $[1,26-5,70]$) en faveur de l'association petit poids de naissance et accouchement hors maternité et/ ou l'absence de suivi prénatal.

Ouologuem A [32] a rapporté 27,8% de nouveau-nés avec un petit poids de naissance contre 10,5% de la série des témoins. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par une élévation du taux de grossesse non suivi au cours de son étude.

- **Cause de références des nouveau-nés:**

Nous avons référé 91,9% des nouveau-nés issus d'accouchement hors maternité contre 16,4% chez les témoins ($p=10^{-7}$; OR=65,17 ; IC95%= [28,10-165,51]) avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

L'accouchement hors maternité à lui seul constituait un motif de transfert en néonatalogie. Il pouvait être associé à d'autres causes tels que :

La prématurité ($p=0,72$; OR=1,20 ; IC95%= [0,39-3,78]),

La souffrance néonatale ($p=0,36$; OR=1,63 ; IC95%= [0,50-5,47]),

L'hypotrophie ($p=0,87$; OR=1,10 ; IC95% [0,30-4,13]).

Ouologuem A [32] a rapporté seulement 10,9% des nouveau-nés de la série des cas contre 7,4% pour les témoins.

Tous les nouveau-nés vivants issus d'accouchements hors maternité dans notre série ont été transférés à la néonatalogie, ce qui explique cette grande différence.

VI. CONCLUSION :

L'accouchement hors maternité demeure encore une réalité au Mali malgré les efforts faits par le gouvernement.

Les facteurs qui favorisent cette pratique sont multiples, au premier rang desquels ; nous avons le manque de moyens financiers, l'absence d'instruction, et l'absence de suivi prénatal.

Le pronostic est dominé par la prématurité, les mort-nés, les décès néonataux et les complications maternelles des suites de couches.

L'accouchement hors maternité entraîne des complications graves aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né.

Le renforcement de la politique nationale d'information et d'éducation des populations cibles s'impose.

VII. RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires :

- Former et recruter du personnel qualifié en communication communautaire.

Aux parents et à l'entourage :

- Accepter une plus grande scolarisation des enfants plus particulièrement les jeunes filles.
- Conseiller et encourager les femmes enceintes à fréquenter les services de soins prénataux et les maternités.

Aux femmes :

- Utiliser les services de planning familial.
- Assurer une plus grande indépendance financière des femmes vis-à-vis de leurs conjoints.

Aux conjoints :

- Encourager les femmes à utiliser les services de santé de la reproduction (suivi prénatal, planification familiale et la maternité).

Aux personnels de santé :

- Informer, sensibiliser, éduquer régulièrement les femmes en âge de procréer sur l'importance d'accoucher dans une structure sanitaire, les risques inhérents à l'accouchement hors maternité et l'importance de l'espacement des naissances.

VIII. REFERENCES :

- 1. Source d'information DNSI.** Enquête démographique de la santé III (EDS III) 2001.
- 2. Diarra N.** Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de 728 cas. Thèse de Médecine à Bamako 2001 n° 48.
- 3. Habsatou T.** Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain. Thèse de médecine FMPOS Bamako 2000. M- 62.
- 4. Merger R. et Coll.** Précis d'accouchement. 5^e édition. , Masson., Paris 1989.
- 5. OMS Genève 1993.** Accouchements traditionnels. Déclaration conjointe OMS/FNUAP/UNICEF.
- 6. Akpadza J K., Baeta S., Amadou A., Ankou A.** Accouchement sans surveillance médico-obstétricale dans la commune de LOME. Journal de la SAGO, 2004, vol.5, no 1, P.9-14.
- 7. Lankoande J., Bonane B., Ouedraogo A., Ouedraogo C M R., Kone B.** Les accouchements à domicile à la maternité du CHNYON de

- Ouagadougou : A propos de 156 cas colligés en quatre ans. Burkina Médical : 45 – 6.
8. **Touré B., DAO B., Nacro B., Sankara N., Kone B.** Accouchement à domicile: aspects épidémiologiques et cliniques en milieu urbain au BURKINA FASO. Journal de la SAGO, 2004, vol.5, n0 1, p. 36-41.
 9. **Olivier S., Guidecelli B., Gamerre M.** L'accouchement à domicile. Réanimation. Soins intensifs. Med. Urg 1994 ; 4 : 207-12.
 10. **Michel S.** Etude sur les accouchements non assistés au service de gynéco-obstétrique à HGT ; Thèse de médecine, BAMAKO, 2005. ; 96 p n° 56.
 11. **Division santé familiale :** Programme de santé familial, plan quinquennal 1988_1992, Mali, décembre 1987
 12. **DNSI-CPS/MSSPA.** Enquête Démographique et santé du Mali, EDSM IV Mali 2006.
 13. **Merger R., Lévy J., Melchior J. J.** Gynécol. Obst., Biol-Reprod. 1992 ; 21 : 236-240.
 14. **Bouvier-Colle M H.** Mortalité maternelle. , Encycl. Med. Chir. 5, 082, D.10.
 15. **Chabaud F., Charperon J., Brunet J P.** La mortalité maternelle en France. Rev. France Gynécol. Obst. 1983; 78-1: 15-33.
 16. **Diallo MS., Sidibé M., Keïta N.** La mortalité maternelle à propos de 212 observations en sept ans (1980-1987) à la maternité Ignace Deen de Conakry (Guinée)Rev. France Gynécol. Obst. 1989; 84-5:419-422.
 17. **Akpadza K., Kotor K., Baeta S., Adama A.** La mortalité maternelle au CHU TOKOIN 1990-1992.Rev. France Gynécol. Obst. 1994; 89-2:81-85.

- 18. Kharouf M., Ben Zineb N., ChelliH.** La mortalité maternelle au centre de maternité et de néonatalogie de la Rabta de Tunis, 1986-1989. J. Gynécol. Obst., Biol-Reprod;1992; 21:236-240.
- 19. KpekpedeCodjo C F.** Mortalité maternelle à Brazzaville. ,Thèse, Méd., Brazzaville.1995 N° 468.
- 20.** << estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle: Nouvelle méthodologie OMS/UNICEF >>. Organisation Mondiale de la santé, Genève, avril 1996, 14p.
- 21. OMS.** Grossesse et accouchement en Afrique occidentale: Vers une maternité à moindre risques. Dossier santé publique OMS 1999:11(2):167-185.
- 22. Puech F., Lévy G. Et Al.** Mortalité maternelle Synthèse du rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle.
<http://www.sfmp.net/site/publications/journal/mortmat.htm>
- 23. Maguiraga M.** Etude de la mortalité au Mali. Causes et facteurs de risques au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse, Méd., Bamako 2000. M-110.
- 24. Sacko S.** Méthode et approches d'identification des besoins et problèmes de santé. FMPOS(Bamako); 2000-2001.
- 25. Talibo A.** Contribution de la consultation prénatale pour l'identification des facteurs de morbidité maternelle évitable dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse de médecine (Bamako) 1998(29).
- 26. Anonyme.** La mesure de la mortalité maternelle. Rapport du secrétariat de l'OMS. Réunion interrégionale sur la prévention de la mortalité maternelle. Genève 1985: 14p
- 27. Merger R., Lévy J., Melchior J.,** Précis d'obstétrique., Masson (Paris) 1979:755p.

- 28. Malam H.** Contribution à l'étude des accouchements à domicile à propos de 312 cas. Thèse de Médecine Niamey 1995 N°18.
- 29. Bonane B et collaborateurs.** Accouchement à domicile à la maternité du CHN de Ouagadougou à propos de 156 cas colligés en quatre ans. Burkina Médical n° spécial, année 1999 session II.
- 30. Kitsa et collaborateurs.** The prevalence of domiciliary deliveries in Khayelisha, cap Town. South African Medical Journal 1997 FEB.
- 31. Wiegers T A., J Van Der Zee., J J Kerssens and M J C KEIRSE.**
Home birth or short-stay hospital birth in low population in the Netherland. Soc. Sci. Med.1998 45(11):1505-1511.
- 32. Ouologuem A.** Accouchements non assistés dans le centre de santé référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de Médecine FMPOS 2006 M-353.
- 33. Olivier S.** L'accouchement à domicile. Réanimation-médecine d'urgence 1994, 10, N°4.
- 34. Hirsch G.** Facteurs de risque et conséquences materno-foetales des accouchements hors maternité. Thèse de Médecine, Paris XIII. 1991.
- 35. Alexander K.** Les accouchement à domicile: Pronostic Materno-foetal au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Médecine FMPOS 2006 M-214.

IX. ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE

IDENTIFICATION DE LA FEMME :

No Dossier /_____/_____/

Etude /____/ 1=cas 2= témoin

Entrée : Date : Heure : /____/____/____/ /____/____/

Q1. Nom et prénom: /_____/

Q2. Age (en année)/____/____/

Q3. Provenance : /_____/

Q4.Distance (en km) /____/

Q5.Route /____/ 1. Butinée

2. Latérite

3. Piste

Q6. Ethnie : /____/ (1. Bambara, 2.Malinké, 3.Peulh, 4.Senoufo, 5.Dogon, 6.Sonrhäï, 7.Bobo, 8. Maure, 9.Soninké, 10.Autre).

Q7. Etat matrimonial: /____/ :1. Mariée, 2.Célibataire, 3.Veuve, Divorcée, 5. Union libre.

Q8. Profession /____/ 1. Ménagère, 2. Fonctionnaire privée, 3. Fonctionnaire d'état, 4. Commerçante, 5. Vendeuse ambulante, 6. Etalagiste, 5. Elève/ Etudiante, 6. Autres.

Q9. Niveau d'instruction: /_____/ (1. Aucun, 2. Primaire, 3. Secondaire, 4. Supérieure, 5. Alphabétisée en langue nationale, 6. Alphabétisée en coran, 7. Autres).

Q10. Antécédents obstétricaux: /___/

1. Gestité : /_____/
2. Parité : /_____
3. Enfant vivant: /_____/
4. Avortement : /_____/
5. Accouchement antérieur non assisté: /___/ 5.1. Oui, 5.2. Non
6. Intervalle inter gésésique : /_____/
7. Mort nés : ___ /

Q11. Antécédents chirurgicaux : (1. Utérus cicatriciel, 2. Laparotomie, 3. Cure de prolapsus, 4. Autres).

Q12. Profession du procréateur: /_____/ (1. Cultivateur, 2. Chauffeur 3. Fonctionnaire d'état, 4. Fonctionnaire privé, 5. Commerçant, 6. Elevé, 7. Etudiant, 8. Chômeur, 9. Mécanicien, 10. Gardien, 11. Ouvrier, 12. Autres à préciser).

Q13. Motif d'admission : /___/ 1. Désir personnel, 2. Survenue d'une complication, 3. Nécessite d'obtenir l'acte de naissance, 4. Obliger par les parents ou les proches.

Q14. Adressée par : /___/ :1. Famille, 2. Voisins du quartier, 3. Police, 4. Gendarmerie, 4. Venue d'elle-même.

HISTOIRE DE LA GROSSESSE :

Q15. Consultation prénatale /___/ 1= OUI 2= NON

Nombre : _____

Auteur /___/ 1. Sage femme, 2. Médecin, 3. Matrone, 4. Aide soignante,
5. Stagiaire école infirmière.

Lieu /___/ 1. CSCOM, 2. CS Réf, 3. HOPITAUX,
4. Clinique privée.

Bilan prénatal /___/ 1. Oui 2. Non

Echographie /___/ 1. Oui 2. Non

- Nombre :

Prophylaxie : SP /___/ Chloroquine /___/

Supplémentions en fer /___/ 1. Oui 2. Non

Connaissance du plan d'accouchement /___/ 1. Oui 2. Non

EXAMEN A L'ENTREE:

Q16. Examen physique:

Tension artérielle/_____/

Température / ____ /

Pouls maternel/_____/

Q17. Etat général de la patiente/ ___/ (1. Bon, 2. Passable, 3. Altéré)

Q18. Conscience de la patiente /___/ (1. Conservée, 2. Obnubilée, 3. Coma :
score de Glasgow à.....).

Q19. Accouchement /_____/

Domicile Date : Heure :

En cours de route : Taxi/___/, Voiture personnelle /___/, charrette/___/.

Structure de santé /___/ Date Heure /___/___/ /___/___/

Autres à préciser

Q20. Qualification de l'accoucheur: /___/ :1. Sans aucune aide, 2. Parent (belle-mère, grande- mère, tante, sœur), 2. Une assistante domestique, 3. Un chauffeur de taxi, 4. Sage femme 5. Interne 6. Autres : à préciser.

Q21. Délivrance /___/ Date : Heure :

Domicile : spontanée /___/ artificielle/___/ Active /___/

En cours de route :

Structure de santé :

Q22. Section du cordon /___/

Domicile Date : Heure :

auteur/___/ 1.1. Elle-même, 1.2. Parents, 1.3. Autres

Structure de santé

Q23. Placenta et membranes /___/ 1. Complet

2. Incomplet

3. Non vu

Q24. Mode d'accouchement /___/

1. Voix basse /___/

2. Ventouse /___/

3. Césarienne/___/

Q25. Type d'accouchement /___/

Eutocique

Dystocique

EVOLUTION DE L'ETAT GENERAL DE LA MERE :

Q26. Suites simples : /___/ 1. OUI, 2. NON

Si non cause :

Q27. Rétention placentaire: /___/ 1. OUI, 2. NON

* Si oui 1.1 Totale 1.2 Partielle

Q28. Périnée /___/ 1. Intact

2. Déchirure périnéale : 2.1. Simple

2.2 Complète

2.3 Compliquée

Q29. Autres lésions des parties /___/ (1.Col, 2. Vagin, 3. Vésicale, 4. Urétrale, 5. FVV 6. FRV).

Q30. Hémorragie de la délivrance / ___/ 1. Oui ,2. Non

Si oui Quantité : ml

Q31. Traitement et soins/___/

*Hospitalisation /___/ 1. Oui, 2.Non

Si oui cause :

Q32.Révision utérine: /___/ 1. OUI, 2.NON

Si oui résultat : 1.1. Cavité utérine régulière,

Solution de continuité,

1.3 Lésion vésicale.

Q33. Surveillance après l'accouchement /___/ 1. Oui, 2. Non

-TA: /___/___/

- Globe de sécurité: /___/ 1=OUI 2=NON

Q34. Transfusion sanguine : /___/ 1.OUI, 2. NON

Q35.Réfection périnéale, du col, du vagin : /___/ 1. Oui, 2. Non

Q36. Autres traitements : à préciser : /.....

Q37. Résultat de la mère/___/

Vivante

Référée: /_____/ Lieu: /_____/

Cause:/_____/

Décédée: /_____/ Lieu: /_____/

Cause:/_____/

EXAMEN DU NOUVEAU-NE :

Q38. Nombre d'enfant: /_____/

Q39. Etat du nouveau-né J1/___/ J2/___/ N1 =normal,

N2 =anormal

Q40. Score D'APGAR à l'arrivée : J1 /___/ 1=0-6, 2= 7-10

J2 /___/

Q41. Poids (en gramme) J1/_____/ g

J2/_____/ g

Q42. Taille (en centimètre) J1 / ____/ cm

J2 / ____/ cm

Q43. Sexe J1/___/ 1=M 2= F

J2 /___/

Q44. Réanimation: / ____/ 1. Oui, 2. Non

Si oui cause :

Q45. Malformations / ____/ 1.Oui, 2. Non

Si oui préciser

Q46. Autres lésions /____/ : 1. Traumatisme, 2. Fracture, 3. Bosse séro-sanguine, 4. Ecchymoses, 5. Aucune.

Q47. Résultat du nouveau-né J1 /___/ J2/___/

Vivant: /_____/

Mort-né: /_____/

Décédé

Q48. Référé/____/ 1. Oui, 2. Non

Q49. Raison des accouchements hors maternité: /_____/

Surprise par le travail d'accouchement,

Manque de moyens financiers et de transport,

But abortif ou infanticide,

Accouchement à domicile habituel,

Négligence et ignorance,

Absence du mari ou des parents,

Autres : /_____/ :7.1 Refus de venir à l'hôpital, 7.2 Intention d'arrivée à dilatation cervicale complète, 7.3. Peur, 7.4. Grossesse non à terme, 7.5.

Grossesse non à terme.

Q50.Sentiments après l'accouchement: /_____/ (1.Satisfaction,

Anxiété, 3. Regret, 4. Déception, 5. Indifférence).

Q51.Inconvénients de l'accouchement à domicile: /_____/ 1.OUI

2. NON.

Q52. Risques encourus connus par la patiente /_____/

Décès, 2. Hémorragie, 3. FVV, 4. FVA, etc...

Q53. Conseil à donner /___/ 1= message reçu

2= Sentiment favorable

Q54. Comportement du personnel /_____/ 1. Favorable/_____/

2. Défavorable.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KANÉ

Prénom : Ibrahim

Email : docteuribrakane@yahoo.fr

Titre de la Thèse : Pronostic maternel et foetal des accouchements hors maternité au CS Réf CV du district de Bamako.

Année : 2012-2013.

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Gynécologie- Obstétrique et pédiatrie

Résumé de thèse :

Notre étude de type analytique cas-témoins (1cas pour 2 témoins) effectuée dans le service de gynécologie-obstétrique du CS Réf CV du District de Bamako sur une période de douze mois et portant sur les accouchements hors maternité a donné les résultats suivants :

-La prévalence des accouchements hors maternité au cours de la période d'étude a été de **1,19%**.

-Les facteurs de risques ont été l'analphabétisme de la femme avec **79,1%** des cas ($p=0,0015$ et $OR=2,34$) ; l'absence de suivi prénatal avec **38,2%** des cas ($p=10^{-7}$ et $OR=4,82$) ; l'antécédent d'accouchement à domicile avec **17,3%** des cas ($p=0,000051$ et $OR=4,89$).

- Les complications obstétricales étaient **18,50** fois plus fréquentes chez les cas par rapport aux témoins ($p=10^{-7}$ et **OR=18,50**). Elles ont été dominées par l'HPPI par atonie utérine (**40,6%**), les lésions périnéales (**21,6%**) et la rétention placentaire (**13,5%**).

-La morbidité périnatale a été dominée par la prématurité avec **34,3%** ($p=0,72$ et **OR=1,20**).

-Le score d'Apgar à la première minute était inférieur à 8 dans **6,3%** des cas.

-Le taux de mortinatalité a été de **10,8%** des cas.

-Nous n'avons pas enregistré de décès maternels en rapport avec les accouchements hors maternité durant la période d'étude.

Mots clés : Accouchements hors maternité, pronostic, consultation prénatale, grossesses non suivies, mort-nés, décès maternels.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE !

