

MINISTRE DE L'EDUCATION

NATIONALE



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But – Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2018 – 2019

Thèse N° \_\_\_\_\_/

## THESE

# ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT NON ASSISTE A DOMICILE DANS DEUX QUARTIERS DU DISTRICT SANITAIRE DE LA COMMUNE V DE BAMAKO/MALI

Présentée et soutenue publiquement le 21 /01/ 2019 devant la

Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie

**Par : Youssouf Dakoua KAMATE**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

### JURY

Président : Prof Abdoulaye Ag Rhaly

Membre : Dr Oumar Sangho

Co-directeur : Dr Soumana O Traoré

Directeur : Prof Hamadoun Sangho

**DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS**

## DEDICACES

Louange à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Je dédie ce travail

**A mon père Bakary Kamaté :** Père, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous l'amour du travail bien fait, le sens de l'honneur, de la dignité de l'amour. Ce travail est le résultat de ton amour et de ton souci pour notre avenir. Que Dieu te donne encore longue vie.

**A ma mère Kadia Traoré :** Courageuse et dévouée, tu as toujours su nous inculquer les règles de la bonne conduite. Les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices et le labeur que tu as enduré pour nous. Saches que le mérite de ce travail te revient. Reçoit ici ma profonde gratitude et reconnaissance. Que Dieu te donne longue vie.

**A mes frères et sœurs Maimouna, Ousmane, Soumaila et Salimata :** C'est une fierté pour moi de vous avoir comme frères et sœurs. En nous voyant le mot fraternité prend tout son sens. La confiance, l'assurance, le respect mutuel, l'union que nous avons entre nous est un don de l'éternel. Ce travail est le fruit de nos efforts conjugués. Que Dieu vous bénisse.

**A ma fiancée Baouné Traoré :** Tu es merveilleuse comme épouse. Ce travail est le résultat de ton amour et de ton souci pour notre avenir. Que Dieu te bénisse et raffermisse notre union sacrée pour toute la vie.

**A ma tante Salimata Traoré :** Les mots me manquent pour te dire ce que je ressens pour toi. Plus qu'une tante tu as toujours été une mère soucieuse et attentionnée pour moi et tous mes frères et sœurs. Que Dieu te donne encore une longue vie car nous avons toujours besoins de toi.

## REMERCIEMENTS

Je ne saurais terminer ce travail sans adresser mes sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à cette réalisation.

A tous les enseignants (es) de mon parcours scolaire et universitaire particulièrement Mr Cissé Modibo Galy. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A mon cher maître Dr Dicko Albachar médecin chef du CSRéf de Kayes. Nous avons été séduit par votre élégance et votre raisonnement scientifique ; votre dévouement et votre sens d'humanisme font de vous un maître respecté et respectable. Merci et que Dieu vous récompense.

### A l'ensemble du personnel du CSRéf V

- Aux gynécologues obstétriciens et médecins en spécialisation en gynécologie obstétrique, merci pour la formation reçue à vos côtés.
- A tous les internes : Mallé, Alpha, Sogoba, Waly, Djibo, Kodio, Sagara, , S Diakité, A Diakité, Bagayogo, merci pour votre franche collaboration.
- A mes collègues médecins : Dr Sidibé Alou, Dr Luc, Dr Goita Germaine, Dr Sylla Fatoumata, Dr Dembélé Arouna, Dr Diarra Ousmane, Dr Tangara S, Dr Cissao, Dr Fofana, Dr Simpara, Dr.Maiga, Dr Diawara.
- A toutes les élèves sages-femmes ; particulièrement à Awa Demba ma femme.

A l'ensemble du personnel du CSRéf de Kayes plus particulièrement aux sages-femmes.

**A tous mes tontons et mes tantes :** Je me réserve de citer les noms sous peine de ne pas oublier quelqu'un. Votre optimisme, votre confiance, vos conseils ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Que le bon Dieu vous récompense.

**A mon cher ami et confident Alou Coulibaly :** Tu es l'une des personnes les plus merveilleuses que j'ai connues au cours de ma vie. Comme un frère tu as toujours été là pour le soutien moral, financier et affectif. Que le bon Dieu te récompense et resserre notre lien.

**A ma chère amie Dr Oumou Coulibaly :** Ta combativité, ton optimisme, tes ambitions et ta croyance font de toi une femme respectable. J'ai eu le plaisir de t'avoir connu. Que Dieu t'accompagne dans tous tes projets.

**A mes collègues :** Ousmane Diallo, Dr Goro Idrissa, Amidou Diakité, Moctar Traoré, Dr Niaré Mabintou Traoré, Dr Daou Kantra, Boubacar Nanakassé, Bakary Samaké, Daouda Katilé.

**A mes cousins et cousines :** Votre amour encouragement et soutien ne m'ont jamais fait défaut. Qu'Allah vous donne longue vie pour qu'on continue de partager ensemble ces moments de joie.

**A mes amis d'enfance :** Seybou, Mama, Adama (Boua), Amadou (Papa), Cheick Oumar.

A tous les membres de l'association « Planète bleue » de Djoumanzana

**Aux familles :**

- Kamaté à Doumanzana, Fadjiguila, et Banconi.
- Sangaré à Banconi.
- Dakouo à Boukassoumbougou.

Merci pour votre soutien et vos conseils.

A tous ceux que j'ai omis de citer ; J'ai sûrement oublié sur papier mais mon cœur, lui n'a rien oublié.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre cher maître et président du jury**

**Professeur Abdoulaye Ag Rhaly**

- **Professeur honoraire de médecine interne à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS).**
- **Membre du comité d'éthique de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).**
- **Ancien Directeur Général de l'Institut National de la Recherche en Santé Publique (INRSP).**
- **Ancien secrétaire général de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les grandes endémies.**
- **Chevalier de l'Ordre International des Palmes Académiques du CAMES (Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur).**
- **Docteur Honoris CAUSA de l'Université Laval au Québec Canada.**

Cher maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury prouve votre générosité et votre modestie.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

**A notre cher maître et membre de jury**

**Dr Oumar Sangho**

- **PhD en épidémiologie.**
- **Master en Santé Publique-Epidémiologie.**
- **Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de 3ème cycle en Organisation et Management des Systèmes Publics de prévention vaccinale dans les pays en Développement (DIU EPIVAC).**
- **Certificat de Promotion de la Santé.**
- **Maître Assistant en épidémiologie au DER des Sciences Biologiques et Médicales à la faculté de Pharmacie.**
- **Assistant au coordinateur du Master de santé publique, du Diplôme Universitaire en Système d'Information Sanitaire de Routine (DU-SISR) et du Diplôme Universitaire en Formation des Epidémiologistes de Terrain (DU-FETP) au DERSP/ FMOS.**
- **Chef de Section de Planifications et Etudes à l'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale (ANTIM).**
- **Ancien Médecin Chef du District Sanitaire de Niono.**

Cher maître, nous sommes touchés par l'intérêt que vous avez porté à ce sujet, malgré vos multiples préoccupations vous n'avez ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail. Votre humanisme, votre simplicité et votre grande culture font de vous un grand maître admiré de tous. Soyez rassuré, cher maître de notre profonde gratitude.

**A notre très cher maître et co-directeur de thèse**

**Docteur Soumana Oumar Traoré.**

- **Gynécologue-Obstétricien praticien au CSRéf CV.**
- **Maître assistant en Gynécologie Obstétrique à la FMOS.**
- **Certifié formateur du programme GESTA international.**

Cher maître, nous ne saurions vous dire toutes les qualités humaines, professionnelles et morales que nous admirons en vous. Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation, de notre réussite et même de notre devenir, vous êtes pour nous une source inépuisable de connaissances, de savoir-faire et surtout une référence à suivre. Marcher à votre côté fut pour nous un grand honneur et un réel plaisir. Qu'Allah vous récompense.

**A notre cher maître et Directeur de thèse**

**Professeur Hamadoun Sangho**

- **Professeur titulaire de santé publique à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).**
- **Directeur général du Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant (CREDOS).**
- **Chef DER de santé publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).**
- **Chevalier de l'Ordre National.**

Cher maître se fut un grand plaisir pour nous que vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples préoccupations. Notre estime pour vous est très immense. En plus de votre qualité de chercheur, nous retenons de vous l'image d'un maître aux qualités humaines inestimables. Nous pensons mettre à profit toutes les connaissances apprises à votre côté. Soyez rassuré de notre sincère dévouement.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

- **ADASCO** : Association de Daoudabougou pour la Santé Communautaire.
- **ASACOSAB** : Association pour la Santé Communautaire de Sabalibougou.
- **CPN** : Consultation Périnatale.
- **CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.
- **CSRéf CV** : Centre de Santé de Référence de la Commune V.
- **CSRéf CIII** : Centre de Santé de Référence de la Commune III.
- **FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
- **HGT** : Hôpital Gabriel Touré.
- **HPPI** : Hémorragie du Poste Partum Immédiat.
- **IC** : Intervalle de Confiance.
- **J C** : Jésus Christ.
- **n** : nombre.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **OR** : Odds Ratio.
- **PMI** : Protection Maternelle et Infantile.
- **RDC** : République Démocratique de Congo.
- **S A** : Semaine d'aménorrhée.

## Table des matières

I Introduction .....	1
II Objectifs .....	3
1. Objectif général.....	3
2. Objectifs spécifiques.....	3
<b>2.1 Déterminer la fréquence de l'accouchement à domicile dans les deux quartiers.....</b>	<b>3</b>
III Généralités .....	4
A. HISTORIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET PRATIQUES ACTUELLES [3].	4
B- RAPPELS [17].....	7
C- VARIETES DE PRESENTATIONS [17] .....	12
D- LES COMPLICATIONS HEMORRAGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT [17] .....	14
IV Méthodologie.....	18
1. Description de Badalabougou [18] .....	18
2 Description de Sabalibougou [18].....	19
3 Cadre d'étude .....	20
<b>3.3 Période d'étude.....</b>	<b>20</b>
<b>3.4 Population d'étude.....</b>	<b>20</b>
<b>a. Critères d'inclusion :</b> .....	<b>21</b>
<b>b. Critères de non inclusion.....</b>	<b>21</b>
<b>3.9 Traitement et analyses .....</b>	<b>22</b>
4. Définition des concepts :.....	23
Nous donnons ici la définition de certains termes utilisés. ....	23
V Résultats .....	25
1. Fréquence.....	25
2. Déterminants socio démographiques dans les deux quartiers.....	26
3. Raisons de l'accouchement à domicile dans les deux quartiers.....	32
4. Complications liées à l'accouchement à domicile dans les deux quartiers.....	37
VI Commentaires et discussions .....	41
1. Fréquence.....	41
2. Déterminants socio démographiques dans les deux quartiers.....	42
3. Raisons de l'accouchement à domicile dans les deux quartiers.....	43
4. Complications liées à l'accouchement à domicile .....	45
VII Conclusion.....	46
VIII Recommandations .....	47

IX Références.....	48
ANNEXE.....	i

# **INTRODUCTION**

## **I Introduction**

Depuis quelques années les dirigeants de différents pays d'Afrique cherchent les moyens pour améliorer les conditions d'accouchement des femmes, ceci dans le souci de réduire autant que possible les taux de décès maternels et néonataux [1]. S'il est essentiel d'offrir des services de qualité ; il est tout aussi important d'en accroître son utilisation [1]. A quoi bon de doter un hôpital de District des meilleurs équipements si les femmes n'ont pas les moyens de les utiliser [1] ?

La maternité sans risque exige parfois de lourds sacrifices et reste le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile [2].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que chaque année plus de 20 millions de femmes souffrent de maux liés à l'accouchement non assisté [3]. Nombreuses sont les mères qui n'ont pas accès à des services de soins de santé modernes [4]. On estime que 60 à 80% des femmes des pays en voie de développement continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance ou avec l'aide de personnes non qualifiées et d'ordinaire dans un environnement peu salubre [4]. Cela est dû à plusieurs facteurs : (l'ignorance et surtout la pauvreté qui se caractérise par le surpeuplement, l'habitat de mauvaise qualité, le manque de l'eau potable, l'insalubrité) [4].

Nos femmes ne sont pas systématiquement informées de tous les risques liés à l'accouchement à domicile [5]. Et parfois même si les complications surviennent (décès maternel, mort fœtale, hémorragie de la délivrance ou contemporaine, déchirure grave du périnée), elles les mettent sous le compte de la sorcellerie [5].

Les contraintes économiques obligent certaines femmes à accoucher à domicile [6].

Le mari n'ayant pas les moyens de supporter les frais de l'accouchement, la femme se trouve dans la triste obligation d'accoucher à domicile sans assistance [6].

Dans une étude réalisée en 2016 au CSRéf commune V de Bamako, Diarra T trouve une fréquence de 1,04% d'accouchements à domicile [7], Diarra N [8] en

2001 et Keita A [1] en 2006 trouvent respectivement 4,01% et 3,01% dans le même centre, Mme Coulibaly Kané S [9] trouve 5,1% au CSRéf commune II ; Michel S [10] en 2005 trouve 2,8% à l'hôpital Gabriel Touré; Zouhairou S à Tombouctou [11] et Cissé B [12] à Gao trouvent respectivement 8,04% et 4,5%; Akpadza JK [13] à Lomé, Wieggers [14] en Hollande et Beeram [15] aux Etats Unis trouvent respectivement 1,8%, 31% et 8,04%. Le lieu d'accouchement varie de façon importante selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes, de même le niveau d'instruction et le suivi prénatal jouent un rôle prépondérant dans le choix du lieu d'accouchement [16]. Tous ceux-ci contribuent à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale [16].

Ainsi, nous avons initié cette étude afin de faire le point sur les accouchements non assistés à domicile dans deux quartiers du district sanitaire de la commune V dont l'un est considéré comme favorisé et l'autre défavorisé.

# OBJECTIFS

## **II Objectifs**

### **1. Objectif général**

Etudier l'accouchement non assisté à domicile dans deux quartiers du District Sanitaire de la Commune V de Bamako Mali.

### **2. Objectifs spécifiques**

**2.1** Déterminer la fréquence de l'accouchement à domicile dans les deux quartiers

**2.2** Etudier les déterminants socio-démographiques dans les deux quartiers.

**2.3** Déterminer les raisons de l'accouchement à domicile dans les deux quartiers.

**2.4** Etudier les complications liées à l'accouchement à domicile dans les deux quartiers.

# **GENERALITES**

### III Généralités

#### A. HISTORIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET PRATIQUES ACTUELLES [3]

##### 1°) -HISTORIQUE

Lorsqu'on envisage d'apporter éventuellement des réformes 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 réformes, envisager parmi le personnel de santé et la communauté et de planifier des mesures d'intégration des services.

L'une des plus anciennes composantes des soins de santé est certainement l'obstétrique ; l'aide à l'accouchement, que ce soit une accoucheuse traditionnelle, se retrouve dans presque toutes les civilisations.

Une récente enquête de l'**OMS** sur les pratiques traditionnelles de naissance 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. La professionnalisation de l'accouchement remonte à la fin du **XIX<sup>ème</sup> siècle** et au début du **XX<sup>ème</sup> 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 techniques de l'accouchement se trouvaient ainsi privilégiées 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.

## **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 autant 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 aux dispensaires qui s'occupent également des accouchements. De ce fait, il arrive souvent qu'elles connaissent les mères et leurs antécédents familiaux 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.

L'étude de l'évolution historique de la mortalité maternelle en Europe a permis de mettre en évidence quatre grands axes d'action, 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.

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 particulièrement en Hollande où l'accouchement à domicile est institutionnel et de pratique courante.

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.

**Avicenne (960 à 1037 après J.C)** pratiquait la version par manœuvre interne dans les présentations de l'épaule et du siège.

**Chamberlain (1513 à 1596)** inventa le **FORCEPS**

## **B- RAPPELS [17]**

### **1. Accouchement**

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 la sortie (ou l'extérieur).

L'expulsion de l'œuf avant le terme de six mois est pour le droit français un avortement spontané ou fausse couche. 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 38ème semaine (259 jours) et la fin de la 42ème 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.

Il est **provoqué** lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure.

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.

## **2-Mécanisme général 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.

### **2.1- 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 à la dilatation 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 ces modifications objectives du col font défaut : il ne s'agit que d'une phase préparatoire au travail.

L'écoulement par la vulve de glaire épaisse et brunâtre parfois sanguinolente traduisant la perte du bouchon muqueux, est, lorsqu'il existe un signe prémonitoire du travail.

### **- Les contractions utérines 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 seconde au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation ; dans leur intensité qui croit 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 foetal (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.

**2-1-1 Effacement** : le col qui a gardé tout (3 à 4 centimètre) ou une partie de sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse se raccourcit 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.

**2-1-2 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. Le deuxième ne commence que quand le premier est tout à fait terminé 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 dilatation 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**, 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.

## **2.2 Deuxième période : expulsion du fœtus.**

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

### **Traversée de la filière génitale**

**2-2-1- 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.

**2-2-2 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.

**2-2-3 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 défléchi.

Chez la primipare cette période était en moyenne pour les classiques d'une à deux 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.

### **2-3 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 (formation du globe utérin).

## **C- VARIETES DE PRESENTATIONS [17]**

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 :

### **1- Présentation céphalique : 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.

## **2-Présentation du siège**

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

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 préavia, la grossesse gémellaire).

## **3- Les positions transversales et obliques (présentations de l'épaule)**

C'est lorsqu'à la fin de la grossesse ou pendant le travail l'aire du détroit supérieur n'est occupée ni par la tête, ni par le siège du fœtus.

Elles sont toujours dystociques et nécessitent une intervention.

## **D- LES COMPLICATIONS HEMORRAGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT [17]**

**1. Déchirures du périnée :** 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 incomplètes:** 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 partie antérieure du noyau fibreux central sont intéressés, mais on voit les fibres transversales des muscles transverses du périnée encore intact. 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.

**2- Les lésions 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 :

- Déchirures hyménales constatées chez les primipares,
- Déchirures clitoridiennes,
- Déchirures nymphéales.

**3- Les déchirures du vagin :** elles se divisent en trois groupes :

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

**4- Les déchirures du col utérin :** 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 côtes.

Les déchirures du col sont spontanées ou provoquées :

**a-** 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 : cancers,

chancre, lésion inflammatoire. Ces altérations pathologiques sont devenues exceptionnelles.

**b- 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.

**Les complications :** il s'agit de la propagation au segment inférieur qui est même un des mécanismes des ruptures utérines.

**5- Les ruptures utérines pendant le travail :** Rares mais ce sont les conséquences les plus redoutables. Elles s'observent dans des conditions fortes différentes :

a- certaines sont liées à une fragilité particulière de la paroi utérine (utérus cicatriciel, grande multiparité...) et surviennent au cours d'un accouchement apparemment normal,

b- d'autres sont la conséquence d'une lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable,

c- enfin un troisième groupe qui sont les ruptures utérines provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'ocytociques

## **6- Les complications de la délivrance :**

### **a- Rétention placentaire:**

. Etiologies :

-Les altérations de la muqueuse utérine (curetage, césarienne corporéale hystero plastie, une myomectomie sous muqueuse).

- Les anomalies placentaires qui peuvent être de siège (placenta pravia) ; de conformation (excès de volume et de surface dans la grossesse gémellaire) ; ou d'implantation (placenta increta ou percreta ...).

- Les anomalies de la contraction utérine : l'inertie utérine, l'hypertonie localisée de l'utérine.

. Variantes anatomiques : la rétention peut être partielle ou totale :

### **b- Hémorragies de la délivrance:**

. **Etiologie :**

-la plupart des retentions placentaires, l'inertie utérine,

-certains troubles de la coagulation,

Certaines causes d'ordre thérapeutique : une expression utérine, une application de forceps, fluo **thane**.

. **Symptomatologie :**

L'hémorragie est le signe le plus important.

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

# **METHODOLOGIE**

## **IV Méthodologie**

### **1. Description de Badalabougou [18]**

#### **1.1 Données historiques :**

Badalabougou aurait fondé vers 1900 par des griots venus de Kirina (cercle de Koulikoro). Il est le premier quartier de la commune v, intégré dans le tissu urbain de Bamako.

#### **1.2 Données géographiques :**

Badalabougou est limité au nord par le fleuve Niger, au sud par le quartier Mali, à l'est par Daoudabougou, à l'ouest par Torokorobougou.

Le quartier est constitué dans sa grande majorité par un terrain plat et a des atouts : permanence et proximité de l'eau, fertilité des sols, proximité de l'autre rive. Ces états ont favorisé son épanouissement.

#### **1.3 Données socio-culturelles et religieuses :**

Les familles sont en générale de type moderne. L'islam est la religion principale avec plus de 95% suivi du christianisme et l'animisme.

#### **1.4 Données socio-économiques :**

L'activité principale est le commerce qui est très développé, des petites industries alimentaires telles que les boulangeries sont présentes, en plus le maraichage, l'agriculture, la pêche, l'artisanat sont aussi pratiqués. Il existe aussi des fonctionnaires.

## **2 Description de Sabalibougou [18]**

### **2.1 Données historiques :**

Il fut d'abord un hameau de culture fondé vers 1965 par un Mossi d'où l'appellation Mossibougou. Il fut rejoint petit à petit par des familles ayant l'agriculture comme activité principale, puis par d'autres migrants et citadins exerçant l'agriculture comme activité secondaire. En 1974 suite au conflit Mali-Haute Volta (Burkina Faso actuel), Mossibougou devient officiellement Sabalibougou.

### **2.2 Données géographiques :**

Sabalibougou est limité à l'est par Daoudabougou, à l'ouest par Bacodjicoroni et Torokorobougou, au Sud par Kalaban-coura et Garantiguibougou et au nord par le Quartier Mali.

Les collines et les montagnes composent essentiellement la plus grande partie du quartier. Le quartier se trouve dans le bas fond. Les logements sont très insalubres, une grande pauvreté sans aucun droit de sécurité foncière.

### **2.3 Données socio-culturelles et religieuses :**

La plupart des familles sont de type traditionnel, vivant dans la promiscuité. La polygamie et le mariage précoce sont fréquents. L'islam est la religion dominante avec une prévalence de 95% suivi de l'animisme et du christianisme.

### **2.4 Données socio-économiques :**

L'économie du quartier est basée sur le secteur secondaire en occurrence les activités commerciales mais aussi le secteur informel (la vente de condiments, les tissus, les fruits, les légumes, les denrées de premières nécessité). Les secteurs de service (les salons de coiffure, les mécaniques auto/moto) de la production (l'élevage) sont aussi pratiqués.

### **3 Cadre d'étude**

#### **3.1 Maternité du centre de santé de la commune V**

La maternité de la Commune V a été construite en 1982 avec un plateau technique minimal pour assurer les activités courantes de santé.

Ce n'est qu'en 1993 en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du Gouvernement de la République du Mali que la maternité a été érigée en centre de santé de Référence.

La maternité du centre de santé de référence de la commune V dispose d'une capacité d'accueil de 55 lits dont 2 en salle de travail, 4 en salle d'accouchement, 14 en suite de couches, 1 en salle de réveil, 18 en grossesses pathologiques et 16 en postopératoires.

Cette maternité fait en moyenne 10.000 accouchements par an (registre d'accouchements).

Elle dispose par garde de 24 heures 4 sages-femmes, 2 infirmières obstétriciennes, 1 gynécologue, 5 étudiants de la 7<sup>ème</sup> ou de la 8<sup>ème</sup> année de médecine faisant fonction d'interne, 1 anesthésiste, 2 techniciens de surface, 1 aide de bloc et un ambulancier.

#### **3.2 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale analytique. Nous avons comparé deux groupes de femmes résidant dans deux quartiers différents et ayant accouché à domicile.

#### **3.3 Période d'étude**

L'étude a été menée sur une période allant du 1<sup>er</sup> Mars 2015 au 28 Février 2016.

#### **3.4 Population d'étude**

La population d'étude était composée de l'ensemble des femmes venant des deux quartiers ayant accouché à domicile.

### **a. Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans notre étude les femmes :

- ayant accouché à domicile;
- ayant accepté de participer à l'étude;
- résidant dans l'un des deux quartiers;
- dont le poids du nouveau-né était supérieur ou égal à 1000g;
- dont l'âge de la grossesse était supérieur ou égal à 28 SA;
- vues dans un délai de sept jours au plus dans le post partum.

### **b. Critères de non inclusion**

Nous n'avons pas inclus les femmes dont l'état de santé ne permettait pas une inclusion.

## **3.5 Echantillonnage**

Toutes les femmes admises dans les trois CSCom de Sabalibougou et le CSRéf CV pendant la période de l'enquête et répondant aux critères d'inclusion étaient sélectionnées. Les femmes de Sabalibougou étaient enregistrées aux trois CSCom du dit quartier (ASaCOSAB I ; II et III) et les femmes de Badalabougou étaient enregistrées au CSRéf CV. Badalabougou dispose d'une PMI (Protection Maternelle et Infantile) où les accouchements ne sont pas pratiqués. L'étude a porté sur 325 femmes dont 263 venant de Sabalibougou et 62 de Badalabougou.

## **3.6 Variables**

Notre variable dépendante était le quartier de résidence Sabalibougou et Badalabougou.

Les variables indépendantes étaient :

- Fréquence.
- Sociodémographiques : lieu d'accouchement, âge, statut matrimonial, profession, scolarité, niveau d'instruction, perception du coût de soins

- Raisons de l'accouchement à domicile : suivi prénatal, parité, motivation des femmes.
- Complications liées à l'accouchement à domicile : pronostic vital, complications liées à l'accouchement.

### **3.7 Supports de collecte des données**

Nous avons utilisé les supports suivants :

- la fiche individuelle ou questionnaire;
- le registre d'admission;
- la pèse bébé;
- le ruban;
- le tensiomètre.

### **3.8 Mode de recueil des données**

Nous avons recueilli les données par :

- l'interrogatoire en mode face à face aux trois CSCom de Sabalibougou et au CSRéf de la commune V.
- le registre d'admission qui a servi à connaître la date et l'heure d'admission;
- la pèse bébé pour connaître le poids des nouveau-nés;
- le ruban pour mesurer la taille, les périmètres crânien et thoracique des nouveau-nés;
- le tensiomètre pour prendre la tension artérielle des femmes.

### **3.9 Traitement et analyses**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPIINFO 3.5.3.

Les tableaux ont été faits avec Excel 2010 et la saisie et traitement de texte avec Word 2010.

Nous avons procédé à l'analyse bi-variable avec croisement entre le lieu de résidence (quartier) et les différentes variables indépendantes. Nous avons

déterminé les Odds Ratios (Rapports de cotes) avec leurs intervalles de confiance à 95%.

Les p inférieurs à 0,05 ont été considérés comme statistiquement significatifs.

### **3.10 Considération éthique**

- Il s'agit d'une étude qui a portée sur des femmes. Nous les avons expliquées le but de l'étude et leurs intérêts à participer.
- Le consentement verbal libre et éclairé a été préalablement obtenu.
- La confidentialité et l'anonymat étaient garantis, les données personnelles des femmes n'étaient pas diffusées et les noms de toutes les femmes étaient représentés par un code.

## **4. Définition des concepts :**

Nous donnons ici la définition de certains termes utilisés.

- Quartier défavorisé : quartier caractérisé par la faiblesse du revenu, de la sécurité et de la qualité des logements.
- Quartier favorisé : quartier qui possède des atouts sur le plan géographique, socio-économique et sécuritaire.
- Accouchement non assisté : c'est tout accouchement non assisté par un personnel qualifié en dehors d'une structure sanitaire.
- Les hémorragies du post partum :

Immédiat : saignement durant les premières 24 heures suivant l'accouchement.

Tardif : saignement survenant durant la période située entre les 24 heures après l'accouchement et la 6<sup>e</sup> semaine du post partum.

Hémorragie de la délivrance : toute perte de sang ayant sa source dans la zone d'insertion placentaire, survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures suivant l'accouchement anormale par son abondance (plus de 500ml) et son effet sur l'état général.

- Grossesse non suivie : absence de soins liés à la grossesse dans une structure de santé.
- Parité : c'est le nombre d'accouchement.
- Nullipare : zéro accouchement.
- Primipare : un accouchement.
- Paucipare : deux à trois accouchements.
- Multipare : quatre accouchements et plus.

# RESULTATS

## V Résultats

Les résultats obtenus au cours de notre étude sont représentés dans les tableaux ci-dessous :

### 1. Fréquence

Le tableau I représente la répartition de la fréquence d'accouchement selon le lieu de résidence des femmes.

**Tableau I : Répartition de la fréquence d'accouchement selon le lieu de résidence des femmes.**

Lieu d'accouchement	Sabalibougou n (%)	Badalabougou n (%)	Total n	P	OR [IC]
Domicile	263 (13,02)	62 (3,16)	325	10 <sup>-8</sup>	4,59 [3,4 – 6,09]
Maternité	1757 (96,88)	1900 (96,84)	3657		
<b>Total</b>	<b>2020 (100)</b>	<b>1962 (100)</b>	<b>3982</b>		

Dans notre étude la fréquence de l'accouchement à domicile était de 13,02% à Sabalibougou contre 3,16 % à Badalabougou avec une différence statistiquement significative ( $p=10^{-8}$ ).

## 2. Déterminants socio démographiques dans les deux quartiers

Le tableau II représente la répartition des âges des femmes selon leur lieu de résidence.

**Tableau II : Répartition des âges des femmes selon leur lieu de résidence.**

Age	Sabalibougou n (%)	Badalabougou n (%)	Total n (%)	p	OR [IC]
15 – 17 ans	21 (84)	4 (16)	25 (100)	0,36	0,79 [0,19-2,49]
18 – 34 ans	112 (80,58)	27 (19,42)	139 (100)		1,04 [0,57-1,88]
≥ 35 ans	130 (80,75)	31 (19,25)	161 (100)		1,02 [0,57-1,85]
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

La tranche d'âge de 35 ans et plus était la plus représentée à Sabalibougou soit 80,75% et 19,25% à Badalabougou. Il n'y avait pas de différence entre ces deux fréquences dans les deux quartiers (p=0,36).

Le tableau III représente la répartition des statuts matrimoniaux des femmes selon leur lieu de résidence.

**Tableau III : Répartition des statuts matrimoniaux des femmes selon leur lieu de résidence.**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>p</b>	<b>OR [IC]</b>
Mariée	134 (80,24)	33 (19,76)	167 (100)	0,22	0,91 [0,52-1,52]
Divorcée	32 (80)	8 (20)	40 (100)		0,93 [0,40-2,14]
Célibataire	85 (85)	15 (15)	100 (100)		1,49 [0,79-2,82]
Veuve	12 (66,67)	6 (33,33)	18 (100)		0,44 [0,16-1,23]
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

Les célibataires étaient les plus représentées à Sabalibougou 85% contre 15% à Badalabougou mais sans significativité avec  $p=0,22$ .

Le tableau IV représente la répartition des professions des femmes selon leur lieu de résidence.

**Tableau IV : Répartition des professions des femmes selon leur lieu de résidence.**

<b>Profession des femmes</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>P</b>	<b>OR [IC]</b>
Non rémunératrice	190 (93,14)	14 (6,86)	204 (100)	10 <sup>-8</sup>	8,92 [4,64-17,15]
Rémunératrice	73 (60,33)	48 (39,67)	121 (100)		
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

La proportion des femmes ayant une profession non rémunératrice était de 93,14% à Sabalibougou contre 6,86% à Badalabougou avec une différence statistiquement significative  $p=10^{-8}$ .

Le tableau V représente la répartition des professions des partenaires des femmes selon le lieu de résidence des femmes.

**Tableau V : Répartition des professions des partenaires des femmes selon le lieu de résidence des femmes.**

<b>Profession du partenaire</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>P</b>	<b>OR [IC]</b>
Non rémunératrice	185 (88,52)	24 (11,48)	209 (100)	10 <sup>-6</sup>	3,75 [2,11-6,67]
Rémunératrice	78 (67,24)	38 (32,76)	116 (100)		
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

Les femmes dont les partenaires avaient une profession non rémunératrice à Sabalibougou représentaient 88,52% en comparaison aux 11,48% de Badalabougou avec une différence statistiquement significative.

Le tableau VI représente la répartition de la scolarisation des femmes selon leur lieu de résidence

**Tableau VI** : Répartition de la scolarisation des femmes selon leur lieu de résidence.

<b>Scolarisation</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>P</b>	<b>OR [IC]</b>
Scolarisée	103 (74,64)	35 (25,36)	138(100)		
Non scolarisée	160 (85,56)	27 (14,44)	187(100)	0,01	0,49[0,28 0,86]
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

La proportion des femmes non scolarisées était de 74,64% à Sabalibougou contre 25,36% à Badalabougou avec une différence statistiquement significativement  $p=0,01$ .

Le tableau VII représente la répartition du niveau d’instruction des femmes selon leur lieu de résidence.

**Tableau VII : Répartition du niveau d’instruction des femmes selon leur lieu de résidence.**

<b>Niveau d’instruction</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>p</b>	<b>OR [IC]</b>
Primaire	72 (92,31)	6 (7,69)	78 (100)	0,00017	6,14 [2,21-17,32]
Secondaire	29 (67,44)	14 (32,56)	43 (100)		0,22 [0,08-0,59]
Supérieur	2 (50)	2 (50)	4 (100)		
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>22</b>	<b>125</b>		

La proportion des femmes ayant un niveau d’instruction primaire était de 92,31% à Sabalibougou contre 7,69% à Badalabougou avec une différence statistiquement significative (p=0,00017).

### 3. Raisons de l'accouchement à domicile dans les deux quartiers

Le tableau VIII représente la répartition du suivi prénatal des femmes selon leur lieu de résidence.

**Tableau VIII : Répartition du suivi prénatal des femmes selon leur lieu de résidence.**

<b>Suivi prénatal</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>P</b>	<b>OR [IC]</b>
Sans CPN	145 (88,96)	18 (11,04)	163 (100)	0,0002	3 [1,64- 5,47]
Au moins une CPN	118 (72,84)	44 (27,16)	162 (100)		
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

Dans notre étude les femmes qui n'avaient pas réalisé de CPN représentaient 88,86% des femmes vivant à Sabalibougou contre 11,04% de celles vivant à Badalabougou avec une différence statistiquement significative ( $p=0,0002$ ).

Le tableau IX représente la répartition des parités des femmes selon leur lieu de résidence.

**Tableau IX : Répartition des parités des femmes selon leur lieu de résidence.**

<b>Parité</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>p</b>	<b>OR [IC]</b>
Primipare	54 (77,14)	16 (22,86)	70 (100)	0,36	0,74 [0,39-1,41]
Pauci pare	80 (80)	20 (20)	100 (100)		0,90 [0,50-1,66]
Multipare	129 (83,23)	26 (16,77)	155 (100)		1,33 [0,76-2,33]
<b>Total</b>	263	62	325		

Les multipares représentaient 83,23% à Sabalibougou et 16,77% à Badalabougou.

Il n'y avait pas de différence entre les parités des femmes dans les deux quartiers

p= 0,36.

Le tableau X représente la perception du coût de l'accouchement selon le lieu de résidence des femmes

**Tableau X : Répartition de la perception du coût de l'accouchement selon le lieu de résidence des femmes.**

<b>Coût</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>p</b>	<b>OR [IC]</b>
Abordable	28 (41,18)	40 (58,82)	68 (100)	10 <sup>-4</sup>	0,06 [0,03-0,12]
Elevé	160 (88,89)	20 (11,11)	180 (100)		3,26 [1,81-5,86]
Sans opinion	75 (97,40)	2 (2,60)	77 (100)		11,9 [2,85-25,2]
<b>Total</b>	263	62	325		

A Sabalibougou 88,89% des femmes ont trouvé que le coût de l'accouchement était élevé contre 11,11% à Badalabougou avec une différence statistiquement significative  $p=10^{-4}$ .

Le tableau XI représente la répartition des motifs apportés par les femmes selon leur lieu de résidence.

**Tableau XI : Répartition des motifs apportés par les femmes selon leur lieu de résidence.**

<b>Motifs</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>p</b>	<b>OR [IC]</b>
Horaire nocturne	45 (90)	5 (10)	50 (100)		2,35 [0,89-6,20]
Brièveté du travail	30 (85,71)	5 (14,29)	35 (100)		1,46 [0,54-3,95]
Mauvais accueil des agents de santé	28 (54,90)	23 (45,10)	51 (100)	10 <sup>-5</sup>	0,20 [0,10-0,38]
La peur de la césarienne	15 (53,57)	13 (46,43)	28 (100)		0,22 [0,10-0,50]
Manque des moyens financiers	135 (89,40)	16 (10,60)	151 (100)		3,03 [1,63-5,62]
Autres motifs	10 (100)	00 (00)	10 (100)		
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

A Sabalibougou 89,40 % des femmes avaient accouché à domicile par manque des moyens financiers contre 10,60% des femmes vivant à Badalabougou avec une différence statistiquement significative  $p= 10^{-5}$ .

Le tableau XII représente la répartition des options choisies par les femmes selon leur lieu de résidence.

**Tableau XII : Répartition des options des femmes selon leur lieu de résidence.**

<b>Option choisie</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>p</b>	<b>OR [IC]</b>
Non choisie	252 (86,30)	40 (13,70)	292 (100)	10 <sup>-8</sup>	11,85 [1,85-15,39]
Choisie	11 (33,33)	22 (66,67)	33 (100)		
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

Les femmes qui n'avaient pas choisi d'accoucher à domicile représentaient 86,30% du total des femmes vivant à Sabalibougou comparé à 13,30% des femmes vivant à Badalabougou avec une différence statistiquement significative ( $p=10^{-8}$ ).

#### 4. Complications liées à l'accouchement à domicile dans les deux quartiers

Le tableau XIII représente la répartition du pronostic vital maternel selon le lieu de résidence des femmes.

**Tableau XIII : Répartition du pronostic vital maternel selon le lieu de résidence des femmes.**

<b>Patientes</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>p</b>	<b>OR [IC]</b>
Vivante	260 (81)	61 (19)	321 (100)		
Décédée	3 (75)	1 (25)	4 (100)	0,36	1,42 [0,14-1,38]
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

Il n'y avait pas de différence significative entre la proportion des femmes décédées dans les deux quartiers ( $p=0,36$ ).

Le tableau XIV représente la répartition des complications hémorragiques selon le lieu de résidence des femmes.

**Tableau XIV : Répartition des complications hémorragiques selon le lieu de résidence des femmes.**

<b>Complications</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>P</b>	<b>OR [IC]</b>
Déchirures des parties molles	30 (85,71)	5 (14,29)	35 (100)	0,44	1,46 [0,54-3,95]
Rétention placentaire	8 (80)	2 (20)	10 (100)		0,94 [0,19-4,54]
Hémorragie	35 (72,92)	13 (27,08)	48 (100)		0,57 [0,28-1,70]
Sans complication	190 (81,90)	42 (18,10)	232 (100)		1,23 [0,68-2,25]
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

L'hémorragie par atonie utérine était la complication la plus représentée dans les deux quartiers soit 72,92% à Sabalibougou et 27,08% à Badalabougou. Il n'y avait pas de différence significative entre les complications hémorragiques chez les femmes dans les deux quartiers (p=0,44).

Le tableau XV représente la répartition du pronostic vital périnatal selon le lieu de résidence des femmes.

**Tableau XV : Répartition du pronostic vital périnatal selon le lieu de résidence des femmes.**

<b>Nouveau-né</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>p</b>	<b>OR [IC]</b>
Vivant	241 (80,60)	58 (19,40)	299 (100)	0,62	0,75 [0,25-2,27]
Décédé	22 (84,62)	4 (15,38)	26 (100)		
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

Il n'y avait pas de différence significative entre la proportion de décès de nouveau-nés dans les deux quartiers (p=0,62).

Le tableau XVI représente la répartition des complications périnatales selon le lieu de résidence des femmes.

**Tableau XVI : Répartition des complications périnatales selon le lieu de résidence des femmes.**

<b>Complications périnatales</b>	<b>Sabalibougou n (%)</b>	<b>Badalabougou n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>p</b>	<b>OR [IC]</b>
Détresse respiratoire	60 (80)	15 (20)	75 (100)	0,82	0,92 [0,48-1,77]
Rétention de la tête derrière	33 (97,06)	1 (2,94)	34 (100)		8,75 [1,17-15,28]
Infection néonatale	75 (90,36)	8 (9,64)	83 (100)		2,69 [1,22-5,92]
Aucune complication	95 (71,43)	38 (28,57)	133 (100)		0,35 [0,20-0,63]
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>62</b>	<b>325</b>		

L'infection néonatale était la complication la plus représentée avec 90,36% à Sabalibougou et 9,36% à Badalabougou (p=0,82%).

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

## **VI Commentaires et discussions**

### **1. Fréquence**

Au cours de notre étude, la fréquence de l'accouchement à domicile était de 13,02 % à Sabalibougou et 3,16 % à Badalabougou. Il existe une différence statistiquement significative quant au nombre d'accouchement à domicile entre ces deux quartiers ( $p=10^{-8}$ ).

Diarra T [7] en 2016 note une fréquence de 1,04% dans une étude quantitative portant sur deux structures de la Commune V du district de Bamako (CSRéf et ADASCO).

Keita A trouve une fréquence de 3,01% en 2006 au CSRéf commune V.

Diarra N [8] en 2001 note une fréquence de 4,02% dans une étude rétrospective sur 3 ans et demi réalisée à la maternité de la commune V du District de Bamako.

Malam H [19] au Niger trouve une fréquence de 11%.

Une fréquence de 1,28% a été rapportée par Bonane et col [20] au Centre Hospitalier Universitaire de Yalgado au Burkina Faso.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que Sabalibougou est un quartier précaire où règnent en plus de la pauvreté, les fanatismes religieux, et l'ignorance des risques liés à l'accouchement hors maternité.

Dans les pays en voie de développement comme le Mali, nous partageons cette affirmation de Keita A selon laquelle la fréquence élevée d'accouchements hors maternité pourrait s'expliquer surtout par les pesanteurs socioculturelles et l'ignorance des risques liés à l'accouchement hors maternité [1].

## **2. Déterminants socio démographiques dans les deux quartiers**

### **2.1 Age :**

La tranche d'âge 35 ans et plus était de 80,75% à Sabalibougou et 19,25% à Badalabougou avec un âge moyen de 28 ans et (15; 42) ans les extrêmes.

Diarra T [7] au Mali trouve une moyenne d'âge de 28 ans en 2016 et Diarra N [8] dans le même pays (Mali) trouve en 2001 une moyenne de 27,7 ans.

Ces moyennes d'âge sont identiques à la moyenne d'âge trouvée dans notre étude qui était de 28ans.

### **2.2 Statut matrimonial :**

Dans notre étude les célibataires représentaient 85% des femmes de Sabalibougou contre 15% de Badalabougou ( $p=1,49$ ).

Cela pourrait s'expliquer par l'extrême pauvreté à Sabalibougou où parfois la survenue de grossesses chez les célibataires est une situation d'humiliation de déshonneur et d'échec de la société. Cet état de fait a une influence négative sur le suivi régulier de la grossesse et le déroulement normal de l'accouchement.

### **2.3 Profession :**

Dans notre étude, 93,14% des femmes venant de Sabalibougou n'avaient pas de revenu rémunérateur contre 6,86% de Badalabougou. La différence était statistiquement significative avec  $p=10^{-8}$ .

En plus 88,52% des partenaires n'avaient pas de revenu à Sabalibougou significativement différent des 11,48% de Badalabougou  $p=10^{-6}$ .

La survenue de l'accouchement non assisté hors maternité peut toucher toutes les classes socioprofessionnelles mais les femmes de bas niveau socioéconomique étaient les plus concernées ( $p=10^{-8}$ ). Ces femmes dépendaient pour la plupart de leurs partenaires où des parents chez qui elles vivaient.

Aussi l'absence du partenaire ou l'incapacité de celui-ci à faire face aux dépenses pourrait influencer le suivi de la grossesse et le déroulement de l'accouchement conduisant certaines d'entre elles à opter pour l'accouchement à domicile.

#### **2.4 Scolarisation :**

Dans notre étude 74,64 % des femmes venant de Sabalibougou n'étaient pas scolarisées contre 25,36% de Badalabougou. Cette différence était statistiquement significative ( $p=0,01$ ).

### **3. Raisons de l'accouchement à domicile dans les deux quartiers**

#### **3.1 Suivi prénatal :**

Dans notre étude plus de la moitié des femmes venant Sabalibougou n'étaient pas suivies au cours de leur grossesse soit 88,96% contre 11,04% de Badalabougou ( $p= 0,0002$ ).

Une étude faite en Guinée Conakry en 1999 montre que le taux de fréquentation des services de CPN est de 56,64% et le nombre de CPN par grossesse est de 2 en moyenne [21].

L'importance des CPN semble toujours ne pas être perçue par les femmes qui, très souvent se présentent tardivement à la première CPN, où alors ne respectent pas les rendez-vous pour leurs prochaines CPN.

#### **3.2 Parité :**

Dans notre étude les multipares étaient de 83,23% à Sabalibougou et 16,77% à Badalabougou. ( $p=0,31$ ).

Une étude faite en Guinée Conakry en 1999 a aussi révélé que ce sont les multipares qui accouchaient le plus à domicile avec 48% des cas [21].

Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces multipares pensent avoir acquis une expérience les permettant de se passer des services des structures sanitaires et des fournisseurs de soins.

### **3.3 Perception du coût des soins :**

Dans notre étude 88,89% des femmes de Sabalibougou avaient trouvé que le coût de l'accouchement était élevé contre 32,26% de Badalabougou. Cette différence était statistiquement significative ( $p=10^{-5}$ ).

Une étude faite en Côte d'Ivoire en 2009, avait trouvé que 54% des femmes ayant accouché à domicile trouvaient un coût élevé de l'accouchement dans les centres de santé contre 46% qui le trouvaient abordable [22].

Cela nous permet de dire que le manque de moyen financier est un facteur qui pouvait limiter l'utilisation des services de maternité par les populations.

### **3.4 Motivation des femmes :**

Dans notre étude 37,10% des femmes de Sabalibougou ont évoqué un mauvais accueil des agents de santé contre 10,65% de Badalabougou avec une différence statistiquement significative ( $p=10^{-6}$ ). Cette différence pourrait s'expliquer par le manque de choix des femmes de Sabalibougou dû à leur pauvreté.

Les femmes de Sabalibougou avaient 78% moins de chance d'accoucher à domicile par peur de la césarienne que celles de Badalabougou  $p=0,00001$ .

Plus de la moitié des femmes de Sabalibougou évoquaient un manque de moyen financier soit 51,33% contre 25,81% de Badalabougou avec une différence statistiquement significative ( $p=0,0002$ ).

Keita A [1], trouve que 62,07% des accouchements à domicile étaient dues à un manque de moyen financier et 15,76% par méconnaissance du travail d'accouchement.

#### **4. Complications liées à l'accouchement à domicile**

Nous avons enregistré 3 cas de décès maternels suite à l'hémorragie du post-partum par atonie utérine venant de Sabalibougou, soit 75% et 1cas venant de Badalabougou soit 15%. Il n'y avait pas de différence significative.

Notre étude a révélé que la complication la plus fréquente était l'hémorragie du post-partum par atonie utérine dans les 2 groupes de femmes, soit 72,92% à Sabalibougou et 27,08% à Badalabougou. Cependant il n'y avait pas de différence statistiquement significative. ( $p=0,12$ ). Cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des femmes ayant accouché à domicile était des multipares.

Le but principal de l'accouchement dans une structure sanitaire est de diagnostiquer et de prévenir les risques liés à l'accouchement.

L'hémorragie du post partum est la complication la plus redoutée, elle aboutit souvent au décès maternel. C'est pourquoi il est indispensable de prendre des mesures préventives contre cette hémorragie après l'accouchement par la pratique de la Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement

(GATPA).

Ouologuem A [23] rapporte 28,3% d'hémorragie du post partum immédiat (HPPI) par atonie utérine ; 17,7% de lésions périnatales et 12,4% de rétention placentaire (après un accouchement à domicile).

Keita A [1] rapporte 25,62% d'hémorragie du post-partum par atonie utérine après un accouchement à domicile.

# CONCLUSION

## **VII Conclusion**

Cette étude a montré que l'accouchement non assisté demeure une réalité en commune V du district de Bamako où il reste élevé soit 13,03% à Sabalibougou et 3,16% à Badalabougou.

Les déterminants de ce phénomène sont essentiellement le faible revenu du couple et la non scolarisation des femmes (74,64% des femmes de Sabalibougou étaient non scolarisées contre 25,36% de celles de Badalabougou).

Parmi les raisons, on avait surtout le coût relativement élevé de l'accouchement (évoqué par 88,89% des femmes de Sabalibougou et 32,26% de celles de Badalabougou) et le mauvais accueil des agents de santé.

Les principales complications étaient l'hémorragie du post partum par atonie utérine (soit 72,92% à Sabalibougou et 27,08% à Badalabougou) et l'infection néonatale soit 90,36% à Sabalibougou et 9,36% à Badalabougou.

Des actions sont nécessaires pour minimiser ce phénomène afin d'améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés.

# **RECOMMANDATIONS**

## VIII Recommandations

A la lumière des problèmes identifiés nous formulons les recommandations suivantes :

- ❖ aux personnels de santé :
  - sensibiliser les femmes sur l'importance des CPN,
  - accueillir les femmes avec douceur en les rassurant une prise en charge correcte.
- ❖ aux gestantes :
  - pratiquer des CPN,
  - se doter d'un minimum de ressources économiques dès la conception,
- ❖ aux autorités politiques :
  - renforcer les efforts visant à accroître le taux de scolarisation des jeunes filles ce qui aura probablement une grande influence sur leur comportement ultérieur surtout sur ce qui concerne leur santé,
    - réduire les coûts des CPN et de l'accouchement dans les structures sanitaires.

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## **IX Références**

### **1. Keita A.**

Les accouchements à domicile : pronostic materno-foetal au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako.

Thèse : Médecine : Bamako : 2006 ; 214.

### **2. Lori S. Ashford.**

Politique des populations-promotion des droits de la femme.

Washington : 2001 ;56(1) : 56.

### **3. Organisation mondiale de la santé.**

Rapport sur la santé dans le monde monde janvier-février 1998(1).

### **4. Labama L.**

Accouchement à domicile, un risque pour la mère et l'enfant.

Panorama médical Kinsangani (RDC) : 1995 ; 12 : 720-723.

### **5. Conable B B.**

La maternité sans risque. Forum médical de la santé –OMS.

Genève : 1987 ; 8(2) : 164-170.

### **6. Organisation mondiale de la santé.**

L'intégration des services de santé maternelle et infantile dans les soins de santé primaires.

Genève 1991 : 101.

### **7. Diarra T.**

Les accouchements non assistés à domicile dans le district sanitaire de la commune V de Bamako.

Thèse : Médecine : Bamako : 2016 ; 87.

**8. Diarra N.**

Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako.

Médecine à propos de 728 cas.

Thèse : Médecine : Bamako : 2001 ; 48.

**9. Mme Coulibaly Kané S.**

Les accouchements non assistés dans le centre de santé de Référence de la commune II du district de Bamako.

Thèse : Médecine : Bamako : 2011 : 97.

**10. Michel S.**

Etude sur les accouchements non assistés au service de gynéco obstétrique à l'Hôpital Gabriel Touré

Thèse : Médecine : Bamako : 2005 ; 96.

**11. Zouhairou S.**

Accouchements non assistés à l'Hôpital de Tombouctou.

Thèse : Médecine : Bamako : 2011 ; 87.

**12. Cissé B O.**

Etude des accouchements assistés et non assistés dans la commune de Gao de 2005 à 2008. A propos de 398 cas.

Thèse : Médecine : Bamako : 2011 ; 73.

**13. Akpadza JK, Baeta S, Amadou A, Ankou A.** Accouchement sans surveillance médico-obstétricale dans la commune de Lomé journal de la SAGO. 2004 ; 5(1) : 9-14.

**14. Me Wieggers T A, J Van Der Zee, JJ Kerssens and M JC KEIRSE.** Home birth or short-stay hospital birth in low population in the Netherland. Soc. Sci. Med.

1998 ; 45(11) : 1505-11.

**15. Beeram M, Solarin K Young M, A bedin M.**

Morbidity and mortality of infants born before arrival at the hospital. Clin. pediater. Phila : 1991 : 34313-6.

**16.Habsatou T.**

Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain.

Thèse : Médecine : Bamako : 2000 ; 62.

**17.Merger R, Lévy J, Précis d'obstétrique, Masson (Paris) 1979 :755.**

**18.Source la Mairie de la commune V du District de Bamako.**

**19.Malam H.**

Contribution à l'étude des accouchements à domicile à propos de 312 cas.

Thèse de Médecine : Niamey : 1995 ; 18.

**20.Bonane B et Coll.**

Accouchement à domicile à la maternité du CHN de Ouagadougou à propos de 156 cas colligés en quatre ans.

Burkina Médical n<sup>0</sup> spécial 1999(2).

**21.Diallo F B.**

Problèmes médicaux et socioculturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales et d'accouchements assistés dans les 4 régions naturelles de la Guinée. Médecine d'Afrique Noire.

Conakry 1999 ; 46(1).

## **22. Joseph bényé Bi Vroh.**

Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon. Abidjan. 2009. [Consulté le 5 Décembre 2016].

Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-5 pages-499.htm>.

## **23. Ouologuem A.**

Accouchements non assistés dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

Thèse : Médecine : Bamako :2006 ;353.

# ANNEXE

## ANNEXE

### FICHE D'ENQUETE SUR ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT NON ASSISTE A DOMICILE DANS DEUX QUARTIERS DE LA COMMUNE V DU DISTRICT SANITAIRE DE BAMAKO/MALI

N<sup>0</sup> Dossier.....

Nom : ..... Prénoms : .....

.....

DDR: /...../...../...../

Terme de.....

l'accouchement.....

Q1 Quartier: / /

a. Sabalibougou

b.

Badalabougou

Q2 Age : / /

a. 17ans

b. 18-34 ans

c. 35ans

Q3 Ethnie : / /

a. Bambara

b. Peulh

c. Soninké

d. Autres

Q4 Statut matrimonial : / /

a. Mariée

b. Divorcée

c. Célibataire

d. Veuve

Q5 Profession des femmes : / /

a. profession rémunératrice

b. Profession non rémunératrice

Q6 Profession des conjoints : / /

a. Rémunératrice

b. Non

rémunératrice

Q7 Scolarisation : / /

a. Scolarisée

b. Non

scolarisée

Q8 Niveau d'instruction : / /

a. Primaire

b. Secondaire

c. Supérieur

Q9 Consultation prénatale : / /

a. Oui

b. Non

Q10 Parité : / / a. P1 b. P2 c. P3 d.P4

Q11 Le coût: / / a. Abordable b. Elevé c. Abstinence

Q12 Option : / / a. Choisie b. Non choisie

Q13 Motivation : / /

a. Horaire nocturne b. Brièveté du travail c. Mauvais accueil des agents de santé

d. La peur de la césarienne e. Manque des moyens financiers f. Autres motifs

Pronostic materno-foetal :

Evolution de l'état maternel :

Q14 Mère : / / a. Vivante b. Décédée

Q15 Hémorragie du post partum immédiat:/ / a. Oui b. Non

Si oui //1.Par atonie utérine 2.Par rétention placentaire 3. Par lésions des parties molles

Q16 Résultat du nouveau-né:// a. Vivant b. Mort-né c. Référé

Q17 Complications du nouveau-né : / /

a. Détresse respiratoire b. Rétention de la tête dernière c. Infection néonatale  
d.

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom** : Kamaté

**Prénoms** : Youssouf Dakoua

**Email** : ykamaté75@gmail.com

**Titre de thèse** : Etude comparative de la précarité et de l'accouchement non assisté à domicile de deux quartiers du district sanitaire de la commune v de Bamako/Mali.

**Année** : 2018-2019

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMOS

**Secteur d'intérêt** : Gynéco-obstétrique/Santé publique.

## Résumé

**Introduction :** Nombreuses sont les mères qui n'ont pas accès à des services de soins de santé modernes. On estime que 60 à 80% des femmes des pays en voie de développement continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance ou avec l'aide de personnes non qualifiées et d'ordinaire dans un environnement peu salubre. Cette étude avait pour objectif d'étudier l'accouchement non assisté à domicile dans deux quartiers du District Sanitaire de la Commune V de Bamako Mali.

**Méthode :** Il s'agissait d'une étude transversale analytique. Nous avons comparé deux groupes de femmes résidant dans deux quartiers différents (Sabalibougou et Badalabougou) et ayant accouché à domicile sur une période de 12 mois, du 1<sup>er</sup> mars 2015 au 28 Février 2016.

**Résultats :** Au terme de cette étude, nous avons enregistré 2020 accouchements aux CSCom de Sabalibougou dont 263 accouchements à domicile soit 13% des accouchements et 1962 accouchements au CSRéf de la commune V venant de Badalabougou dont 62 accouchements à domicile soit 3% des accouchements. La proportion des femmes non scolarisées était de 74,64% à Sabalibougou contre 25,36% à Badalabougou avec une différence statistiquement significativement  $p=0,01$ . A Sabalibougou 89,40 % des femmes avaient accouché à domicile par manque des moyens financiers contre 10,60% des femmes vivant à Badalabougou avec une différence statistiquement significative  $p= 10^{-5}$ . L'hémorragie par atonie utérine était la complication la plus représentée dans les deux quartiers soit 72,92% à Sabalibougou et 27,08% à Badalabougou sans significativité ( $p=0,44$ ).

**Conclusion :** Cette étude a montré que l'accouchement non assisté demeure une réalité en commune V du district de Bamako. Des actions sont nécessaires pour minimiser ce phénomène à travers la réduction du coûts des CPN et de l'accouchement dans les structures sanitaires.

**Mots clés :** accouchements, non assistés, résidence.

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

- **En** présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
- **Je** donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
- **Admis** à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- **Je** ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
- **Je** garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.
- **Même** sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
- **Respectueux** et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- **Que** les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
- **Que** je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure.**