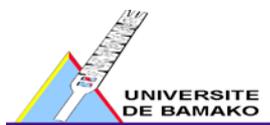


Ministère de L'Enseignement

Supérieur et de la

Recherche Scientifique



Année Universitaire 2010 – 2011

République du Mali

Un Peuple Un But Une Foi



Thèse N° ____/

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

TITRE

ACCOUCHEMENTS NON ASSISTES
A L'HOPITAL DE TOMBOUCTOU

THESE

Présentée et soutenue publiquement le .../.../. 2011 devant

la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par :

M. ZOUHAIROU SOULEYMANE

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** (diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT :

Pr. Salif DIAKITE

MEMBRE :

Pr. Bouraïma MAIGA

CO-DIRECTEUR :

Dr. Abdramane TOGO

DIRECTEUR DE THESE:

Pr. Sy Assitan SOW

Thèse de médecine

Zouhaïrou SOULEYMANE

ADMINISTRATION :

DOYEN : Anatole TOUNKARA – Professeur

1er ASSESSEUR : Boubacar TRAORE – Maître de conférences

2ème ASSESSEUR : Ibrahim I MAIGA – Maître de conférences

SECRETAIRE PRINCIPAL : Idrissa Ahmadou CISSE – Maître de conférences

AGENT COMPTABLE : Mme COULIBALY Fatoumata TALL – Contrôleur des finances

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	Ophtalmologie
M. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Yaya FOFANA	Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
M. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
M. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
M. Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
M. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
M. Abdoullaye Ag Rhaly	Médecine Interne
M. Boulkassoum HAIDARA	Législation
M. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
M. Massa SANOGO	Chimie Analytique

M. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
M. Sanoussi KONATE	Santé Publique
M. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
M. Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Issa TRAORE	Radiologie
M. Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
M. Kalilou OUATTARA	Urologie
M. Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED	ORL
M. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale, Chef de D E R
M. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
M. Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique
M. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale

ACCOUCHEMENT NON ASSISTE A L'HOPITAL DE TOMBOUCTOU

M. Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
M. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
M. Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Reanimation
M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
M. Mohamed KEITA	Oto- Rhino- Laryngologie
M. Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto- Rhino- Laryngologie
M. Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
M. Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –réanimation
M. Bouraima MAIGA	Gynéco- Obstétrique
M. Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
M. Zanafon OUATTARA	Urologie
M. Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	Urologie
M. Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Souleymane TOGORA	Odontologie
M. Lamine TRAORE	Ophtalmologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique
M. Youssouf SOW	Gynéco- Obstétrique
M. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Reanimation
M. Moustapha TOURE	Gynécologie
M. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
M. Boubacary GUINDO	ORL
M. Moussa A OUATTARA	Chirurgie Générale
M. Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
M. Bréhima Coulibaly	Chirurgie Générale
M. Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
M. Adegné TOGO	Chirurgie Générale
M. Lassana KANTE	Chirurgie Générale
M. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
M. Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
M. Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
M. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Reanimation
M. Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Reanimation
M. Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
M. Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
M. Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

ACCOUCHEMENT NON ASSISTE A L'HOPITAL DE TOMBOUCTOU

Mme Fadima Koréissy Tall	Anesthésie Réanimation
M. Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
M. Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
M. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
M. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et cardio-Vasculaire
M. Tioukany THERA	Gynécologie
M. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
M. Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
M. Seydou BAKAYAKO	Ophtalmologie
M. sidi Mohamed COULIBAL	Ophthalmologie
M. Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatoumata KONANDJI	Ophtalmologie
M. Hamidou Baba SACKO	ORL
M. Siaka SOUMAORO	ORL
M. Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
M. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
M. Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
M. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
M. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
M. Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
M. Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Amadou DIALLO	Biologie
M. Moussa HARAMA	Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	Immunologie
M. Bakary M. CISSE	Biochimie
M. Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
M. Adama DIARRA	Physiologie
M. Mamadou KONE	Physiologie
M. Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Amadou TOURE	Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	Parasitologie, Chef de D E R
M. Mahamadou CISSE	Biologie
M. Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie Virologie
M. Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
M. Moussa Issa DIARRA	Biophysique
M. Moctar DIALLO	Biologie Parasitologie
M. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
M. Mounirou BABY	Hématologie
M. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale

M. Kaourou DOUCOURE	Biologie
M. Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
M. Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
M. Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bouréma KOURIBA	Immunologie
M. Mahamadou DIAKITE	Immunologie-Genetique
M. Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
M. Bakary MAIGA	Immunologie
M. Bokary Y. SACKO	Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Mahamane MAIGA	Néphrologie
M. Baba KOUMARE	Psychiatrie,
M. Moussa TRAORE	Neurologie
M. Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	Dermato-Leprologie
M. Boubakar DIALLO	Cardiologie
M. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
M. Mamady KANE	Radiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

ACCOUCHEMENT NON ASSISTE A L'HOPITAL DE TOMBOUCTOU

M. Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
M. Saharé FONGORO	Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
M. Adama D. KEITA	Radiologie Chef de D.E.R.
M. Soungalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie /Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
M. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
M. Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie

M. Souleymane COULIBALY Psychologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme KAYA Assétou SOUCKO Médecine Interne
M. Mahamadoun GUINDO Radiologie
M. Ousmane FAYE Dermatologie
M. Yacouba TOLOBA Pneumo-phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO Pédiatrie
M. Boubacar DIALLO Médecine Interne
M. Youssoufa Mamoudou MAIGA Neurologie
M. Modibo SISSOKO Psychiatrie
M. Ilo Bella DIALLO Cardiologie
M. Mahamadou DIALLO Radiologie
M. Adama Aguisa DICKO Dermatologie
M. Abdoul Aziz DIAKITE Pédiatrie
M. Boubacar dit Fassara SISSOKO Pneumologie
M. Salia COULIBALY Radiologie
M. Ichaka MENTA Cardiologie
M. Souleymane COULIBALY Cardiologie
M. Japhet Pobanou THERA Médecine Légale/Ophtalmologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Gaoussou KANOUTE Chimie analytique,

M. Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Elimane MARIKO	Pharmacologie Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Drissa DIALLO	Matières Médicales
M. Alou KEITA	Galénique
M. Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
M. Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rakio SANOGO	Pharmacognosie
M. Saïbou MAIGA	Législation

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Yaya KANE	Galénique
M. Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
M. Yaya COULIBALY	Législation
M. Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie /Immunologie
M. Sékou BAH	Pharmacologie
M. Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

4. ASSISTANTS

Mr Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie Clinique
Mr Sanou Khô COULIBALY	Toxicologie
Mr Tidiane DIALLO	Toxicologie
Mr Bourama TRAORE	Législation
Mr Issa COULIBALY	Gestion

ACCOUCHEMENT NON ASSISTE A L'HOPITAL DE TOMBOUCTOU

Mr Mahamadou TANDIA	Chimie Analytique
Mr Madani MARIKO	Chimie Analytique
Mr Mody CISSE	Chimie Thérapeutique
Mr Ousmane DEMBELE	Chimie Thérapeutique
Mr Hamma Boubacar MAIGA	Galénique
Mr Bakary Moussa CISSE	Galénique
Mr Adama DENOUE	Pharmacognosie
Mr Mahamane HAIDARA	Pharmacognosie
Mr Hamadoun Abba TOURE	Bromatologie
Mr Balla Fatoma COULIBALY	Pharmacie hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
M. Jean TESTA	Santé Publique
M. Massambou SACKO	Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	Santé Publique
M. Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
M. Samba DIOP	Anthropologie Médicale
M. Hamadoun SANGHO	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

M. Adama DIAWARA	Santé Publique
M. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique

M. Akory AG IKNANE	Santé Publique
M.Ousmane LY	Santé Publique
M. Cheik Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
M.Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

M. Oumar THIERO	Biostatistique
M. Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
M. Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie- Bibliographie

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA	Botanique
M. Bouba DIARRA	Bactériologie
M. Zoubeirou MAIGA	Physique
M. Boubacar KANTE	Galénique
M. Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
M. Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	Génétique
M. Lassine SIDIBE	Chimie Organique
M. Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
M. Ousmane MAGASSY	Biostatistique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Babacar FAYE

Pharmacodynamie

Pr Amadou Papa DIOP

Biochimie

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

Pr. Pascal BONNABRY

Pharmacie Hospitalière

**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

Je dédie affectueusement ce travail :

A Dieu

(Le plus rehaussé soit-il) qui dans sa grâce m'a animé d'une vie et m'a doté d'une faculté mentale et d'un courage indispensable à la concrétisation de ce travail.

Guide-nous dans le droit chemin et fait de nous des êtres pieux et sincères.

Au prophète Mohamed

(Paix et salut sur lui) et à toute la Ummah islamique.

**« Lis au nom de ton seigneur qui a créé l'homme d'une adhérence. Lis !
Ton seigneur est le très noble, qui a enseigné par la plume le (calame), a
enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas ».**

Sourate 96 Verset 1-5.

A Mon Père, feu Souleymane SANOUSSI

J'aurais voulu partager avec toi les joies de ce moment solennel de ma vie, mais le destin en a décidé autrement. Papa, grâce à ta sagesse et à ta qualité

d'homme modèle, tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de l'amour et de l'endurance dans le travail. Ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir. Reçois ici tout l'amour que je n'ai pas eu le temps de te prouver. Repose en paix papa et que Dieu reçoive ton âme dans son paradis éternel. AMIN

A tous mes autres pères

Qu'**ALLAH** le tout puissant vous récompense ;

A Ma Mère, Halimatou AYOUBA

Courageuse et dévouée mère, tu as toujours su nous inculquer les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse.

Les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices et le labeur que tu as endurés pour nous. Sache que le mérite de ce travail te revient. Trouve ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon sincère attachement. Que Dieu nous prête longue vie pour que tu puisses jouir des fruits de tes efforts.

A nos mamans

Que

Dieu vous donne longue vie pour que vous puissiez bénéficier enfin des fruits de l'arbre que vous avez planté. Vous nous avez éduqué selon nos coutumes: c'est-à-dire **le respect stricte du genre humain**. Dieu seul pourra vous récompenser ;

A tous mes frères et sœurs

Vous avez été pour moi une chance, vous m'avez donné le goût de la fraternité.

Merci pour vos conseils et toute l'attention, la famille est une et indivisible. J'ai toujours bénéficié de vos soutiens infailibles et de vos conseils. Que Dieu consolide les liens de sang et fasse de nous des hommes utiles à nous-mêmes, à notre famille et à la nation.

Ce travail est le vôtre.

« Unissez-vous par le lien de DIEU et ne vous divisez point »

Sourate 3 Verset 103

Amen ;

A mon frère, feu Maviétou SOULEYMANE

Bien que tu ne sois plus parmi nous cher frère, je tiens à te dire que je ne t'oublierai jamais. Je prie le bon Dieu pour qu'il t'accueille dans son paradis.

Amen !

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils.
Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population ;

A mon pays natal, le Mali

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction. Tu m'as donné un savoir incommensurable, sois assuré de ma profonde gratitude ; Je prie que ce nouveau cinquantenaire de notre indépendance soit réellement le siècle de notre épanouissement, épanouissement intégral et intégré ;

A la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Que je sois à la hauteur des honorables Professeurs que tu as donnés à l'humanité. Remerciements infinis ;

*** Au Pr. Sy Assitan SOW**

Vous êtes comme une tante pour nous. Nous ne saurons comment vous remercier pour votre encadrement de qualité et votre dévouement pour notre formation. Nous saisissons cette occasion pour vous rendre hommage.

A toutes les femmes qui ont accouché à domicile et surtout les enfants issus d'un accouchement à domicile

Merci à ces femmes d'avoir répondu à toutes nos questions et longue vie à vos enfants

A Idrissa SANOUSSI et sa famille

Vous avez été pour moi un père exemplaire; ce travail est le vôtre; merci pour tout; qu'**ALLAH** renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas;

A tous mes frères et sœurs à Bamako, Gao et Tombouctou

A mes oncles et tantes

Tous mes sentiments sont pour vous. Je vous exhorte à vous unir davantage, Je vous dis merci pour vos conseils et vos soutiens inestimables, Ce travail est le vôtre ;

A mes cousins et cousines

Merci pour tout ce que vous avez fait pour la réalisation de cette thèse ;

A ma fiancée

Tu étais plus pressée que moi de voir l'aboutissement de ce travail. Ton amour, ta patience, tes encouragements et tes conseils m'ont permis de tenir et de pouvoir mener à bien ce travail. Que Dieu renforce les liens qui nous unissent. Trouve ici l'expression de ma profonde affection, et de mon attachement. Je prie Dieu pour que l'amour, la paix, l'entente, et la patience continuent à régner entre nous.

A Zakaria S Ongoïba et sa famille

C'est le moment de vous dire combien vos conseils et votre soutien ont été d'une grande importance pour moi. Trouvez ici l'expression de mon attachement et de ma profonde gratitude.

**A tout le personnel de l'hôpital de Tombouctou en général et
particulièrement au service de gynéco-obstétrique**

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et permis la réalisation de ce travail ;

A mon maître, Dr Togo Abdramane et sa famille

Cher maitre, je vous remercie de votre sympathie et disponibilité constante visa- vis de ma personne .Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous et votre famille ont fait pour moi. Vos conseils et soutiens m'ont été d'une grande aide. Ce travail est aussi le vôtre. Merci pour tout Dr Togo Abdramane et que Dieu vous le rende au centuple et qu'il raffermisse les liens qui nous unissent.

A Dr Doumbia Mangara

Merci pour ton aide, et pardon pour le dérangement.

**A mes camarades et promotionnaires de la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odontostomatologie**

Particulièrement : Sourakatou; Oumar AG; Hamidou Almeïmoune ; Aziz Abidine ; Abdoul Fatahi ; Oumar AG, Sidi Mohamed Talla Baby, Abdel Aziz BABY, Alkassane Ag Ismael, Aziz MAIGA, Mohamed DIALLO dit alphaga, Djibrilla DIALLO, Amadou Boncane dit Cross, yehia seydi, Alpha DICKO, Mahamadou SIDIBE, Ismail Dembele, Almahadi, Touhami, Balam, Nema, Harira, juli, Aziz TOURE, Souleymane AROUWANI, Salma, Yara, Amadou KONE, Salim, Rougeo, et tous ceux dont je n'ai pas pu citer les noms Merci, pardonnez moi pour mes offenses.

A mes aînés Docteurs

Particulièrement Dr Doumbia DRS Tombouctou, Dr Sissoko PIDRL Tombouctou, Dr Maïga Ibrahim et Dr Niaré Boubacar EPH Tombouctou : c'est l'occasion pour moi de vous dire merci pour tout ce que vous avez fait pour faciliter cette étude ;

A tous mes amis internes

Le moment est venu pour moi de vous signifier ma profonde reconnaissance pour toute l'affection que vous avez rattachée à ma personne ;

A mes cadets

Amadou Houna, Himahou, Ossama, Mohamedine, ITT, Hamadoun MAIGA, Nafissa, Bouchira, Djibrilla MAIGA, Aboubacrine MAIGA, Mohamed DIABATE, Bouchira, Moussa SAMAKE , Moussa A MAIGA, Alassane S Alassane, Anta, Zeinaba, Aramatou MAIGA, Fatoumata Bretaudeau, M'bareck, Issa Ahmadou, Ahamadou Acheha, Sidi Adiawiakoye , Zakaria, Fatim, Oumar Ataher , Moussa BARY, Bouba Issa, Bouba Nassourou, Mariam Toure, Daoulata MARIKO, Mariam Camara, Awa, Massan, fatim, Fatoumata I Touré, Bilal, Momo et tous ceux dont je n'ai pas pu citer les noms.

**A tous les étudiants ressortissants et sympathisants des régions du
nord Mali**

COLUMEP, GAKASSINEY ;

A toute la population de Karou mon village natal

**Merci à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de
ce modeste travail.**

Nous les remercions de tout notre cœur.

Hommages aux membres du jury

A notre maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE

*❖ Professeur honoraire de gynécologie et
d'obstétrique à la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odontostomatologie.*

*Cher maître vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples
occupations.*

*Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre
désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme votre franchise, font de
vous un exemple à suivre.*

*Cher maître veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et
soyez assuré de notre attachement indéfectible.*

A notre maître et membre du jury Professeur Bouraïma MAIGA

- ❖ Maître de conférence en gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie*
- ❖ Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le Ministère de la femme de l'enfant et de la famille*
- ❖ Détenteur d'un Cíwara d'excellence en 1997*
- ❖ Chevalier de l'ordre national du Mali*
- ❖ Détenteur d'un prix Tara Boiré dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006*
- ❖ Responsable de la filière sage femme de l'Institut National de formation en science de la santé (INFSS)*
- ❖ Chef de service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G*

Cher maître, votre simplicité, votre disponibilité, votre humanisme et votre extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

Votre rigueur scientifique, votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Nous vous sommes reconnaissants pour tout ce que vous avez fait pour notre formation.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur Abdramane TOGO

❖ *Gynécologue obstétricien à l'hôpital de Tombouctou.*

❖ *Chef du service de gynéco-obstétrique à l'hôpital de Tombouctou*

Cher maître, votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez.

Cher maître, toute notre fierté d'être encadrés par vous, c'est l'occasion pour nous de vous exprimer tout notre profond respect et de vous présenter nos sincères remerciements.

A notre maître et directrice de thèse

Professeur SY Assitan Sow

❖ *Professeur honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).*

❖ *Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SO.MA.G.O).*

❖ *Chevalier de l'ordre du mérite de la sante.*

Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles,

Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile, votre esprit communicatif, votre culture, votre éloquence, font de vous un maître admiré de tous.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

Puisse DIEU le tout PUISSANT vous rendre au centuple vos bienfaits.

SIGLES ET ABREVIATIONS :

- ✓ **BDCF** : Bruit du Cœur Foetal
- ✓ **BPN** : Bilan Pré Natal
- ✓ **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- ✓ **CMIE** : Centres Médicaux Inter-Entreprises
- ✓ **CPN** : Consultation Périnatale
- ✓ **CPON** : Consultation Post Natale
- ✓ **CSAR** : Centres de Santé d'Arrondissement Revitalisés
- ✓ **CS Com** : Centre de Santé Communautaire
- ✓ **CS Réf** : Centre de Santé de Référence
- ✓ **CSTS** : Centre de Spécialisation des Techniciens de Santé
- ✓ **DNS** : Direction Nationale de la Santé
- ✓ **EDS** : Enquête Démographique de la Santé
- ✓ **EFDC** : Ecole de Formation pour le Développement Communautaire
- ✓ **EPH** : Etablissement Public Hospitalier
- ✓ **ESS** : Ecole Secondaire de Santé
- ✓ **FAF** : Fer +Acide Folique
- ✓ **F** : sexe Féminin
- ✓ **FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie
- ✓ **GATPA** : Gestion Active de la Troisième Période d'Accouchement
- ✓ **GEU** : Grossesse Extra Utérine
- ✓ **GG** : Grossesse Gémellaire
- ✓ **HGT** : Hôpital Gabriel Touré
- ✓ **HRP** : Hématome Retro-Placentaire
- ✓ **HTA** : Hypertension Artérielle
- ✓ **HU** : Hauteur Utérine
- ✓ **IIG** : Intervalle Inter Génésique
- ✓ **INFSS** : Institut Nationale de Formation en Science de la Santé
- ✓ **INPS** : Institut Nationale de Prévoyance Sociale
- ✓ **J1 J2** : 1^{er} et 2^{ème} Jumeaux
- ✓ **M** : sexe Masculin
- ✓ **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ✓ **ORL** : Oto-Rhino- Laryngologie
- ✓ **PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement
- ✓ **PPM** : Pharmacie Populaire du Mali
- ✓ **SAGO** : Société Africaine des Gynécologues-Obstétriciens

SOMMAIRE

PAGES

I- INTRODUCTION :.....	1
- Objectifs	
II- GENERALITES :.....	5
A-Historique	
B-Rappels :	
1-Accouchement normal	
2-Situation Sanitaire au Mali	
C-Epidémiologie	
III- METHODOLOGIE :.....	17
IV- RESULTATS :.....	26
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	42
VI- CONCLUSION :.....	46
VII- RECOMMANDATIONS :.....	48
VIII- REFERENCES :.....	51
IX- ANNEXES :.....	54

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Le rôle prioritaire de la femme dans la société depuis Adam et Eve, c'est la procréation. L'assumer correctement exige parfois de lourds sacrifices. La maternité sans risque reste le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile [9].

L'OMS estime que chaque année plus de 20 millions de femmes souffrent de maux liés à l'accouchement non assistés [1]. Nombreuses sont les mères qui n'ont pas accès à des services de soins de santé moderne. On estime entre 60-80% les femmes des pays en voies de développement qui continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance ou avec l'aide de personnes non qualifiées et d'ordinaire dans un environnement peu salubre. Cet état de fait peut être dû à deux principales causes : l'ignorance et la pauvreté [6].

Nos femmes ne sont pas informées de tous les risques qu'elles en courent en accouchant à domicile.

Les risques les plus rapportés par la plupart des auteurs sont : les déchirures du col, du périnée et /ou de la paroi vaginale et parfois une hémorragie importante pouvant entraîner le décès de la mère, aussi une rupture utérine mettant également en jeu le pronostic vital de la mère.

La souffrance fœtale peut être également observée aboutissant soit à une mort intrapartum soit à une mort néonatale précoce.

Par contre, c'est la pauvreté qui oblige certaines à accoucher à domicile. Le mari n'ayant pas les moyens de supporter les frais d'accouchement, la femme se trouve dans la triste obligation d'accoucher à domicile sans assistance car elle n'a même pas de quoi payer les frais [10].

Pour palier à ce phénomène aux conséquences obstétricales et socio-économiques lourdes, depuis plus d'une dizaine d'année environ, de nombreuses restaurations ont été opérées dans le but de rapprocher davantage 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 Risque.
- L'adoption d'une Politique de Population qui accorde une place de choix à la santé de la mère et de l'enfant.
- La Politique Sectorielle de Santé.
- La césarienne gratuite
- GATPA
- CPN recentrée

Malgré ces dispositions, une proportion considérable de femmes continuent d'accoucher sans surveillance médico-obstétricale, même en milieu urbain.

Quelles sont alors les raisons qui poussent les femmes à accoucher à domicile :

- Les femmes ont-elles des problèmes d'accès (géographique, financier, socio-culturel) aux soins ou autres?

Ainsi, pour répondre à ces questions, nous avons décidé de faire cette étude.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1- Objectif général :

- Etudier les accouchements à domicile se présentant à l'Établissement Hospitalier de Tombouctou en 2010.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des accouchements à domicile qui se présentent à la maternité ;
- Déterminer les complications maternelles, fœtales et néonatales immédiates liées à l'accouchement à domicile ;
- Identifier les raisons qui sous-tendent ces accouchements ;
- Formuler des recommandations.

GENERALITES

II.GENERALITES

A-HISTORIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET PRATIQUES ACTUELLES [5]

1°) Historique

Lorsqu'on envisage d'apporter éventuellement des reformes de structures, il faut bien comprendre dans quel cadre historique s'inscrivent les services existants et connaître les raisons pour lesquelles ils ont évolué. Cela permet de mieux faire face aux préoccupations que peuvent susciter les reformes, envisager parmi les personnels et la communauté et de planifier des mesures d'intégration des services. Il ne faudrait surtout pas que la proposition de l'élaboration d'un nouveau système fasse table rase de ce qu'il pouvait y avoir de bon dans l'ancien.

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 retrouve dans presque toutes les civilisations.

Une récente enquête de l'OMS sur les pratiques traditionnelles de naissances montre que bon nombre d'entre elles sont physiologiquement fondées et bénéfiques ; qu'il s'agisse d'adopter une posture traditionnelle (accroupie, agenouillée, debout) pour accoucher ; d'attendre que le placenta ait été expulsé pour couper le cordon, de pratiquer l'accouchement dans des cases spéciales comportant une source de chaleur etc... Cependant, il est vrai que d'autres rituels accompagnant la naissance sont au mieux inoffensifs et à l'occasion dangereux. La professionnalisation de l'accouchement remonte à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle.

L'importance des soins prénataux est apparue avec la renaissance des facteurs de risque tels que la pré éclampsie et l'anémie, le souci de disposer d'un milieu aseptique et des soins plus spécialisés à déplacer progressivement les accouchements du domicile ou du village vers le dispensaire ou l'hôpital. Les aspects techniques de l'accouchement se trouvaient ainsi privilégiés et la tâche du personnel de santé facilitée ; cela marquait ainsi le début d'un long processus d'élimination de beaucoup d'aspects personnels et familiaux de la naissance. Ce n'est que ces dernières années que l'importante notion de lien familial a été redécouverte et réintroduite dans les pays développés. Il faut espérer que cet aspect de l'accouchement sans complications pourra être sauvegardé là où il existe encore, sans porter préjudice aux autres améliorations.

2°) Pratiques actuelles

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. L'identification des facteurs de risque de la grossesse, le perfectionnement des techniques d'accompagnement ainsi que l'apparition d'options de recours plus performantes sont au tant d'éléments ayant contribué aux progrès constatés. Relativement plus ancienne, la consultation prénatale (CPN), est souvent le

service de santé maternelle à orientation clinique le mieux établi, même s'il n'est pas toujours facile de persuader les femmes enceintes d'y recourir suffisamment tôt et fréquemment.

Dans les programmes de soins de santé primaires, ce sont souvent les infirmières ou les sages-femmes chargées des soins prénataux au dispensaire 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 CPN, mais se présentent au Centre de Santé ou à l'Hôpital pour y accoucher. D'autres au contraire se rendent aux CPN mais pour une raison ou une autre, accouchent chez elles avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle ou d'un membre de la famille. L'amélioration des techniques d'accouchement, que ce soit à domicile ou dans les établissements de soins, reste à l'ordre du jour. C'est surtout faute de pouvoir évacuer à temps ces cas difficiles que l'on ne parvient pas dans de nombreux pays à réduire la mortalité maternelle [6].

L'étude de l'évolution historique de la mortalité maternelle en Europe a permis de mettre en évidence quatre grands axes d'actions, facteurs de réduction de la mortalité maternelle :

A savoir,

1. les accouchements en maternité
2. les consultations prénatales (CPN)
3. les accouchements à domicile bien conduits
4. la planification familiale (2, 6).

Dans les années 1950 en France et dans différents pays du monde, l'accouchement à domicile était largement pratiqué et l'évolution est identique dans la quasi-totalité des pays industrialisés sauf en Hollande où l'accouchement à domicile est institutionnel et de pratique courante [7].

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 :

- **Hippocrate (370 à 460 avant J.C)** 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 de présentation du sommet.
- **AVICIENNE (960 à 1037 après J.C)** pratiquait la version par manœuvre interne dans les présentations de l'épaule et du siège.
- **Chamberlain (1531 à 1596)** inventa le FORCEPS.

B- RAPPELS

1- Accouchement normal [1]

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie 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 semaines d'aménorrhée). Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, celles de la tête fœtale en particulier, à celles du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de

traverser la filière génitale et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers le dehors.

L'expulsion de l'œuf avant le terme de six mois est pour le droit français un avortement. On comprend tout de suite que la limite entre avortement et accouchement est imprécise. Mais la notion de temps est encore la moins vague. Celle du poids fœtal n'est pas un bon critère. Celle de la viabilité est vague elle aussi, faute de pouvoir définir ce terme avec exactitude.

L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^{ème} semaine (259 jours) et la fin de la 42^{ème} semaine (293 jours) est dit à **terme**. S'il se produit avant 37 semaines (259 jours) de grossesse, il est **prématuré**.

L'accouchement **spontané** est celui qui se déclenche de lui-même sans intervention de causes extérieures.

Il est **provoqué** lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique.

Il est dit **programmé** lorsqu'il est provoqué sans indications pathologiques. L'accouchement est **naturel** lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie ; sinon il est **dirigé**. Il est **artificiel** quand il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale par voie basse ou par voie abdominale. L'accouchement est **eutocique** quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Il est **dystocique** dans le cas contraire.

On appelle **dystocie** l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.

EVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- Effacement et dilatation du col
- Expulsion du fœtus
- Expulsion des annexes (placenta et membranes).

Ces trois périodes portent le nom de travail d'accouchement.

❖ Première période de travail : effacement et dilatation

Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et de leurs conséquences et se termine lorsque la dilatation est complète.

Caractères cliniques de la contraction utérine

Le début du travail est en général franc. Il est parfois insidieux, marqué dans les jours précédents de pesanteurs pelviennes, de pollakiurie et surtout de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines de la grossesse, qui peuvent devenir sensibles et même douloureuses surtout chez la multipare. La femme peut se croire en travail, mais des modifications objectives du col font défaut : il ne s'agit que d'une phase préparatoire au travail.

L'écoulement par la vulve de glaires épaisses et brunâtres parfois sanguinolentes traduisant la perte du bouchon muqueux, est, lorsqu'il existe un signe prémonitoire du travail.

LES CONTRACTIONS UTERINES DU TRAVAIL

Une fois commencé, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers :

-Elles sont involontaires. La femme les subit et ne peut les empêcher. Toutefois, certains états émotionnels peuvent les inhiber provisoirement.

-Elles sont intermittentes et rythmées, relativement régulières, séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail (15 à 20 minutes) puis de plus en plus court (2 à 3 minutes) à la fin de la période de dilatation.

-Elles sont progressives dans leur durée qui de 15 à 20 secondes au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation ; dans leur intensité qui croît du début à la fin de la dilatation.

-Elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa partie basse.

-Elles sont douloureuses. On dit parfois que la douleur n'est que le fruit de la civilisation, qu'en fait la contraction devrait être indolore. C'est aller trop loin. Le vrai c'est d'abord que la douleur ne commence qu'après une certaine durée de la contraction et se termine avant la fin de la contraction. Elle disparaît complètement dans l'intervalle des contractions, c'est ensuite que la perception douloureuse subit des variations individuelles considérables en rapport avec l'état psychique de la parturiente. Elle augmente avec la crainte et l'angoisse. Elle est dominée parfois complètement par un bon équilibre psychique.

Sous ces réserves, la douleur augmente avec la progression du travail, la durée et l'intensité de la contraction.

Son siège est en général abdominal et pelvien, parfois lombaire au début du travail. La persistance de douleurs lombaires, plus pénibles et plus rebelles aux actions antalgiques, est souvent le témoin d'un mécanisme obstétrical troublé. Le nombre de contractions pendant le travail varie beaucoup suivant le quantième de la grossesse, l'eutocie, la qualité du myomètre. Il va de 70 à 180. Pendant la contraction, le pouls maternel s'accélère, les bruits du cœur fœtal (BDCF) deviennent plus difficilement perceptibles à l'auscultation.

Cliniquement, les modifications du col utérin et du pôle inférieur de l'œuf sont reconnues par le toucher vaginal.

Effacement : Le col qui a gardé tout (3 à 4 centimètres) ou partie de sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse se raccourci progressivement. Plus ou moins souple en fin de grossesse sa maturité se traduit par un ramollissement encore plus marqué au début du travail. A la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur, réduit à son orifice externe de sorte que le doigt ne perçoit plus de saillie cervicale, mais seulement le dôme régulier du segment inférieur percé au centre d'un orifice de 1 cm de diamètre à bord mince et régulier.

Dilatation : Le col effacé s'ouvre peu à peu circulairement à la façon d'un diaphragme de photographie. Le diamètre du cercle cervical augmente progressivement de 1 à 10 cm, dimension de la dilatation complète.

Chez la primipare, effacement et dilatation du col sont successifs. La deuxième ne commence que quand la première est tout à fait terminée et dure en moyenne dans les cas non pathologiques 7 à 10 heures. Ainsi, le pourtour du col dilaté est toujours mince.

Chez la multipare, effacement et dilatation sont simultanés au début et dure 3 à 6 heures. Ainsi au pourtour du col utérin reste un bourrelet épais jusqu'à un degré avancé de la dilatation.

POCHE DES EAUX :

Portion membraneuse du pôle inférieur de l'œuf qui occupe l'aire du col dilaté. Les membranes (amnios et chorion) tendues par le liquide amniotique en regard de l'aire de dilation font une saillie plus ou moins marquée presque nulle dans l'eutocie parfaite, importante dans une mauvaise accommodation.

La rupture à dilatation complète est dite **tempestive**, plutôt au cours de la dilatation, **précoce** ; avant tout début de travail, **prématurée**. La poche des eaux c'est-à-dire l'intégrité des membranes a pour rôle de protéger le fœtus contre le traumatisme par le maintien d'une quantité suffisante de liquide amniotique, de protéger l'œuf contre l'infection.

❖ **Deuxième période : expulsion**

Correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance.

Traversée de la filière génitale :

- 1- Engagement** : C'est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Avant ce franchissement, la tête fœtale aura "orienté" son plus grand axe et se sera "amoindrie" en se fléchissant à l'extrême.

2-Descente et rotation : Au cours de sa descente dans l'excavation, la présentation doit faire une rotation telle qu'elle amène son plus grand axe à coïncider avec le plus grand diamètre du détroit supérieur qui est médian.

3-Dégagement : C'est le franchissement du détroit inférieur. Le dégagement se fait autour du point fixe sous la symphyse pubienne, la présentation prenant alors l'inverse de celle qu'elle avait précédemment ; le sommet primitivement fléchi se défléchit.

Chez la primipare cette période était en moyenne pour les classiques d'une (1) à deux (2) heures. Dans l'intérêt du fœtus, l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser vingt minutes chez la primipare. Elle est plus rapide, excédant rarement quinze minutes chez la multipare.

❖ **Troisième période : Délivrance**

Dernier temps de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

- décollement du placenta,
- expulsion du placenta,
- hémostase.

VARIETES DE PRESENTATIONS [3]

Pendant l'accouchement, le fœtus doit adapter ses dimensions à celles de la filière maternelle. Il ne peut franchir les limites relativement exigües du bassin dans n'importe quelle position. La façon pour le fœtus d'aborder le détroit supérieur détermine sa présentation qu'on peut ainsi définir : la présentation est la partie du fœtus qui occupe l'aire du détroit supérieur pour s'y engager et évoluer ensuite suivant un mécanisme qui lui est propre. On distingue :

a. Présentations céphaliques : les plus fréquentes (96%)

- Présentation du sommet (présentation de la tête fléchie)
- Présentation de la face (présentation de la tête défléchie)
- Présentation du front (intermédiaire à la flexion et à la déflexion). C'est la plus dystocique des présentations céphaliques

b. Présentation du siège

Le siège est dit **complet** lorsque les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen. Ainsi les membres inférieurs sont repliés devant la présentation dont ils font partie.

Le siège est dit **décompleté** lorsque les membres inférieurs sont étendus devant le tronc, jambes en extension totale, pieds à la hauteur de la tête fœtale.

Trois ordres de conditions prédisposent à cette présentation. Ce sont :

- la multiparité
- l'hypotrophie utérine de la primipare,
- les éléments surajoutés qui empêchent l'accommodation de la tête au détroit supérieur (l'hydramnios, la brièveté du cordon, la tumeur prævia, la grossesse gémellaire).

c. Les positions transversales et obliques (présentation de l'épaule)

C'est lorsque à la fin de la grossesse ou pendant le travail l'aire du détroit supérieur n'est occupé ni par la tête, ni par le siège du fœtus. Elles sont toujours dystociques et nécessitent une intervention.

DECHIRURES DU PERINEE

Les déchirures du périnée n'ont guère de signes fonctionnels (peu ou pas d'hémorragie, pas de douleur). Seule l'inspection permet d'apprécier le degré des lésions. La femme étant mise en position gynécologique, on voit en écartant les lèvres de la plaie si la déchirure est complète ou incomplète suivant qu'elle intéresse ou n'intéresse pas le sphincter anal et la muqueuse vaginale.

a. Déchirures incomplète

Les déchirures incomplètes ont trois (3) degrés : le premier est la déchirure de la commissure (déchirure bénigne). Dans un deuxième degré, le bulbo-caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux central sont intéressés, mais on voit les fibres transversales des muscles transverses du périnée encore intactes. Le périnée reste sous-tendu par ce cordage transversal. Ces déchirures moyennes sont encore bénignes. Dans le troisième degré, tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés, mais le sphincter anal reste intact. On le voit dans la plaie comme une virole musculaire. Il faut donc s'assurer de cette intégrité, point capital pour le pronostic et le traitement.

b. Déchirure complète

La déchirure atteint le sphincter anal en partie ou en totalité. Les bouts du sphincter rompu se rétractent, laissant communiquer la vulve et l'anus. Le toucher rectal ne soulève plus en avant que la muqueuse anale ; tout tissu musculaire a disparu.

c. Déchirure complète et compliquée

Lorsque la déchirure est compliquée, non seulement le sphincter est intéressé mais aussi une partie plus ou moins étendue de la muqueuse anale. Vagin et canal anal communiquent largement, constituant une sorte de cloaque. La déchirure anale a la forme d'un V à pointe supérieure.

d. Déchirure centrale

Cette forme anatomique particulière est rare. Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement. La tête vient buter au milieu du périnée qu'elle rompt entre la commissure et l'anus en laissant en avant un pont de tissu.

La déchirure se voit surtout dans la présentation du bregma et quelque fois de la face. Elle n'est pas verticale mais oblique.

La fréquence des différentes formes de déchirures est en raison inverse de leur gravité. Les déchirures incomplètes sont très fréquentes de 20 à 60% chez les primipares suivant les auteurs.

LESIONS VULVAIRES :

Les déchirures du périnée sont toujours associées à des lésions vulvaires basses dont elles ne se différencient pas. Mais les lésions vulvaires peuvent être isolées : lésions hyménéales, vulvaires antérieures et latérales.

➤ **Déchirures hyménéales**

Au cours de l'accouchement, la tête fœtale doit agrandir la vulve à ses propres dimensions. Les lésions hyménéales sont alors constantes chez la primipare. Le premier accouchement achève de détruire l'hymen non entièrement disparu après la défloration, ce que l'on remarque par l'apparition d'un filet de sang rouge au début du dégagement. Seule la multipare n'a plus de quelques restes d'hymen sans continuité connus sous le nom de caroncules myrtiformes, dont l'intérêt n'est guère que médico-légal. Hors ces déchirures hyménéales sans importance clinique, les déchirures isolées de la vulve ne sont pas fréquentes. En général, c'est le périnée qui se déchire. Et quand la vulve se rompt ou en avant, c'est souvent parce que le périnée est resté intact. La déchirure du périnée est parfois la sauvegarde de la vulve.

➤ **Antérieures clitoridiennes**

Les lésions vulvaires antérieures sont péri-clitoridiennes. Le gland du clitoris est rarement atteint. Ce sont ses deux branches latérales qui sont étirées ou effilochées. Les lésions sont le plus souvent unilatérales. Leur caractère est d'être hémorragique. Les petits vaisseaux, les artérioles donnent parfois à plein jet. Ce sont des lésions superficielles qu'il suffit parfois de tamponner mais qu'il vaut mieux suturer. On peut observer un décollement de la région urétrale, le sondage est alors difficile.

➤ **Latérales nymphéales :**

Quant aux lésions latérales, ce sont de petits éclatements vulvaires qui saignent moins que les lésions antérieures et n'ont d'autre inconvénient que leur cicatrisation quelque fois douloureuse, origine possible de dyspareunie. Plus rarement on peut observer la désinsertion d'une petite lèvre ou sa perforation comme à l'emporte-pièce, dont la cicatrisation ne se fait pas toujours spontanément. Les lésions des grandes lèvres siègent sur leur face interne sous forme d'éraillures. Le bord libre peut être sélectionné plus ou moins profondément.

DECHIRURES DU VAGIN :

Les déchirures obstétricales du vagin se divisent selon la hauteur des lésions en trois groupes de fréquence de mécanisme et d'aspect fort différents. Elles sont basses, hautes ou moyennes.

▶ **Déchirures basses** (périnéo-vaginales)

Ce sont de beaucoup les plus communes. Elles sont aussi fréquentes que les déchirures du périnée dont elles sont le complément constant. Elles sont étudiées avec les déchirures du périnée qui sont l'accident dominant ; bénignes en elles-mêmes, le pronostic est celui de la lésion périnéale. La rupture, toujours postérieure, n'est qu'un des éléments de la déchirure périnéale dont la réparation anatomique commence par la suture séparée des lèvres de la plaie vaginale au vicryl : sa minutie est une des conditions de la réussite opératoire.

▶ **Déchirures hautes** (du dôme vaginal)

Devenues exceptionnelles, elles intéressent les culs de sac vaginaux. Elles surviennent quelque fois par effraction. Une branche de forceps par exemple a été introduite non entre la tête et le col, mais en dehors de la lèvre cervicale ; puis on a forcé la résistance et perforé le cul-de-sac. D'où la règle de vérifier après l'application de l'instrument que la tête est prise et seule prise. Mais le mécanisme habituel est celui de l'éclatement. La pathogénie, le pronostic, l'aspect clinique et le traitement rappellent ceux des ruptures utérines. L'association avec une lésion du segment inférieur est d'ailleurs fréquente, soit que la déchirure ait commencé sur le segment inférieur pour s'étendre au cul de sac vaginal, soit que l'éclatement vaginal ait secondairement intéressé l'utérus. C'est donc au chapitre des ruptures utérines que sont décrites ces graves lésions traumatiques. Souvent la rupture vaginale reste sous péritonéale, donnant lieu à la constitution d'un hématome ou thrombus pelvien qui décolle le péritoine plus ou moins loin, parfois jusque dans la région lombaire, surtout si une branche artérielle de la cervico-vaginale a été intéressée par la déchirure. Ces déchirures sous péritonéales restent graves par l'infection du tissu cellulaire qu'elles peuvent entraîner et surtout par le choc qu'elles provoquent. Parfois justiciable du tamponnement et du traitement anti-infectieux lorsqu'elles sont incomplètes, ou même de la suture par voie basse, elles relèvent le plus souvent de la coeliotomie suivie de suture ou d'hystérectomie.

▶ **Déchirures de la partie moyenne**

Les déchirures précédentes avaient un tableau clinique d'emprunt, celui des déchirures périnéales pour les basses, celui des ruptures utérines pour les

hautes. Au contraire, les déchirures de la partie moyenne ont un aspect qui leur est propre.

DECHIRURES DU COL UTERIN

➤ **Définition et division :**

Ce sont les solutions de continuité non chirurgicales du col utérin, survenues au moment de l'accouchement. Pour en comprendre les variétés et les complications il est nécessaire de connaître les rapports anatomiques du col gravide. Les déchirures sous-vaginales ne menacent aucun viscère. Les déchirures sus-vaginales menacent le segment inférieur en haut, la vessie en avant, les rameaux vasculaires sur les cotés.

Les déchirures du col sont spontanées ou provoquées :

- **Spontanées :** toutes les altérations du col les favorisent. Les altérations peuvent être antérieures à la grossesse. Traumatiques, elles sont dues à des déchirures obstétricales précédentes, à des sections chirurgicales du col (amputation), à des lésions d'origine thérapeutique (électrocoagulations endocervicales trop profondes ou répétées). Pathologiques, elles sont dues à une maladie du col : cancer, chancre, lésion inflammatoire. Ces altérations pathologiques sont devenues exceptionnelles.
- **Provoquées :** plus graves que les déchirures spontanées, elles sont dues à des interventions mal indiquées ou exécutées dans de mauvaises conditions :
 - au cours de l'accouchement normal, on a fait pousser la femme trop tôt ;
 - on a fait une prise de forceps ou une extraction de la tête dernière avant la dilatation complète ;
 - Les incisions du col ne se pratiquent plus. Elles risquaient de se propager sous forme de déchirures au-dessus de l'insertion vaginale.

2- Situation sanitaire au Mali

Avec une population d'environ douze (12) millions d'habitants, un indice synthétique de fécondité des plus élevés du monde (6,7), le Mali se classe encore parmi les dix (10) derniers pays du monde par rapport aux objectifs du développement humain durable (PNUD). L'étude du plan décennal de développement sanitaire social du Mali de 1998 à 2008 montre que des progrès ont été réalisés. Ainsi, l'espérance de vie est passée de 56,9 ans en 1987 à 58,5 ans en 1994, le taux de mortalité infantile a régressé de 22%, la création de nombreuses structures de santé a permis la prise en charge de nombreuses maladies dès le premier échelon du système de santé. Depuis décembre 1990, le Mali a adopté une politique sectorielle de santé de population ayant pour objectif de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays.

Selon l'enquête EDS, réalisée en 1995-1996 16% des femmes sont atteintes de malnutrition aiguë. Au cours de l'accouchement, 50% seraient anémiées. Avec un taux de prévalence de 4%, la progression du SIDA devient inquiétante car l'on dénombre environ 248.000 séropositifs et 47.000 personnes décédées (MSSPAS 1998). Le réseau de structures de prestation de soins est organisé sous forme pyramidale avec de la base au sommet des formations sanitaires de premier, deuxième, troisième et quatrième niveau (PDDSS-1998).

► **Structures de 4^{ème} niveau ou de référence tertiaire :**

Ce sont les hôpitaux nationaux :

- Hôpital du Point G,
- Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré,
- Hôpital de Kati,
- Centre National d'Odonto-Stomatologie,

► **Structures de 3^{ème} niveau ou de 2^{ème} référence :**

Ce sont les hôpitaux régionaux. Il en existe dans chacune des régions du Mali.

► **Structures de 2^{ème} niveau ou de 1^{ère} référence :**

Ce sont les hôpitaux secondaires et centres de santé de Cercle.

► **Structures de 1^{er} niveau :**

Ce sont les centres de santé communautaire (CSCOM) et les centres de santé d'Arrondissement revitalisés (CSAR).

► **Secteur privé :**

Autorisées depuis 1985, les structures privées sanitaires sont surtout concentrées dans les grandes villes principalement à Bamako.

► **Formations sanitaires confessionnelles :**

Elles existent pratiquement dans toutes les régions du Mali y compris le District de Bamako et participent d'une certaine manière à l'augmentation de la couverture sanitaire.

► **Réseau de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) :**

Pour assurer sa mission de protection sanitaire des travailleurs qui lui sont affiliés, l'INPS a mis en place un réseau de centres médicaux inter-entreprises (CMIE).

► **Service de Santé des Armées :**

Comporte essentiellement les infirmeries et maternités de Garnison auxquelles ont accès les hommes en uniforme et leurs familles. Certaines dispensent des soins au public de proximité.

► **Sous-secteur de la pharmacie :**

La pharmacie populaire du Mali (PPM) est l'actrice la plus importante pour la mise en œuvre de la politique pharmaceutique, d'abord en raison de son statut d'établissement public à caractère industriel et commercial et ensuite de par son réseau de magasins régionaux et officines témoins.

► **Structures de formation et de recherche :**

Le Mali dispose de structures de formation initiale pour l'ensemble du personnel nécessaire à l'animation des structures de premier niveau et de première référence. La FMPOS fournit depuis 1973 beaucoup de Médecins et de Pharmaciens par an.

L'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) forme des infirmiers, sages-femmes, techniciens de laboratoire et d'assainissement et comprend l'Ecole Secondaire de la Santé (ESS), le Centre de Spécialisation des Techniciens de Santé (CSTS), l'Ecole de Formation pour le Développement Communautaire (EFDC).

Le personnel est mal reparti entre d'une part la capitale et les autres régions et d'autre part entre les zones urbaines et les zones rurales. Bamako concentre plus de la moitié du personnel socio-sanitaire du pays :

- 57% des médecins,

ACCOUCHEMENT NON ASSISTE A L'HOPITAL DE TOMBOUCTOU

- 41% des infirmiers,
 - 64% des sages-femmes
- travaillent à Bamako (PDDSS-1998).

C-Epidémiologie :

Si la grande majorité des accoucheurs et surtout des accoucheurs français sont favorables à la généralisation de l'accouchement en milieu hospitalier, l'accouchement à domicile a encore ses partisans. En fait, la prévalence des accouchements à domicile varie beaucoup suivant les régions et les classes sociales [5].

En Afrique les enquêtes épidémiologiques sont peu nombreuses et le taux de prévalence varie d'un pays à l'autre.

Au Mali, l'accouchement à domicile a une fois fait l'objet d'une étude rétrospective ayant estimé la prévalence à **4,02% [8]**.

Le tableau 1 ci-dessous illustre la fréquence de l'accouchement à domicile selon les auteurs.

Tableau 1 : Epidémiologie

Auteurs	PAYS	FREQUENCE
MALAM [18]	Niamey (Niger)	11%
BONANE.B [2]	Ouagadougou(Burkina Faso)	1,2%
KISTA ET COLL [13]	Cap Town (Afrique du Sud)	8%
HABSSATOU .T [9]	Bamako (Mali)	7%
NOUHOUM .D [21]	Bamako (Mali)	4,02%

Tableau 2: Taux d'accouchement non assisté par région et le district de Bamako (2003-2007) [7]

Années	Bamako	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Gao	Kidal	Mali
2003	7	74	62	47	61	71	85	85	86	58
2004	6	66	55	34	51	70	82	83	86	51
2005	3	60	47	36	50	66	76	80	82	47
2006	1	58	42	41	45	60	73	78	76	45
2007	6	50	39	33	40	63	65	78	83	42

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude a lieu à l'hôpital de Tombouctou.

1.1. Aspect historique et géographique de la ville de Tombouctou :

a. Aspect historique : La ville de Tombouctou ou plutôt Timbuctu, fut fondée par les touaregs entre 1080 et 1100 de l'ère chrétienne. C'était au départ un simple point d'eau où était installée une femme du nom de Bouctou. Elle entre dans l'histoire avec ce qui sera désormais sa caractéristique essentielle : une société multiraciale et multiethnique où l'adhésion à la même foi religieuse l'islam et le goût prononcé des habitants pour le commerce seront les principaux facteurs de développement et de brassage. En effet, elle était devenue un centre où s'échangeaient des tissus, des armes, du sel apportés par les caravanes et des manuscrits contre de l'or, de l'ivoire, des esclaves.

b. Aspect géographique :

Sixième région du Mali, Tombouctou est créée en 1977 par l'ordonnance N°77-45/CMLN. Elle couvre une superficie de 347.438 Km² en plein Sahara, soit 40% du territoire national. La population en 2005 est estimée à 557131 habitants (source perspective DNSI 98) soit une densité d'un habitant/Km². Elle est composée de cinq (5) cercles à savoir : Tombouctou, Goundam, Diré, Niafouké et Gourma Rharous et compte 6 communes dont une urbaine. La région de Tombouctou est la 6^{ème} région administrative du Mali, située entre le 15^{ème} et 25^{ème} parallèle de latitude Nord, limitée à l'ouest par les cercles de Diré et Goundam, au Nord par la Mauritanie et l'Algérie, au sud par le cercle de Gourma Rharous et à l'Est par le cercle de Bourem. Elle partage une longue frontière désertique de 620kilomètres avec l'Algérie, de 1280kilomètres environ avec le Burkina Fasso et 1240kilomètres environ avec la Mauritanie au Nord.

Les principales villes du cercle : ville de Tombouctou

Les villages, chefs lieux de commune (Toya, Aglal, Bourem Inaly, Ber et Agouni).

Le climat est sahélien au Nord et au sud, le vent dominant est l'harmattan qui souffle presque toute l'année du nord-est vers le Sud-ouest.

Le relief est à 95% dunaire.

Les principaux groupes ethniques sont : les sonrhaïs (en majorité), les Tamasheqs, les Bozos (dont 90% en milieu rural), les peulhs, les bambaras, exerçant comme activités principales : l'agriculture, l'élevage, la pêche, le commerce et l'artisanat.

La région de Tombouctou connaît d'énormes difficultés à savoir :

- l'enclavement dû en partie par l'immensité du territoire et du désert ;
- le problème d'eau potable dans certaines zones ;
- le sous équipement ;
- la grande mobilité des populations.

Cependant, elle recèle d'énorme potentialité à savoir :

- le fleuve Niger et les différents lacs favorables à la pêche ; l'agriculture, et à la navigation (principale voie de transport en période de crue des eaux) ;
- Les sites touristiques ;
- Un cheptel de qualité pour l'exportation ;

- Le grand ensoleillement pour la production de l'énergie solaire ;
- Du vent pour la production de l'énergie, qui pourrait avec une bonne exploitation, ouvrir au développement socio-économique de la région et même du pays.

1.2. Présentation de l'hôpital de Tombouctou :

1.2-1 Historique :

Bien avant 1946, l'hôpital de Tombouctou actuel se nommait «Infirmierie hôpital» c'était un hôpital militaire (titre foncier N° 35) avec comme personnel deux médecins dont un médecin de troupe coloniale qui s'occupait des militaires et un médecin hors cadre qui s'occupait des civils.

En 1953 une maternité fut construite (actuellement le pavillon d'hospitalisation de pédiatrie).

En 1958 le pavillon d'hospitalisation de la chirurgie, ainsi que le bloc chirurgical furent construits ; c'est l'emplacement actuel du pavillon d'hospitalisation de la chirurgie ; la même année la pharmacie fut construite, et en 1978 ce fut le tour de la construction de la pédiatrie.

C'est en 1992, grâce à un financement accordé par la BAD (Banque Africaine pour le Développement) que l'actuel hôpital de Tombouctou a vu le jour.

Compte tenu de la transformation des hôpitaux en EPH (Etablissement Public Hospitalier) suivant la loi hospitalière N°50 de janvier 2002, il assure la fonction de :

- première référence pour le service socio sanitaire de Tombouctou, la CMIE INPS (centre médical Inter Entreprise), les CSCOM de Kabara, de Bella Farandi et l'infirmierie de Garnison ;
- seconde référence pour les autres cercles de la région qui sont : Goundam, Dire, Niafouké et Gourma Rharous.

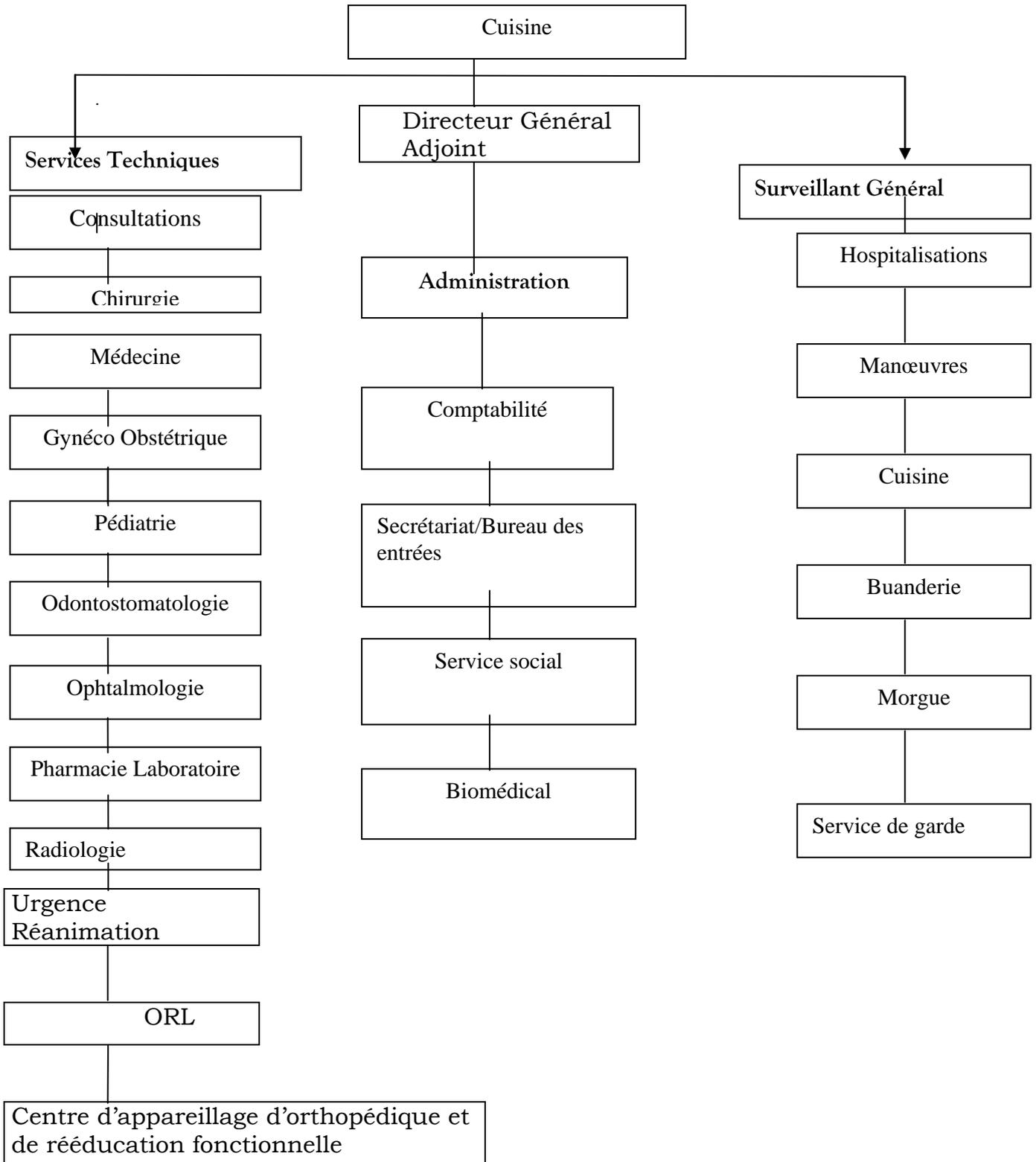
1.2-2 Composition :

De sa date d'ouverture à nos jours il y a eu trois (3) Directeurs qui se sont succédés dont les noms : Dr Doundey Maïga Août 1992 ; Dr Charles Fau 1994-2004 ; Dr Dekoro Jérôme Dakouo chirurgien 2004 à nos jours.

De sa date d'ouverture le 10 août 1992 à 2009 l'hôpital de Tombouctou compte onze (11) services techniques tous fonctionnels :

- un service Administratif composé d'une Direction et d'un bureau des entrées,
- un service de Médecine,
- un service de chirurgie,
- un service de pédiatrie,
- un service d'Urgence (Réanimation),
- un service de Laboratoire et de Pharmacie,
- un service de Gynéco obstétrique,
- un service de Radiologie,
- un service d'Ophtalmologie,
- une unité d'ORL,
- un service d'Odontostomatologie,
- un service Social,
- un service de Kinésithérapie, d'Orthopédie et de Rééducation Fonctionnelle,
- une Cuisine,
- une Buanderie et une Morgue.

1.2-3 Organigramme de l'hôpital :



1.2-4 Situation des personnels et moyens logistiques:

Qualification	Existant	Etat	Collectifs Territoriaux	Ressource propre	Autres
Médecins Généralistes	3	3			
Pharmacien	3	2			Banque de sang
Médecin Interniste	1	-			1 brigade cubaine
Gynécologue	1	1			
Ophthalmologue	1	-			
Chirurgien	1	1			Directeur de l'hôpital
Chirurgien dentiste	1	1			
Pédiatrie	1	-			1 brigade cubaine
Faisant fonction d'interne	1	-			
Assistant Médical	5	5			2 Ophtalmo-1 Odonto- 1 Radio 1 Réanimation
Technicien de Santé	4	4			
Technicien Supérieur Labo	5	5			
Technicien Supérieur de Santé	12	12			
Sage Femme	3	3			
Matrone	1	0		1	
Aide soignant	7	7			
TSDSES	1	1			
Technicien biomédical	1	1			
Secrétaire de Direction	1	-		1	
Gestionnaire Hospitalier	1	1			
Comptable	4	4			
Chauffeurs	5	5			
Gardiens	-	-		1	
Manœuvre	6	-		1	
TOTAL	68				

MOYENS LOGISTIQUES :

Matériels	Marques	Date de mise en service	Nombre	Etat actuel		
				Bon	Passable	Mauvais
Ambulance	Toyota Land cruiser 4WD	2009	1	x		
Ambulance 4x4	Toyota	2002	1			x
Autres véhicules 4x4	Nissan	1996	1			x
	Toyota	1999	1			x
	Toyota	2005	1		x	
	Wingles	2008	1	x		
Moto	Yamaha	2001	1			x
Réfrigérateur	Polaris sibir	1997	1			x
		1996	1			x
Congélateur	Enième	2003	1			x
Ordinateur		/	12	8 x	4 x	
Groupe électrogène	Deluxe France	1992	2		2 x	
Equipement forage		1992	1			x

1.3-DEROULEMENT DU TRAVAIL

=>**Organisation du travail** : La loi hospitalière N°02-050 du 22 juillet 2002 réforme les hôpitaux régionaux en établissement public hospitalier conformément à une nouvelle orientation dans le système de gestion et de fonctionnement des hôpitaux d'où l'établissement d'un projet de développement.

Au regard des autres hôpitaux, le travail à l'hôpital régional de Tombouctou commence par un staff quotidien à 8h00.

Le staff a pour objet la formation continue et compte rendu des événements au sein de l'hôpital et autres (divers) en dehors des heures de service.

La garde est assurée dans les services de médecine, de chirurgie, de gynécologie, de pédiatrie, la pharmacie et le bureau des entrées. L'équipe de garde est constituée par :

- trois infirmiers ou techniciens supérieurs chefs de poste,
- trois aides soignants,
- un vendeur de pharmacie hospitalier de nuit,
- un guichetier,
- un manoeuvre,
- un chauffeur,
- et les élèves stagiaires.

Les infirmiers font appel au médecin concerné en cas de besoin.

=>**Parcours du patient** :

Le patient passe par le bureau des entrées où il prend un ticket de consultation externe à 1000 F CFA pour les adultes et 500 F CFA pour les enfants. La gratuité est accordée aux personnes qui sont notifiées par le décret 311 (élèves, personnes âgées). Ensuite le patient est orienté vers le bureau de consultation. La prescription des médicaments est en majeure partie en DCI disponible dans la pharmacie de l'hôpital. Les examens complémentaires sont demandés et disponibles en cas de besoin. Les évacuations et les références sont effectuées conformément au système sanitaire vers le 3^{ème} niveau de référence (CHU Gabriel TOURE).

=>**Hospitalisation du malade** :

L'hospitalisation est décidée par le médecin lors de la consultation externe ou lors de la garde. La référence et évacuation sont systématiquement hospitalisées. Les pavillons d'hospitalisation sont confiés aux différents médecins chefs de service et à leurs majors qui gèrent les supports de gestions hospitaliers. Les majors ont pour tâches la surveillance, le contrôle et le remplissage des supports pour la qualité des soins et le bon fonctionnement du service.

=>**Les coûts d'hospitalisations** :

Tout patient hospitalisé paye un frais dont le montant dépend de la catégorie de la salle d'hospitalisation :

- 1^{ère} catégorie 2500 F,
- 2^{ème} catégorie 1500 F,
- 3^{ème} catégorie 1250 F.

=>**Les frais d'accouchements : 4000F**

=>Approvisionnement en médicaments essentiels

La pharmacie hospitalière s'approvisionne au niveau du dépôt régional suivant le schéma directeur d'approvisionnement en médicament essentiel :

- fiche de stock,
- ordonnancier,
- livre de caisse,
- cahier de versement des recettes.

2-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective cas- témoin avec appariement 1/2 d'une même tranche d'âge.

3-Période d'étude

Elle s'est étendue sur une période de 12 mois, du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2010.

4-Population d'étude

Notre étude a porté sur tous les accouchements non assistés par un personnel de santé qualifié pour le cas. Les accouchées qui consultent pour des complications maternelles et/ ou néonatales ou autres causes.

Le groupe témoin était constitué des femmes ayant accouché dans la maternité et enregistrées immédiatement à la suite de la patiente cas.

5- Critères d'inclusion : Nous avons inclus dans cette étude toutes les accouchées à partir de six mois de grossesse (28 SA) à domicile ou en cours de route sans assistance médico-obstétricale et admises à l'hôpital dans le service de gynécologie obstétrique pour complications ou autres.

6- Critères de non-inclusion : nous avons exclu de cette étude tous les accouchements assistés, les fausses couches et les accouchements non assistés admis dans le service après 24 heures

7- Variables

-Les variables étudiées sont portées en annexes sur le questionnaire.

8- Recueil traitement et analyse des données: Nous avons enregistré les données sur un questionnaire individuel (fiche d'enquête) remplie à partir des carnets de CPN, des partogrammes et des registres d'accouchement. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-info 6.04dfr, Word 2007.

Le test statistique utilisé a été l'OR (ood-ratio).

Les différences constatées étaient considérées significatives pour une P < 0,05.

9- Aspect éthique:

Toutes les patientes ont été soumises à un counseling avec leur consentement éclairé. Ce consentement a été obtenu à l'interrogatoire de la patiente. L'anonymat a été respecté.

10- Définitions opératoires :

- **Référence :** c'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation prénatale.
- **La Période néonatale :** Elle s'étend du premier jour de la naissance au 28^{ème} jour de vie. Elle est divisée en deux parties :

-**la période néonatale précoce** : elle s'étend de l'accouchement au 7^{ème} jour de vie ;

-**la période néonatale tardive** : elle s'étend du 8^{ème} jour jusqu' à la fin du 28^{ème} jour.

- **La période périnatale** : Elle s'étend de la 22^{ème} semaine de la grossesse à la fin de la première semaine de vie post natale.
- **Naissance vivante** : Un bébé est dit né vivant, s'il présente à l'expulsion ou à l'extraction un ou plusieurs signes de vie : cri ; respiration ; battements cardiaques ; pulsation du cordon.
- **Mort-né** : C'est un nouveau-né sans aucun signe de vie .On distingue deux types de mort-né :
 - **mort-né frais** : ici le décès est survenu peu de temps avant la naissance ; suite à un problème durant le travail d'accouchement. Le corps du bébé apparaît normal et la peau apparaît normale dans sa texture et sa consistance, bien qu'elle puisse être pâle ;
 - **mort-né macéré** : Le corps du nouveau-né peut être déformé ; il est mou ; souvent plus petit que le normal et la peau a un aspect malsain avec décoloration et desquamation.
- **Réanimation** : C'est un ensemble de procédures destinées à restaurer les fonctions vitales du nouveau-né.
- **Nouveau-né à terme** : C'est un bébé né d'une grossesse âgée de 37-42 semaines d'aménorrhée.
- **Nouveau-né prématuré** : C'est un bébé né avant 37 semaines d'aménorrhée.
- **Naissance post-terme** : Accouchement intervenant après la 42^{ème} semaine d'aménorrhée.
- **Nullipare** : Jamais accouché
- **Primipare** : Un accouchement
- **Paucipare** : 2-3 accouchements
- **Multipare** : 4-5 accouchements
- **Grande multipare** : >ou= 6 accouchements
- **Primigeste** : Une grossesse
- **Paucigeste** : 2-3 grossesses
- **Multigeste** : 4-5 grossesses
- **Grande multigeste** : >ou= 6 grossesses
- **Score d'APGAR** : C'est l'ensemble des paramètres cotés de 0 à 2 destinés à apprécier le bien être foetal.
 - 0 = mort
 - < 3 = état de mort apparent
 - ≤ 7 = mauvais état
 - 8 - 10 = bon
- **Score de Glasgow** : c'est un score destiné à apprécier l'état général du patient : il est coté de 0 à 15.
 - Entre 4 et 5 = Coma stade III
 - Entre 6 et 7 = Coma stade II
 - Entre 9 et 12 = Obnubilation
 - Entre 13 et 15 = Etat général bon.

RESULTATS

IV. RESULTATS :

1- Fréquence :

Au cours de la période d'étude, 647 accouchements ont été enregistrés dont 52 accouchements non assistés, soit une fréquence de 8,04%

2- Caractéristiques socio-démographiques :

Tableau1 : Répartition mensuelle des accouchements non assistés

Mois	Cas	
	N	%
Janvier	3	5,8
Février	3	5,8
Mars	3	5,8
Avril	6	11,5
Mai	7	13,5
Juin	6	11,5
Juillet	9	17,3
Août	2	3,8
Septembre	2	3,8
Octobre	5	9,6
Novembre	2	3,8
Décembre	4	7,7
Total	52	100

Tableau 2 : Répartition par tranche d'âge des femmes

Tranche d'âge	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
< 20 ans	12	23,1	30	28,8
20 – 24 ans	14	27	10	9,6
25 – 29 ans	9	17,3	15	14,4
30 - 34 ans	10	19,2	29	27,9
35 ans et plus	7	13,5	20	19,2
Total	52	100	104	100

OR= 2,8

IC_{95%} = 0,85 – 4,76

P = 0,05

L'âge moyen des cas est de 18,2 ans avec des extrêmes de 14 et 48 ans et celui des témoins 18ans.

Tableau 3 : Répartition des femmes selon la provenance

Cercles	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Diré	8	15,4	1	1,0
Goundam	6	11,5	2	1,9
Gourma Rharous	2	3,8	0	0
Tombouctou	36	69,2	101	97,1
Total	52	100	104	100

Tableau 4: répartition des femmes selon l'ethnie:

Ethnies	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Arabe	8	15,4	15	14,4
Bambara	4	7,7	20	19,2
Peulh	1	1,9	12	11,5
Sonrhäi	14	26,9	44	42,3
Tamasheq	25	48,1	13	12,5
Total	52	100	104	100

Tableau5 : Répartition des femmes selon le statut matrimonial:

Etat matrimonial	cas		Témoins	
	n	%	n	%
Mariée	48	92,3	89	85,6
Célibataire	4	7,7	15	14,4
Total	52	100	104	100

OR : 1,08 IC_{95%} = 0,88 - 3,04 P = 0,047

Tableau 6 : Répartition des femmes selon la profession

Profession	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Ménagère	50	96	11	10,6
Fonctionnaire	1	2	35	33,7
Vendeuse	1	2	43	41,3
Elève/étudiant	0	0	15	14,4
Total	52	100	104	100

OR=9,6 IC_{95%} = 7,64 - 11,56 P = 0,03

Tableau 7 : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction :

Niveau d'instruction	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Analphabète	46	88,46	28	26,92
Primaire	6	11,5	59	56,7
Secondaire	0	0	15	14,4
Supérieur	0	0	2	1,9
Total	52	100	104	100

OR = 3,28 IC_{95%} = 1,32 – 5,24 P = 0 ,02

Tableau 8 : Répartition des femmes selon la profession du procréateur :

Profession du conjoint	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Cultivateur	35	67,30	13	12,5
Chauffeur	5	9,6	8	4,8
Commerçant	8	15,4	22	21,2
Fonctionnaire/Privé	4	7,8	61	58,7
Total	52	100	104	100

OR=5,38

IC_{95%} = 3,42 – 7,34

P = 0,02

3- Clinique :

a- Antécédents :

Tableau9 : Répartition des femmes selon la parité :

Parité	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Primipare	14	26,9	41	39,4
Pauci pare	16	30,8	11	10,6
Multipare	10	19,2	30	28,8
Grande multipare	12	23,1	22	21,2
Total	52	100	104	100

OR : 2,9

IC_{95%} = 0,94 – 4,86

P = 0,046

Tableau 10 : Répartition des femmes selon le nombre d'enfant vivant :

Enfant vivant	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
0	3	5,8	53	51,0
1 – 3	27	51,9	21	20,2
4 – 6	17	32,7	19	18,3
7 et plus	5	9,6	11	10,6
Total	52	100	104	100

OR = 2,57 IC_{95%} = 0,61 – 4,53 P = 0,56

Tableau11 : Répartition des femmes en fonction d'antécédents de mort-né

Mort-né	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	47	90,4	6	5,8
Non	5	9,6	98	94,2
Total	52	100	104	100

OR= 15,59 IC_{95%} = 13,63 – 17,55 P = 0,89

Tableau12 : Répartition des femmes en fonction d'antécédent d'avortement spontané

Avortements spontanés	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	35	67,3	11	10,6
Non	17	32,7	93	89,4
Total	52	100	104	100

OR = 6,35 IC_{95%} = 4,39 – 8,31 P = 0,76

Tableau13 : Répartition des femmes en fonction d'antécédents d'accouchement à domicile

Accouchement à domicile	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	38	73,1	2	1,9
Non	14	26,9	102	98,1
Total	52	100	104	100

OR= 38,47 IC_{95%} = 36,51 – 39,43 P = 0,036

Tableau14 : Répartition des femmes en fonction d'antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
HTA	5	9,6	35	33,7
Diabète	1	1,9	2	1,9
U.G.D	10	19,2	22	21,2
Aucun	36	69,2	45	43,3
Total	52	100	104	100

Tableau15 : Répartition des femmes en fonction d'antécédents chirurgicaux

Antécédents médicaux	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Césarienne	2	3,8	23	22,1
Myomectomie	3	5,8	10	9,6
Aucun	47	90,4	71	68,3
Total	52	100	104	100

b- suivi prénatal :

Tableau 16 : Répartition des femmes en fonction du suivi prénatal (CPN) :

CPN	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Non	32	61,5	4	3,8
Oui	20	38,5	100	96,2
Total	52	100	104	100

OR=16,18

IC_{95%} = 14,22 – 18,14

P = 0,006

Tableau 17 : Répartition des femmes en fonction du nombre de suivi prénatal :

Nombre de CPN	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
1	10	50	0	0
2	7	35	2	2
3	3	15	7	7
4	0	0	91	91
Total	20	100	100	100

Tableau 18 : Répartition des femmes en fonction de la qualification des prestataires du suivi prénatal

Auteurs des CPN	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Matrone	15	75	4	4
Infirmière obstétricienne	5	25	12	12
Sage femme	0	0	27	27
Médecin	0	0	57	57
Total	20	100	100	100

OR_{matrone}=18,75

IC_{95%} =16,79-20,71

OR_{I0}=2,08

P = 0,038

Tableau 19 : Répartition des femmes en fonction du lieu du suivi prénatal

Lieu de CPN	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
CSCOM	16	80	6	6
CSRéf	3	15	19	19
Hôpital	1	5	75	75
Total	20	100	100	100

OR=13,33 IC_{95%} = 11,37-15,29 P = 0,04

c- Conditions de l'accouchement :

Tableau 20 : Répartition des femmes en fonction du lieu d'accouchement :

Lieu d'accouchement	Cas	
	n	%
Domicile	49	94,2
En cours de route	3	5,8
Total	52	100

Tableau 21 : Répartition des femmes en fonction de la personne ayant assisté la parturiente

Personne ayant assisté la parturiente	Cas	
	n	%
Grande mère	39	75
Tante	6	11,5
Sœur	4	7,7
Matrone	2	3,8
Sans aucune aide	1	1,9
Total	52	100

Tableau 22 : Répartition des cas en fonction du lieu de la délivrance:

Lieu de la délivrance	Cas	
	n	%
Domicile	47	90,4
Centre de santé	4	7,7
En cours de route	1	1,9
Total	52	100

Tableau 23 : Répartition des cas en fonction du type de délivrance

Type de délivrance	Cas	
	n	%
Spontanée	48	92,3
Artificielle	4	7,7
Total	52	100

Tableau 24 : Répartition des cas en fonction du lieu de la section du cordon

Section du cordon	Cas	
	n	%
Domicile	50	96,2
Centre de santé	1	1,9
En cours de route	1	1,9
Total	52	100

Tableau 25 : Répartition des cas en fonction de la personne qui a fait la section du cordon

Personne qui a fait la section	Cas	
	n	%
Parents	49	94,2
Personnels de santé	3	5,8
Total	52	100

Tableau 26 : Répartition des femmes en fonction de l'état du placenta et membranes

Etat du placenta et membranes	Cas	
	n	%
Non vu	35	67,3
Complet	14	26,9
Incomplet	3	5,8
Total	52	100

Tableau 27 : Répartition des patientes selon le pronostic maternel à l'admission

Score de Glasgow	Cas	
	n	%
Bon	25	48,1
Obnubilation	26	50
Coma	1	1,9
Total	52	100

d- Complications maternelles :

Tableau 28 : Répartition des femmes en fonction du type de complications à l'admission

Type de complications	Cas		Témoins		P
	n	%	n	%	
Anémie clinique	31	59,6	5	4,8	P= 0 ,012 OR= 29,2 IC _{95%} = 27,24 - 31,16
Hémorragies de la délivrance	12	23,1	1	1,0	P= 0,02 OR= 30,9 IC _{95%} = 28,94 – 32,86
Rétention placentaire	4	7,7	1	1,0	P= 0,04 OR= 8,6 IC _{95%} = 6,64 – 10,56
Lésions périnéales	2	3,8	0		
Déchirure du col	1	1,9	0		
Eclampsie	1	1,9	0		
Total					

Tableau 29 : Répartition des femmes ayant bénéficié d'une révision utérine

Révision utérine	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	51	98,1	2	1,9
Non	1	1,9	102	98,1
Total	52	100	104	100

Tableau 30 : Répartition des patientes ayant bénéficié d'une transfusion

Transfusées	Cas	
	n	%
Oui	15	28,8
Non	37	71,2
Total	52	100

NB : Nous n'avons enregistré aucune patiente transfusée parmi les témoins.

Tableau 31 : Répartition des patientes selon le nombre de poche de sang reçue

Nombre de poche de sang reçue	Cas	
	n	%
1 - 2	7	46,7
3 - 4	8	53,3
Total	15	100

Tableau 32 : Raisons d'accouchement non assisté :

Causes	Cas	
	n	%
Accouchement habituel à domicile (Méconnaissance du danger)	32	61,5
Le manque de moyens financiers	12	23,1
Le manque de moyens de déplacement	7	13,5
Absence du mari et parents	1	1,9
Total	52	100

4- Pronostic foetal:

Tableau 33 : Répartition en fonction de l'état du nouveau-né à la naissance

Etat du nouveau né	Effectif	Pourcentage
Mort né	7	13,5
Vivant	45	86,5
Total	52	100

Tableau 34 : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids

Poids	Effectif	Pourcentage
< 2500	7	13,5
2500 – 3500	43	82,7
> 3500	2	3,8
Total	52	100

Tableau 35 : Répartition en fonction de l'état du nouveau né à j1

Etat du nouveau-né à J1	Effectif	Pourcentage
Vivant	47	90,4
Décédé	5	9,6
Total	52	100

5- FACTEURS DE RISQUE D'ACCOUCHEMENTS NON ASSISTES :

Nous avons identifié les principaux facteurs de risques qui peuvent favoriser les accouchements non assistés, il s'agit entre autres:

- La profession ménagère 96%
- L'absence d'instruction scolaire de la femme ou du mari 88,46%
- Le faible niveau de qualification du personnel de suivi prénatal
- Accouchement habituel à domicile dans 61,5%
- La multiparité dans 30,8%

COMMENTAIRES/ DISCUSSION

V -COMMENTAIRES/ DISCUSSION :

1. Fréquence :

La présente étude effectuée à l'EPH de Tombouctou a obtenu un taux d'accouchement non assisté de 8,04%. Ce taux est supérieur à ceux obtenus par OUOLOGUEM ALY DAOUDA [25] CS Réf CI BKO, DIARRA. N [8] CV BKO, MICHEL. S [20] HGT, AKPADZA J. K [1] Lomé, avec respectivement 3,8%, 4,02%, 2,8%, 1,8%.

Dans les pays en voie de développement comme le Mali, la fréquence élevée d'accouchements non assistés peut s'expliquer surtout par les pesanteurs socioculturelles et l'ignorance des risques de l'accouchement non assisté par un personnel qualifié [8].

En effet, un certain nombre de femmes ayant accouché à domicile ne se rendent pas à la maternité surtout si elles ne semblent présenter aucun problème à l'issue de l'accouchement.

2- Caractéristiques socio-démographiques des patientes :

De nombreux facteurs de risques d'accouchements non assistés ont été identifiés....

a - Age :

Dans notre série l'âge moyen des cas était de 18,2 ans. Diarra. N [8], Michel. S [20], Hirsch [11], Prudhomme [26] et Touré B. et coll. [28] trouvent respectivement un âge moyen de 27,4 ans, 25 ans, 26,1 ans, 26,15 ans et 24 ans.

b- Niveau d'instruction :

On a noté un taux de 88,46% de femmes non scolarisées dans notre série. Ce taux est supérieur à ceux de Diarra. N [8] avec 55,8%, Hirsch [11] avec 52,5% et Touré. B et coll. [28] qui trouvent 79,76%.

L'analphabétisme exposerait la femme au risque d'accouchement non assisté.

c- Profession de la femme :

Dans notre étude, 96% des femmes sont ménagères et le mari est cultivateur dans 36,5% des cas (professions à faible revenu).

La situation socio-économique précaire de nos cas justifierait probablement le choix d'un accouchement à domicile. D'autres causes peuvent s'ajouter à la précédente comme le retard à la prise de décision de se rendre à la maternité en temps opportun, et le coût élevé des prestations qui ne semble pas être à la portée de toutes les ménages.

Cette réflexion nous rapproche des constatations de Lavaud et al [15] qui ont rapporté dans leur série que les conditions socio-économiques défavorables influencent le lieu d'accouchement.

Ceci serait le reflet du contexte général de pauvreté qui prévaut au Mali.

3- Antécédents :

●Parité :

Les paucipares sont les plus représentées dans notre série avec 30,8%.

Ce taux est inférieur à celui de Diarra. N [8] CV BKO avec 32,42%, et à celui de AKPADZA J. K [1] à Lomé qui trouve un taux de 58,9%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les paucipares ont effectué moins de CPN dans notre étude.

L'accouchement non assisté concerne aussi les primipares, avec 26,9%. Les multipares et les grandes multipares représentent respectivement 19,2% et 23,1% des accouchements non assistés dans notre série. Le fait que les multipares et les grandes multipares accouchent à domicile peut s'expliquer par la durée du travail d'accouchement trop rapide et également par la notion « d'expérience acquise » lors des accouchements précédents [26].

4-Histoire de la grossesse actuelle :

•Suivi prénatal :

Le mauvais suivi de la grossesse a été le dénominateur commun aux femmes ayant accouché sans assistance médico-obstétricale. Dans 38,5% des cas, les grossesses sont mal suivies et non suivies dans 61,5%. Ce résultat est conforme aux données rapportées par la littérature [3,8]

5- complications maternelles :

La majorité des femmes de notre série ont présenté des complications soit 98,1%. Parmi ces complications nous pouvons citer:

◆Les lésions périnéales qui ont été observées dans 3,8% des cas.

Ce taux est comparable à celui d'Olivier [22] 4% alors que Ménard [22] trouve 6,83%.

◆La rétention placentaire qui a été observée dans 12,4 % des cas.

Ce taux est inférieur aux 29 % obtenus par Diarra. N [8]

◆L'hémorragie de la délivrance dans 23,1% des cas.

Ce taux est inférieur au 25% obtenus par Diarra. N [8], mais nettement supérieur aux 2,78% rapportés par Touré. B et coll. [28].

Le risque de présenter une hémorragie de la délivrance est plus élevé en cas d'accouchement non assisté.

◆L'anémie clinique était la pathologie la plus fréquemment rencontrée chez les femmes ayant accouché sans assistance médico-obstétricale.

Nous avons noté un taux de 59,6% dans notre série. Cependant, on ne peut exclure la participation d'une anémie chronique antérieure à l'accouchement.

6- Raisons évoquées :

Parmi les raisons évoquées pour justifier l'accouchement non assisté, nous avons retrouvé en premier lieu l'accouchement habituel à domicile dans 61,5% des cas ; par contre Touré. B et coll. [28] au Burkina Faso et AKPADZA J. K [1] à Lomé notent respectivement, dans 59,22 % des cas un travail d'accouchement rapide et 56,1% la surprise par l'accouchement.

Le manque de moyens financiers a été évoqué dans 23,1% des cas contre 8,5% dans la série d'AKPADZA J. K [1] à Lomé.

Le manque de moyens de déplacement a été noté dans 13,5% et l'absence du mari ou d'accompagnant a été retrouvée dans 1,9% des cas contre 5,4% obtenus par Touré. B et coll. [28].

7- Pronostic foetal:

Nous avons colligé 52 nouveau-nés dans notre série, parmi lesquels nous n'avons pas enregistré de jumeaux.

a. Morbidité :

Dans 15,4% des cas, les nouveau-nés présentaient un état de mort-né, ce taux est inférieur à celui rapporté par Diarra. N [8] avec 34,05%.

Dans notre série 13,5% des nouveau-nés avaient un petit poids de naissance.

Cela pourrait être dû à l'absence d'un bon suivi prénatal.

Les principales causes de référence des nouveau-nés: La prématurité, la souffrance néonatale et le petit poids de naissance ont été essentiellement les principaux motifs de référence en service de pédiatrie.

b-Mortalité :

Nous avons enregistré 3 mort-nés soit 5,8% dans notre série.

Ce taux est inférieur à celui de Diarra. N [12] avec 18,65%.

Nous avons noté 3,8% de mortalité néonatale précoce alors que Diarra. N [12] a relevé 20,95% de décès néonatal. Hervé et al.[10] ont conclu que l'accouchement hors maternité est un facteur de risque de décès néonatal.

Au regard de tous ces résultats, il paraît évident que l'accouchement à domicile sans assistance présente un risque qu'il faut savoir expliquer à la population.

CONCLUSION

VI - CONCLUSION :

L'accouchement non assisté reste encore une réalité malgré l'accroissement des structures de santé et demeure un problème de santé publique dans les pays en développement.

La fréquence des accouchements non assistés est évaluée à 8,04% dans notre série ;

L'âge moyen des cas était de 18,2 ans dans notre série;

Les primipares et paucipares sont les plus représentées, dans 57,7 % des cas environ.

Les complications sont surtout maternelles dominées par l'hémorragie de la délivrance, l'anémie clinique, la rétention placentaire et les lésions des parties molles.

Nous n'avons enregistré aucun décès maternel.

La principale raison évoquée pour expliquer l'accouchement non assisté était l'accouchement habituel à domicile 61,5% des cas.

Certains facteurs de risque sont en rapport avec l'état de sous développement des pays.

Les facteurs de risque identifiés ont été la profession ménagère, l'analphabétisme, le manque de suivi prénatal, l'accouchement habituel à domicile et la multiparité.

La sensibilisation de la population, l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins obstétricaux d'une part couplée à l'amélioration des conditions de vie des femmes d'autre part doivent permettre un abandon total des accouchements non assistés dans un proche délai.

En effet la stratégie actuelle de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale préconisée par les Agences des Nations Unies est basée sur l'assistance qualifiée à l'accouchement [28]

RECOMMANDATIONS

VII - RECOMMANDATIONS :

Nous ne saurons terminer cette étude sans formuler les recommandations suivantes à l'endroit:

* Du Personnel de santé :

- Promouvoir l'éducation, l'information et la sensibilisation sur la santé de la reproduction afin d'amener un changement de comportement.
- Mettre un accent particulier sur la préparation du plan d'accouchement;
- Renforcer la collaboration entre différents acteurs y compris les socio-anthropologues ;
- Donner des informations précieuses sur les signes qui nécessitent une consultation urgente ;
- Imposer aux accouchées à domicile de légères sanctions disciplinaires pour activer l'abandon des accouchements à domicile.

* Des Gestantes :

- Respecter les recommandations faites par les prestataires de santé ;
- Faire suivre ses grossesses de façon correcte et régulière;
- Se doter d'un minimum de ressources économiques dès la conception.

* De la Population :

- Abandonner certaines pratiques ou considérations de mœurs par rapport aux accouchements à domicile.

* Du Ministère de la Santé :

- Renforcer les programmes et assurer la formation continue du personnel chargé de la prise en charge des gestantes ;
- Fournir des matériels adéquats pour des CPN de qualité
- Assurer le suivi régulier du personnel dans le bon déroulement des prestations de santé ;
- Mettre en place dans le service une banque de sang pour la prise en charge efficiente des cas d'hémorragies graves.

*** Des Autorités Politiques :**

- Promouvoir des campagnes de sensibilisation sur les risques d'accouchement sans assistance médico-obstétricale;
- Améliorer les conditions de vie de la population en particulier celles des femmes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES

- 1-Akpadza **J. K., S. Baeta, A. Amadou, A. Ankou.** Accouchement sans surveillance médico-obstétricale dans la commune de LOME. Journal de la SAGO, 2004, vol.5, n0 1, p.9-14
- 2-Bonane **B et Coll.:** Accouchement à domicile à la maternité du CHN de Ouagadougou à propos de 156 cas colligés en quatre (4) ans.Burkina Médical n° spécial, année 1999 session II
- 3-Beeram **M., Solarin K., Young M., Abedin M.**Morbidity and mortality of infants born before arrival at the hospital. Clin. Pediatr. (Phila.), 1995; 34 313 -6.
- 4- Bhooplam **P.S., Watkinson M.,** Born before arrival at hospital, Br. J . Obstet. Gynaecol., 1991; 98: 57-64.
- 5-Bolam **A., Manandhar D.S., Sheestha P., Elis M., Malla K., Costello A. M.**Factors affecting home delivery in the Kathmandu valley.Nepal Health Policy Plan 1998; 13: 152-8.
- 6-Conable **B B :** La maternité sans risque. Forum médical de la santé – OMS Genève 1987 vol 8 N°2 164-170.
- 7-DNS,Annuaire SLIS 2007
- 8-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.
- 9-Habssatou **T :** Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain. Thèse de Médecine FMPOS Bamako 2000 M-62.
- 10-Herve **C., Caillard M., Metadier D.** Les accouchements hors maternité. Ach Fr. Paediatric 1986; 43: 513-6.
- 11- Hirsch **G.** Facteurs de risque et conséquences materno-fœtales des accouchements hors maternité. Thèse Médecine, Paris XIII. 1991.
- 12-J. Lansac/**C. Berger/G. Magnin :** Obstétrique pour le praticien 4^{ème} édition, Masson Paris 2003 : 469.
- 13-Kitsa **et Coll:** The prevalence of dociliary deliveries in Khayelisha, Cap Town. South African Medical Journal 1997 FEB.
- 14-Labama **L :** Accouchement à domicile, un risque pour la mère et l'enfant. Panorama médical 1995 12 : 720-723, Kinsangani (RDC).
- 15- Lavaud **J., Alluchon F., André P.** Rôle de l'aide médicale urgente dans l'accouchement en dehors d'une structure médicalisée en milieu urbain. Rev. SAMU. , 1981 ; 4 : 391-5.
- 16- Lori. **S. Ash Ford :** Politique des populations-promotion des droits de la femme.
- 17-Merger **R, J. Levy, J.Melchior :** Précis d'obstétrique 6^{ème} Edition MASSON Paris Cedex Saint Germain, 1995 : 597.
- 18-Malam **:** Contribution à l'étude des accouchements à domicile à propos de 312 cas. Thèse de Médecine Niamey 1995 N°18.
- 19- Menard **C.** Accouchements inopinés hors maternité : A propos de 161 cas à Marseille de 1989 à 1991. Thèse Médecine, Aix Marseille 1993.
- 20-Michel. **S.** Etude sur les accouchements non assistés au service de gynéco-obstétrique à HGT ; Thèse de médecine, BAMAKO, 2005. ; 96 p n° 56
- 21-Olivier **S., Guidicelli B., Gamerre M.** L'accouchement à domicile. Réanimation. Soins intensifs. Med. Urg 1994 ; 4 : 207-12.
- 22- OMS **:** Santé du monde janvier - février 1998 N°1

23-OMS, Hart R. Trimo, Genève 1991 : L'intégration des services de santé maternelle et infantile dans les soins de santé primaires.

24-OUOLOGUEM ALY DAOUDA : Accouchements non assistés dans le centre de santé de référence de la commune I. ; 80p

25-Prudhomme M., Barbier M. L., Fleury M. Accouchements inopinés hors maternité dans le département de la seine Saint – Denis : Etude de 308 cas de janvier 1987 à juin 1989. JEUR 1991 ; 71-79.

26-TOGO A. Rapport de stage fait en 2005 à l'hôpital régional de Tombouctou.

27-Touré. B, B. DAO, B. Nacro, N. Sankara, B. Koné. 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.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

I - IDENTIFICATION DE LA FEMME

1-Nom et Prénom :

2-Age :

3- Ethnie :

1 = Sonrhaï, 2 = Arabes, 3 = Tamasheq, 4 = Peulh,
5 = Bambara, 6 = Bozo, 7 = Autres

4-Provenance :

5-Commune :

6-Cercle :

7- Profession :

a = ménagère, b = fonctionnaire,
c=commerçante (vendeuse ambulante, étalagiste)
d = élève/étudiante, e = autres

8- Etat matrimonial :

a = mariée, b = célibataire, c= Veuve, d= Divorcée

9- Niveau d'instruction :

a = Primaire, b= secondaire, c = supérieur,
d= alphabétisée en langue nationale,
e= analphabète.

10- Antécédents obstétricaux :

A. Gestité B.Parité C.Enfants vivants

D.Avortement E. Enfants décédés

F.CPN 1 : oui, 2 : non Nombre :

G.V.A.T 1 : oui, 2 : non Nombre.....

11.Antécédents médicaux :

12.Antécédents chirurgicaux :

13- Profession du conjoint

a. Cultivateur, b. chauffeur,
c. fonctionnaire d'Etat et privé, d.Commerçant,
e. Autres

II- EXAMEN PHYSIQUE A L'ENTREE

1- Accouchement

- Domicile
- En cours de route
- Autres

2- Auteurs de l'accouchement

3- Section du cordon

- domicile
- En cours de route
- Structure de santé
- Par qui et comment.....

4- Délivrance

- domicile
- En cours de route
- Structure de santé
- Artificielle
- Normale

5- Placenta

- Complet
- Incomplet
- Non vu

III - EVOLUTION DE L'ETAT GENERAL DE LA MERE A L'ACCUEIL IMMEDIAT ET PENDANT LA SURVEILLANCE (2 H)

1- Suites :

- Simples
- Compliquées

2- Rétention placentaire :

- Oui
- Non

3-Périnée :

- Intact
- Déchirure
 - a. Simple
 - b. Complète
 - c. Compliqué

4- Hémorragie de la délivrance

- Oui
- Non

5- Lésion des autres parties molles (col, vagin)

- Vagin : Oui Non
- Col : Oui Non

6- Traitement et soins

- Hospitalisation
Si oui cause :.....
- Révision utérine : Oui Non
- Globe de sécurité : Oui Non
- Etat de la mère :
 - Vivante :
 - Référée : Lieu Cause
 - Décédée : Lieu Cause

IV PRONOSTIC DU NOUVEAU-NE

- 1- Nombre d'enfants :
- 2- Etat du nouveau-né à la naissance:
- a) Mort-né
- b) Vivant
- 3- Poids (en gramme) : J1.....J2
- 4- Taille (en Cm) : J1.....J2
- 5- Sexe (M ou F) : J1.....J2
- 6- Réanimation : Oui Non
- 7- Résultat du nouveau-né : J 1 J 2
- Vivant
 - Mort-né
 - Référé
 - Décédé

V- Raison des accouchements hors maternité

- 1- Le manque de moyens déplacements
- 2- Le manque de moyens financiers
- 3- Accouchement habituel à domicile
- 4- Autres
- a. Absence du mari ou des parents,
 - b. Refus de venir à l'hôpital
 - c. Intention d'arriver à dilatation complète
 - d. Peur
 - e. Grossesse non à terme

FICHE SIGNALETIQUE

NOM: SOULEYMANE

PRENOM : Zouhairou

TITRE DE THESE : Accouchement non assisté à l'hôpital régional de Tombouctou

ANNEE : 2010 - 2011

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

E-mail : zoucisse94@yahoo.fr

SECTEUR D'INTERET : Gynéco-obstétrique / Santé publique

RESUME :

L'accouchement non assisté reste un problème important et grave qui expose la mère et le nouveau-né aux complications néfastes.

Au terme de cette étude prospective, 647 accouchements ont été enregistrés sur une période de 12 mois (1er janvier 2010 au 31 décembre 2010) dont 52 accouchements à domicile soit une fréquence de 8,04%.

Les patientes avaient un âge moyen de 18,2 ans pour les cas et 18 ans pour les témoins. Une parité moyenne de 2,4 pour les cas et 1,8 pour les témoins ; elles étaient pour la plupart des ménagères effectuant peu ou pas de CPN et étaient la majorité analphabète.

La rétention placentaire, l'hémorragie de la délivrance, l'anémie clinique et les lésions des parties molles étaient les principales complications maternelles.

Les principales raisons évoquées pour expliquer l'AAD ont été l'accouchement habituel à domicile, le manque de moyens financiers, le manque de moyens de déplacement, absence du mari et parents respectivement dans 61,5%, 23,1%, 13,5% 1,9% des cas.

L'effort doit se concentrer sur une amélioration des conditions de vie féminine par l'augmentation du taux de scolarisation des filles et la promotion d'emploi. Une meilleure culture médicale des gestantes et de la population ; une information soigneuse des gestantes des signes qui nécessitent le départ rapide vers la maternité. Un suivi prénatal de qualité des gestantes doit être impératif.

Mots clés : accouchement sans surveillance médico-obstétricale ; Aspects socio-démographiques; complications ; Tombouctou.

SERMENT D'HIPPOCRATE

EN PRESENCE DES MAITRES DE CETTE FACULTE, DE MES CHERS CONDISCIPLES, DEVANT L'EFFIGIE D'HIPPOCRATE, JE PROMETS ET JE JURE, AU NOM DE L'ETRE SUPREME, D'ETRE FIDELE AUX LOIS DE L'HONNEUR ET DE LA PROBITE DANS L'EXERCICE DE LA MEDECINE.

JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS A L'INDIGENT ET N'EXIGERAI JAMAIS UN SALAIRE AU-DESSUS DE MON TRAVAIL, JE NE PARTICIPERAI A AUCUN PARTAGE CLANDESTIN D'HONORAIRES.

ADMIS DANS L'INTERIEUR DES MAISONS, MES YEUX NE VERRONT PAS CE QUI SE PASSE, MA LANGUE TAIRA LES SECRETS QUI ME SERONT CONFIES ET MON ETAT NE SERVIRA A CORROMPRE LES MŒURS, NI A FAVORISER LE CRIME.

JE NE PERMETTRAI PAS QUE DES CONSIDERATIONS DE RELIGIONS, 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 DES LA CONCEPTION.

MEME SOUS LA MENACE, JE N'ADMETTRAI PAS DE FAIRE USAGE DE MES CONNAISSANCES MEDICALES CONTRE LES LOIS DE L'HUMANITE.

RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT ENVERS MES MAITRES, JE RENDRAI A LEURS ENFANTS L'INSTRUCTION QUE J'AI REÇUE DE LEURS PERES.

QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI JE SUIS FIDELE A MES PROMESSES.

QUE JE SOIS COUVERT D'OPPROBRE ET MEPRISE DE MES CONFRERES SI J'Y MANQUE.

JE LE JURE.