

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES



U.S.T.T.B

Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

TITRE

**Facteurs associés à l'accouchement à domicile au district
sanitaire de Oussoubidiagna, en 2021**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 20/07/2023 Devant la Faculté de Médecine, et
d'Odontostomatologie (FMOS)

Par M. DIABATE M'MET

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

JURY

Président : Pr Hamadoun SANGHO

Membre : Dr Nouhoum TELLY

Co-Directeur : Dr Cheick Abou COULIBALY

Directeur : Pr Oumar SANGHO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

p

Dédicaces

C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette thèse.

A Dieu, tout puissant, clément et miséricordieux et au prophète Mohamed paix et salut sur son âme.

A mon père : SAMBA DIABATE

Je ne saurais comment t'exprimer ma gratitude et mon profond amour.

Tu as été l'initiateur de ce travail car tu as guidé mes premiers pas vers l'école.

Ton soutien moral, matériel, financier ne m'a jamais fait défaut. Homme modeste, humble, l'admiration que j'ai pour toi est sans limite.

L'amour que tu as porté à tes enfants, ta dignité, l'éducation et le sens de l'honneur nous servent de modèle. Puisse Dieu t'accorde une longue vie et une bonne santé.

A ma mère : SANDAMA DIABATE

Mère courageuse, optimiste, généreuse, tolérante, combattante des causes d'autrui, ce travail est le fruit de tes efforts.

Tu t'es évertuée à nous apprendre à respecter la personne humaine et à aimer le travail en nous inculquant des notions telles que la persévérance, la tolérance, la modestie et le courage dans le combat pour la réussite.

Ton souci premier a toujours été la réussite de tes enfants et tu y as consenti tous les sacrifices nécessaires. Trouve ici la reconnaissance de mon affectueux attachement.

Que Dieu te garde longtemps parmi nous et fasse que tu sois toujours satisfait de nous.

A mes tantes et oncles : SIDY DIABATE, Feu KAMBO DIABATE, FACOUROU DIABATE, MAMADY DIABATE, Feu DACOUTOUN DIABATE, LOUNTANDING DIABATE, M'BAMALOU DIABATE, Feu SOUSSABA DIABATE

Vous m'avez toujours apporté vos soutiens morales et financiers ; Vos sages conseils m'ont souvent facilité le long parcours qui a abouti à ce travail.

A Mes Frères et Sœurs : Vous faites la joie de la famille. C'est une fierté de vous avoir comme frères et sœurs. En nous voyant le mot fraternité prend tout son sens. Ce travail est le fruit de nos efforts conjugués, mais il vous revient de plein droit car vous m'avez toujours soutenue dans mes hauts et mes bas. La confiance, l'assurance, le respect mutuel, la franchise, l'union, la compassion, que nous nous portons est vraiment un don de l'éternel. Le conseil que je peux vous dire c'est de vous mettre sur la voie de l'instruction avec beaucoup de Courage et de détermination. Vous êtes adorables.

A mes cousines et cousins : Merci pour vos encouragements et vos conseils particulièrement à MAKAN SISSOKO qui m'as toujours soutenu financièrement et moralement

REMERCIEMENTS :

A mon cher maître du service de gynéco-obstétrique du CSREF de Oussoubidiagna :

Dr Abdoulaye Laye DIAKITE

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

Au médecin chef du CSREF de Oussoubidiagna : Dr Oumar TOURE

Merci de m'avoir accueilli dans vos services et permis la réalisation de ce travail.

Merci pour ta disponibilité constante, ton soutien morale et financier

A tout le personnel du CSREF et du CSCOM CENTRAL. Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

A mes amis : Je n'ai jamais douté de votre amitié, j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences. Je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils

A tous mes camarades de la FMOS : Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Recevez ce travail en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur. Merci mes chers pour tout.

Au Mali : pour tes efforts consentis : éducation, formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

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

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY Professeur Hamadoun SANGHO

- ❖ Professeur Titulaire de Santé Publique à la FMOS ;
- ❖ Ex-Directeur général du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) ;
- ❖ Chef du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;
- ❖ Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Cher maître, nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus, qu'un honneur, vous côtoyer est un plaisir. Votre éloquence, votre grande culture scientifique font de vous un maître admiré de tous. Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social, élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez. Nous ne saurons sincèrement comment vous remercier pour votre encadrement de qualité incommensurable et votre dévouement pour notre formation dans l'intérêt de la science au bénéfice de notre nation.

Nous saisissons cette occasion pour vous rendre hommage.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY

Dr Nouhoum TELLY

- ❖ Maître-assistant en épidémiologie au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) à la FMOS
- ❖ Chef de section Surveillance Epidémiologique à la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites virales (CSLS- TB-H) du Ministère de la Santé et de Développement Social (MSDS)
- ❖ Secrétaire général adjoint de la Société Malienne d'Epidémiologie (SOMEPI)

Cher maître, c'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre de ce jury. Vos qualités scientifiques et votre spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail renforcent l'image du maître ouvert et sociable que nous gardons de vous. Veuillez accepter cher maître, l'expression de nos remerciements les plus sincères et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Dr Cheick Abou Coulibaly

- ❖ Maître-Assistant en épidémiologie au Département de Santé publique de la FMOS
- ❖ Médecin Epidémiologie MPH

Cher Maître, C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre abord, votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont été un grand secours pour nous. Vous n'avez cessé de nous soutenir moralement et financièrement. Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre reconnaissance éternelle. Que Dieu vous accorde une très longue vie.

A notre maitre et directeur de thèse,

Professeur Oumar SANGHO

- **Maître-assistant en épidémiologie au Département d'Enseignement et de Recherche des Sciences Biologiques et Médicales, FAPH/USTTB.**
- **Chef de la section planifications et études à l'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale(ANTIM).**
- **Assistant au coordinateur du master de santé publique et du diplôme universitaire en SISR et FETP/DERSP/FMOS/USTTB.**
- **Certificat de promotion de la santé.**
- **Ancien médecin-chef du district sanitaire de Niono.**

Cher Maître,

Vous avez bien voulu accepter de participer à la direction de ce travail ; nous en sommes honorés. La qualité et la clarté de votre enseignement nous ont séduites. Nous sommes fières de nous compter parmi vos élèves. Votre abord facile, votre esprit d'ouverture, votre rigueur scientifique surtout votre dévouement, associés à vos qualités de maitre formateur font de vous un modèle à suivre.

Veillez accepter, cher maitre, nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

Abréviations

AAD : Accouchement à domicile

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

BDCF : Les bruits du cœur fœtal

CIANE : Collectif Inter associatif Autour de la Naissance

CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique

CNGOF : Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français CNOF :

Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM : Centres de Santé Communautaire

CSAR : Centres de Santé d'Arrondissement Revitalisés

CSREF : Centre de santé de référence

CPON : Consultation post natale

PF : Planification familiale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques HAS : Haute Autorité de Santé

IHEST I : institut des Hautes Etudes pour la Science et la Technologie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MACSF : Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaines d'aménorrhée

SYNGOF : Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France

TV : Toucher vaginale

UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I- Situation des ressources humaines au CSRef	37
Tableau II : Répartition des patientes selon le mode d'admission.....	43
Tableau III : Répartition des patientes selon le lieu de collecte des données	43
Tableau IV : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon les caractéristiques socio démographiques	44
Tableau V : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon les antécédents obstétricaux	45
Tableau VI : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon le suivi obstétrical	46
Tableau VII : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon l'évolution périnatale.....	47
Tableau VIII : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon l'évolution post natal.....	47
Tableau IX : Caractéristiques des types de complications des suites de couches.....	48
Tableau X : Répartition des patientes selon le sexe de leurs nouveau-né et la présence de complications	49
Tableau XI : Répartition des patientes selon la raison d'accouchement à domicile	50
Tableau XII : Répartition des patientes selon leur sentiment après l'accouchement.....	51
Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la tranche d'âge.	51
Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la distance entre le lieu de résidence et le l'aire de santé de provenance.	52
Tableau XV : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et du statut matrimonial.	52
Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la gestité.....	53
Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et du niveau d'instruction.	53
Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la réalisation des consultations prénatales.	54
Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et l'évolution des suites de couche.....	54
Tableau XX : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la rétention placentaire.	55
Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et l'hémorragie du post partum.	55
Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la présence des complications du nouveau-né.....	56

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et Connaissance des inconvénients des accouchements sans assistances médico-obstétricales 56

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et l'état général de la mère. 57

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la conscience. 57

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et le sentiment après l'accouchement. 58

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des fœtus / nouveau-nés en fonction de leur poids à la naissance..... 35

Table des matières :

I. Introduction.....	17
II. Objectifs	20
III. Généralités	22
IV. Méthodologie :.....	35
V. Résultats :	43
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	60
VII. Conclusion.....	65
VIII. RECOMMANDATIONS :	67
IX. Références :.....	69
X. ANNEXES	XVII

INTRODUCTION

I. Introduction

L'accès aux soins est un déterminant majeur de la mortalité maternelle en Afrique. L'accouchement non assisté est tout accouchement en dehors d'une structure sanitaire et sans la présence de personnel qualifié (1). L'accouchement, en dépit des mesures qui l'entourent, représente toujours un moment de risque aussi bien pour la mère que pour le fœtus (2). Depuis plusieurs décennies, la santé maternelle occupe une place prépondérante sur l'agenda sanitaire mondial (3).

A l'échelle mondiale, l'accouchement sans assistance ou assisté par des accoucheuses non qualifiées est un problème de santé publique associé à une mortalité et une morbidité maternelles élevées (4). Ces femmes, mal informées sans éducation sur la santé maternelle et néonatale et n'ayant aucune connaissance préalable des signes de danger obstétricaux ne bénéficiant pas de soins prénatals ni de conseil de planification familiale accouchent souvent à domicile de façon traditionnelle, et sans surveillance médicale en raison de divers obstacles d'une part économiques tels que : les coûts des frais d'utilisation des services de santé, le manque de moyen, le nombre insuffisant d'agents de santé qualifiés et d'autre part socio-culturelles liée à certaines croyances et traditions qui qualifient la femme ayant subi l'accouchement non assisté comme brave, courageuse et fière et ceux-ci couplés à l'insécurité, peuvent tourner au drame(5).

Cependant aux États-Unis, au cours des dernières années, les taux de naissances hors de l'hôpital sont planifiés et ont augmenté de 20% entre 2004 et 2008, et de 0,9% en 2019. Toujours en 2019 environ 1% en France, 1 et 3% en Allemagne, 0,5% en Australie 2% au Canada, 16% au Pays-Bas (6).

En Afrique, particulièrement au Soudan du Sud la prévalence des accouchements à domicile (sans assistance) étaient à 19%, 45% assistés par une accoucheuse non qualifiée en 2010 (7). Cependant en 2011, une étude réalisée estime qu'en Afrique 60 - 80 % des femmes accouchent en dehors de toutes installations modernes de soins de santé (5). En Ethiopie, 47 sur 60 accouchements ont été réalisés en 2019 à domicile avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles (8). Bien que la prévalence des accouchements non assistés reste très élevée au Mali, leurs déterminants demeurent mal étayés, (3).

En 2013, la région d'Afrique subsaharienne a contribué à 62% (179 000) des décès maternels dans le monde (7). Au Mali, le taux de mortalité néonatale est de 57,1 ‰ (9). Au Mali selon

EDSMVI en 2018 les accouchements à la maison ont diminués sensiblement, passant de 61 % en 2001 à 54 % en 2006 puis à 33 % en 2018 (10).

Il est largement reconnu qu'un facteur majeur contribuant à la mortalité maternelle est la faible utilisation des établissements de santé, ou d'une mauvaise prise en charge de la grossesse, du travail d'accouchement, et de la période néonatale immédiate (11). Environ 70% des décès néonataux pouvaient être évités par des interventions simples et à moindre coût avant, pendant la grossesse, durant l'accouchement et même pendant la période du post partum, mais aussi par des changements de comportement simple au sein de la famille et de la communauté (12). Les caractéristiques sociodémographiques : le statut matrimonial, la résidence, la classe d'âge, le niveau d'instruction de même la parité et le suivi prénatal jouent un rôle prépondérant dans le choix du lieu d'accouchement (5).

Ces différents travaux ont mis en évidence non seulement une fréquence élevée des accouchements à domicile, mais également des complications graves. Une action concertée s'impose si l'on veut que la sécurité devienne une réalité pour les millions de femmes qui dans le monde accouchent en l'absence des services essentiels. Le gouvernement malien a consenti des efforts de promotion de la scolarisation des enfants en général et des filles en particulier et pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté.

Pour mieux comprendre ce phénomène nous avons entrepris cette étude dans le centre de santé de référence d'Oussoubidiagna

Question de recherche :

Quelles pourraient être les raisons principales amenant les femmes à accoucher à domicile ?

1 Hypothèse de recherche :

Les accouchements à domicile sont liés à ces facteurs (Le faible niveau d'instruction, la multiparité, l'éloignement de structures sanitaires, le manque de moyens financiers, l'absence de réalisation de consultation prénatale, l'ignorance et la négligence).

OBJECTIFS

II. Objectifs

Objectif général

Etudier les facteurs associés à l'accouchement à domicile enregistré à la maternité du centre de santé de référence (CS Réf) et du centre de santé communautaire (CSCoM) central de Oussoubidiagna.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire le profil sociodémographique de ces femmes ayant accouché à domicile
- ✓ Déterminer la fréquence des accouchements à domicile
- ✓ Déterminer les complications des accouchements à domicile assisté au niveau des maternités.
- ✓ Déterminer les facteurs associés aux accouchements à domicile.

GENERALITES

III. Généralités

A-Historique des soins de santé maternelle et pratiques actuelles (5)

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 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 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 aux 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.

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 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 (13).

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 (5, 13).

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 (14).

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 : $\frac{3}{4}$ 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.

$\frac{3}{4}$ Avicenne (960 à 1037 après J.C) pratiquait la version par manœuvre interne dans les présentations de l'épaule et du siège.

$\frac{3}{4}$ Chamberlain (1531 à 1596) inventa le FORCEPS.

2. Rappels

- Accouchement normal (4)

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 37^{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 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 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.

3. Variétés de présentations (6)

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 :

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

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 décomplété 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 prœvia, la grossesse gémellaire).

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.

4. Déchirures du périnée

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.

- 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 la 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.

- **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.

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.

- **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.

5. 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 : 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.

6. Déchirures 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 (péri néo-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.

7. Déchirures du col utérin

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 gravidé. 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 côtés.

- **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 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

Les principaux indicateurs de santé du Mali demeurent préoccupants. De plus, les progrès du Mali vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement ont été généralement modestes et fragiles. A titre d'illustration, le taux de mortalité maternelle était de 550 pour 100.000 naissances vivantes en 2013 (selon les estimations de l'OMS), la mortalité infantile de 369 pour 1000 et la mortalité néonatale de 40 pour 1000 selon la même source. Les causes directes de cette mortalité maternelle élevée sont essentiellement : l'hémorragie, l'infection, la dystocie, l'hypertension artérielle et l'éclampsie, les avortements compliqués. Au Mali en 2015 1 accouchement sur 3 seulement se fait par un personnel de santé qualifié. Le niveau d'utilisation encore trop faible des services de santé pour les consultations prénatales, les difficultés d'accessibilité géographique et financière et la faible qualité des soins exacerbent cette situation. Selon les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS 1V et V), le taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans reste préoccupant en passant de 15% en 2006 à 13% en 2012. En outre, on estime que 35% des décès infantiles ont été associés à la malnutrition¹ en 2013

► Structures de 4ème 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'Odontostomatologie,

► Structures de 3ème niveau ou de 2ème référence :

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

► Structures de 2ème niveau ou de 1ère référence :

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

► Structures de 1er 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,

METHODOLOGIE

IV. Méthodologie :

1. Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans les maternités du district sanitaire (Centre de Santé de Référence et le centre de santé communautaire) d'Oussoubidiagna.

Présentation du cercle de Bafoulabe

IA.) Aperçu général sur le cercle de Bafoulabe :

Bafoulabé fut érigé en cercle en 1887 avec comme premier administrateur le capitaine Canard. Il est au cœur de la région de Kayes avec une superficie de 20120km².

Il est situé entre le 11^e et le 14^e degré de Latitude Nord et entre le 11^e degré de Longitude Ouest.

Il est limité :

- Au Nord par les cercles de Nioro, Yélimané et Diéma.
- Au Sud par le cercle de Keniéba.
- A l'Ouest par le cercle de Kayes.
- A l'Est par le cercle Kita.

A la faveur de la décentralisation, il a été découpé en 13 Communes rurales dont 5 communes dans le district d'Oussoubidiagna qui sont : Diallan, Diakon, Tomora, Sidibela et Kontéla

Economie :

L'économie est agropastorale.

Il faut aussi ajouter l'essor du commerce et le soutien financier des expatriés.

II-A-3) voies et communications :

Le réseau routier est dominé par les pistes carrossables et temporaires. Le cercle est traversé par le réseau du chemin de fer. Ainsi, la ville de Bafoulabé est reliée à Kayes sur 114 km et à Bamako sur 378 km de chemin de fer. Il existe aussi une route goudronnée qui relie Bafoulabé à Kayes sur 150 km.

En matière de communication le cercle est servi en téléphonie fixe, mobile, satellitaire.

IL existe aussi treize (13) radios FM (fréquence de modulation) réparties entre six (6) Communes à savoir : Bafoulabé (3), Mahina (3), Bamafélé (2), Sidibé la (1), Tomora (2) et Oualia (2).

II-A-4) Démographie :

Le cercle compte 348.927 habitants en 2022 (source DNSI, RPGH), soit une densité de 17habitants par km².

Le district de Oussoubidiagna compte 157017 habitants pour 10000 km² et l'aire de santé de Oussoubidiagna compte 16736 habitants

Les ethnies dominantes sont les khassonkés, les malinkés, les peulhs, les Sarakolés et les bambaras.

II-A-5) Religion :

La religion dominante est l'islam ; il y a aussi le christianisme et l'animisme.

II-A-6) Santé : le Cercle de Bafoulabé dispose de deux C.S. Réf (Bafoulabe et Oussoubidiagna) et 21 CSCom dans le district sanitaire de Oussoubidiagna qui sont :

Bendougou, Demeke, Doualé, Djoufoya T, Diallan, Diakon, Godi, Goundara, Kembé, Kolondikoye, Madihawaya, Madalaya, Madinakouta, Oussoubidiagna, Sawané, Sibindi, Sitakourou, Tigana, Touba, Tremtimou, Toumbinassou.

II-B-) Aperçu de la sous-préfecture de Oussoubidiagna

Le village de Oussoubidiagna est situé dans la commune rurale de Tomora, au nord du cercle de Bafoulabé.

Le premier fondateur fut Oussoubidian Diakité. Asa mort, ce fut l'avènement de chefferie de Sanga Moussa Sissoko qui a traversé les marigots et les collines pour venir s'installer avec son oncle à Bindiga. Après il s'installa sur le site actuel du village et c'est pour cela que depuis, la chefferie est confiée à cette famille.

Les khassonkés représentent l'ethnie dominante. Ils sont originaires de la région de Kayes, ils vivent en parfaite harmonie avec les autres groupes ethniques

III Présentation du CSRef

Le CS Réf a été inauguré le 27 Juin 2013 par le ministre de la santé avec l'affectation du personnel pour la circonstance.

Il est situé au village de Oussoubidiagna.

La zone sanitaire de Oussoubidiagna est située au nord du cercle de Bafoulabé. Elle regroupe 5 communes qui sont : Tomora, Diakon, Diallan, Sidibela et Kontéla.

Elle est limitée

- Au Nord par le cercle de Nioro du Sahel et Yélimané ;
- Au Sud par le cercle de Bafoulabé ;

Facteurs liés à l'accouchement à domicile au district sanitaire de Oussoubidiagna, en 2021

- À l'Est par les cercles de Kita et Diéma ;
- À l'Ouest par le cercle de Kayes.

Il y existe 21 aires fonctionnelles avec un centre de santé communautaire offrant le PMA au complet. En plus des CSCom, il existe des maternités rurales qui offrent le PMA et des cabinets de soins.

Découpage administratif : La zone sanitaire compte 4 arrondissements que sont Oussoubidiagna, Goundara, Diakon et Diallan.

Particularités d'accès :

La quasi-totalité des voies d'accès de la zone sanitaire est constituée de pistes difficilement praticables surtout pendant l'hivernage.

Il n'y existe aucune voie bitumée. La liaison avec la capitale régionale peut se faire soit par la route du sud en passant par Selinkegny ou celle du nord en passant par Diakon et Sandaré (Cercle de Diéma).

Tableau I- Situation des ressources humaines au CSRef :

DESIGNATION		NOMBRE	OBSERVATION
Médecin Santé publique		1	Médecin Chef
Gynécologue obstétricien		1	
Médecin généraliste		1	
Techniciens Supérieurs de Santé	Sage-femme	2	
	Infirmier d'Etat	1	
Techniciens de Santé	Infirmière obstétricienne	2	
	Infirmiers santé publique	3	
	Labo-pharmacie	2	Dont l'un est gérant DRC
Comptable		1	
Gérant DV		2	
Chauffeurs		4	
Autre personnel de soutien	Manœuvres (2), gardien (1)	3	

Le personnel requis pour le C.S. Réf n'est pas au complet (Ophtalmologiste, Radiologue, dentiste, Hygiéniste, Anesthésiste, secrétaire)

B. Infrastructures :

Niveau C.S. Réf :

- ✓ Un Bloc administratif
- ✓ Deux blocs opératoires dont un fonctionnel
- ✓ Un pavillon d'hospitalisation de Médecine
- ✓ Un pavillon d'hospitalisation de Chirurgie
- ✓ Un bloc de consultation externe
- ✓ Une maternité
- ✓ Une unité de radiographie non fonctionnelle
- ✓ Une unité d'échographie
- ✓ Une unité d'odontostomatologie
- ✓ Une unité d'ophtalmologie
- ✓ Un laboratoire d'analyses biomédicales
- ✓ Une morgue (placards frigorifiques capacité 6 corps) non fonctionnelle
- ✓ Deux Blocs accompagnants
- ✓ Quatre logements d'astreintes
- ✓ Un bloc magasins
- ✓ Deux dépôts de pharmacie (DV et DRC)
- ✓ Une unité vaccination

C-Moyens logistiques : Le CS Réf dispose de deux ambulances et quatre véhicules de liaison en bon état.

D. Organisation du service : Elle est conforme à l'organigramme fonctionnel avec des responsabilités à chaque niveau. Les différents services (médecine, santé de la reproduction, chirurgie et vaccination) sont sous la responsabilité des médecins avec une répartition claire des tâches.

Les couts des prestations ont été définis de façon consensuelle avec les autorités locales.

Les activités courantes se déroulent de 08H à 14H du lundi au vendredi. La permanence quotidienne est assurée par l'équipe de garde, y compris le weekend end.

Les principales activités menées sont :

- Les soins curatifs des maladies courantes (consultation, hospitalisation et interventions chirurgicales, soins infirmiers, prise en charge de la malnutrition) ;

- Activités préventives sont (CPN, CPON, PF, suivi enfant sains, vaccination)
- Les activités promotionnelles (IEC, counseling) ;
- Surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique ;
- Le développement des programmes de santé ;
- Les analyses de laboratoire ;
- Les examens d'échographie ;
- La vente de médicaments essentiels au dépôt de vente ;

2. Type et période d'étude :

Nous avons mené une étude transversale descriptive chez les femmes qui ont accouché à domicile, du 01 janvier 2021 au 31 décembre 2021 et reçues à la maternité du Centre de Santé de Référence d'Oussoubidiagna et du CSCom central.

3. Population étudiée

La population cible était composée de l'ensemble des femmes venant de l'aire de santé de Oussoubidiagna ayant accouché.

La population source était composée de l'ensemble des femmes venant de l'aire de santé de Oussoubidiagna ayant accouché aux centres et les femmes ayant accouché à domicile et reçues aux centres.

4. Critères d'inclusion

Toute femme résidant dans l'aire de santé de Oussoubidiagna et ayant accouché sur la période allant du 01 janvier 2021 au 31 décembre 2021 et ayant accepté de répondre à nos questions.

5. Critères de non inclusion :

Toute femme ne résidant pas dans l'aire de santé de Oussoubidiagna au moment de son accouchement.

6. Echantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire probabiliste de toutes les femmes venant de l'aire de santé de Oussoubidiagna ayant accouché au centre et les femmes ayant accouché à domicile ; reçues dans les deux maternités allant du 01 janvier 2021 au 31 Décembre 2021 et répondant à nos critères d'inclusion.

7. Taille de l'échantillon

La détermination de la taille nécessaire à l'étude était calculée à partir de la formule habituelle de Schwarz :

$$n=Z^2PQ/i^2$$

n = taille de l'échantillon

Z = paramètre lié au risque d'erreur, Z = 1,96 (soit 2) pour un risque d'erreur de 5 % (0,05).

p = prévalence de l'accouchement à domicile,

q = 1-p, prévalence de l'accouchement à domicile,

i = précision absolue souhaitée exprimée (i = 0,05)

L'enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM VI) donne une prévalence 33 % de de l'accouchement à domicile pour le Mali. Pour déterminer la taille de l'échantillon on aura=

$$n = \frac{(1,96)^2 * (0,33 * 0,67)}{(0,05)^2} = 339,78 = 340$$

Nous avons ajouté 10% de la taille de l'échantillon pour la correction de la marge d'erreur. Ainsi Nous aurons 340+10%=340+34=374.

Le nombre de femmes devant être inclus dans notre étude afin d'avoir une puissance statistiquement significative pour mettre en évidence les déterminants contributifs à l'accouchement à domicile est de 374.

8. Méthode de collecte des données

La méthode de collecte suivante sera utilisée :

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire en copie dure à travers l'interview et l'exploitations des dossiers si nécessaires.

Les données collectées étaient en lien avec les caractéristiques générales ou sociodémographiques des enquêtées (âge, niveau d'étude, profession, revenu...), l'accessibilité géographique et économique, l'état des infrastructures sanitaires et l'existence des maternités dans les aires de santé, la disponibilité et qualification des personnels de santé, l'accueil au niveau des structures de santé et les complications liées à l'accouchement à domicile.

Notre variable dépendante sera l'accouchement à domicile non assisté répartis entre les deux maternités.

9. Méthode de traitement et analyse des données

La saisie et l'encodage des données ont été faits sur le logiciel Epi Data 3.1.

Les données ont été préalablement vérifiées avant toute exploitation. Les données manquantes ont été exclues de l'analyse. Les données saisies sur Epi Data 3.1 ont été exportées sur le logiciel SPSS version 20. De nouvelles variables ont été créés en cas de besoin.

L'analyse avait commencé par la description des données puis la vérification de l'existence d'une association entre l'accouchement à domicile et les facteurs présumés comme

prédicateurs, nous avons utilisé les tests de Chi-deux. La signification statistique était fixée au seuil de 5%.

10. Considération éthique

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique et de déontologie surtout en matière de santé ; dans le souci de résoudre ce problème, le consentement éclairé verbale de tous les participantes à l'étude ainsi que des autorités sanitaires a été obtenu ;

Les enquêteurs ont à chaque fois, donné des informations claires et précises sur l'objet de l'enquête aux enquêtées ;

Ils ont également clairement expliqué que le refus de participer à l'enquête n'entraînerait aucune conséquence fâcheuse ;

La confidentialité a été assurée en ce qui concerne les renseignements obtenus.

RESULTATS

V. Résultats :

1. Descriptifs de la population d'étude :

Au cours de notre travail qui a porté sur les accouchements à domicile, 418 femmes ayant accouchées ont été incluses.

Du 01 janvier 2021 au 31 décembre 2021, nous avons enregistrées et inclus les 418 femmes ayant accouchées dans les maternités du CSCom central et du CS Réf de Oussoubidiagna. Parmi ces 418 femmes qui répondaient à nos critères d'étude, 47 ont accouché à domicile soit une fréquence de 11,2%.

Tableaux de fréquences :

Tableau II : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode admission	Effectifs	Pourcentage
Venue d'elle même	305	73,0
Référée	59	14,1
Evacuée	54	12,9
Total	418	100,0

Plus d'une patiente sur quatre a été référée ou évacuée soit 27%

Tableau III : Répartition des patientes selon le lieu de collecte des données

Lieu de collecte des données	Effectifs	Pourcentage
CSRéf	276	66,0
CSCom	142	34,0
Total	418	100,0

Nous avons recensé 276 accouchées au CS Réf de Oussoubidiagna soit 66% et 142 cas au CSCom central

Les caractéristiques sociodémographiques :

Tableau IV : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon les caractéristiques socio démographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Nombre	Pourcentage (%)
Tranches		
Agée de moins de 18 ans	52	12,4
Agée de 18 à 35 ans	337	80,6
Agée de plus de 35 ans	29	6,9
Profession		
Ménagère	413	98,8
Elève/Etudiant	3	0,7
Autres	2	0,5
Statut matrimonial		
Célibataire	24	5,7
Mariée	393	94,0
Divorcée	1	0,2
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	384	91,9
Niveau Primaire	28	6,7
Niveau secondaire	6	1,4

Les patientes âgées de 18 à 35 ans sont les plus représentées soit 80,6% de l'étude

La quasi-totalité de nos patientes ne s'occupe que du foyer (98,8%).

Autres= commerçante, fonctionnaire.

Plus de 9 femmes sur 10 ayant accouché à domicile étaient dans une union formelle soit 94%. Dans notre échantillon la fréquence relative des cas d'accouchement à domicile diminue en fonction du niveau d'instruction. En effet les non scolarisées ont constitué l'essentiel de l'échantillon (91,9 %).

-Les antécédents obstétricaux

Tableau V : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon les antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Nombre	Pourcentage (%)
Gestité		
Primigeste	97	23,2
Multigeste	321	76,8
Parité		
Primipare	102	24,4
Multipare	225	53,8
Grande multipare	91	21,8
Avortement		
Oui	75	17,9
Non	343	82,1

L'échantillon était constitué de multigestes dans trois quarts des cas soit 76,8%.

L'échantillon était constitué de 24,4 % de primipares (102/418), 53,8 % de multipares (225/418) et 21,8 % de grandes multipares (91/418).

17,9% (75/418) des patientes ont un antécédent d'avortement

-Suivi obstétrical

Tableau VI : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon le suivi obstétrical

Suivi obstétrical	Nombre	Pourcentage (%)
Réalisation de CPN		
Pas de CPN	71	17,0
1CPN	29	6,9
2CPN	66	15,8
3CPN	118	28,2
4CPN et plus	134	32,1
Lieu d'accouchement		
Accouchement au centre de santé	371	88,8
Accouchement à domicile	46	11,0
Accouchement en cours de route	1	0,2
Type d'accouchement		
Accouchement Unique	411	98,3
Accouchement Gémellaire	6	1,4
Accouchement Multiples	1	0,2

83,3 % (348/418) des accouchées ont fréquenté les centres de CPN.

Parmi les accouchées, 32,1% ont effectué un nombre de CPN \geq 4.

Près de neuf femmes sur dix ont accouché dans un centre de santé

Sept femmes ont fait un accouchement gémellaire ou multiple dans notre étude soit 1,6%

-Evolution périnatale

Tableau VII : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon l'évolution périnatale

Evolution périnatale	Domicile	Centre de santé
Section du cordon	41(9,8%)	377(90,2%)
Délivrance	40(9,6%)	378(90,4)

Le cordon a été sectionné à domicile chez une femme sur dix

La délivrance a été réalisée à domicile chez près d'une patiente sur dix

-Suivi post-natale

Tableau VIII : Répartition des femmes enceintes de l'étude selon l'évolution post natal

Evolution post natal	Nombre	Pourcentage (%)
Etat général		
Bon	393	94,0
Passable	21	5,0
Altéré	4	1,0
Etat de conscience		
Conservée	410	98,1
Obnubilée	6	1,4
Coma	2	0,5
Suites de couche		
Simple	367	87,8
Complicées	51	12,2

Dans notre étude, (25/418) soit 6% des patientes avait un état général passable ou altéré à l'admission

Huit patientes ont été admises dans un tableau de coma ou obnubilation soit 1,9%

Une femme sur dix a présenté au moins une complication dans les suites de couche.

Tableau IX : Caractéristiques des types de complications des suites de couches

Variabiles	Fréquence absolue	Fréquence relative
Hémorragie	72	17,2%
Déchirure vaginale	13	3,1 %
Déchirure du périnée	10	2,3%
Déchirure du col	2	0,5%
Rétention placentaire	6	1,4 %
Décès maternel	1	0,2 %

L'hémorragie a été la complication la plus fréquente avec 17,2%

La délivrance a été compliquée par une rétention placentaire chez six patientes

Une mère sur vingt a porté au moins une Déchirure vaginale, périnéale ou cervicale soit 5 ,8%

-Caractéristique de l'état du nouveau-né :

La répartition des cas selon le poids de naissance est présentée dans le graphique N° ci-dessous

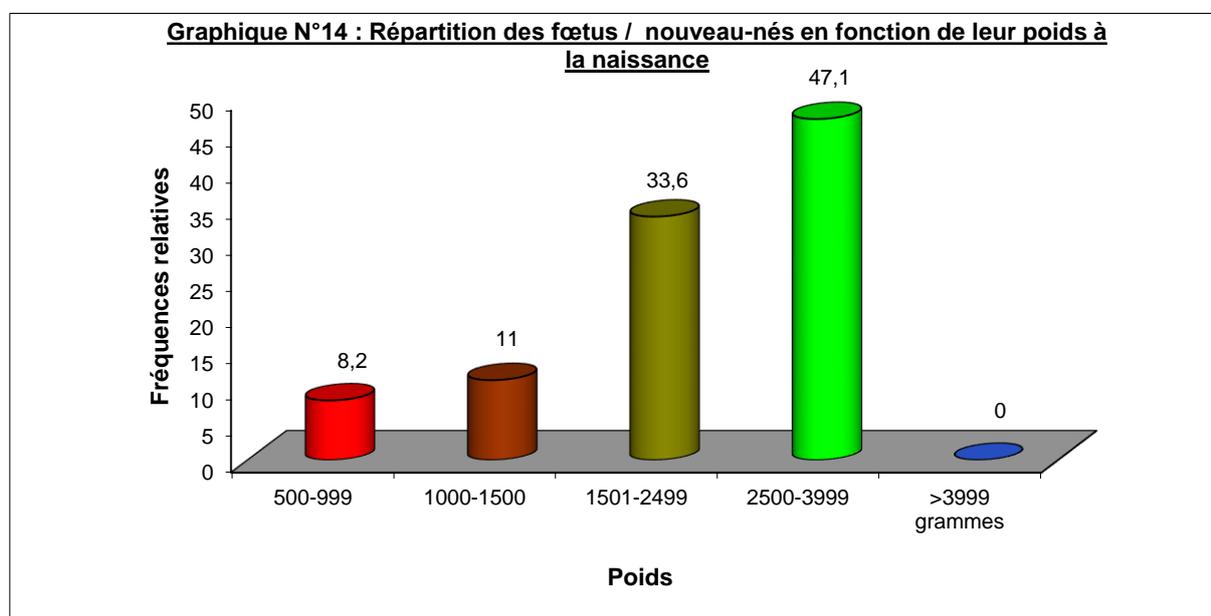


Figure 1 : Répartition des fœtus / nouveau-nés en fonction de leur poids à la naissance

Tableau X : Répartition des patientes selon le sexe de leurs nouveau-né et la présence de complications

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	224	53,6
Féminin	194	46,4
Total	418	100,0

**Présence de complications
chez le Nouveau-né**

Oui	59	14,1
Non	359	85,9
Total	418	100,0

Les nouveau-nés de sexe masculin représentent 53,6% dans l'échantillon.

Dans notre étude 59 nouveau nés ont présenté des complications soit 14,1%.

-Les aspects référés par les patients

Tableau XI : Répartition des patientes selon la raison d'accouchement à domicile

Raison de l'accouchement à domicile	Effectifs	Pourcentage
Surprise par le travail d'accouchement	21	16
Manque de moyen financier et de transport	4	3
But abortif ou infanticide	1	1
Accouchement à domicile habituel	33	26
Méconnaissance des risques encourus	52	41
Absence du mari ou d'accompagnants	1	1
Refus de venir au centre	8	6
Volonté d'accouchée à l'admission	2	2
Peur de la césarienne	3	2
Grossesse non à terme	3	2
TOTAL	128	100

Une femme sur quatre à l'habitude d'accoucher à domicile et 41% n'ont pas d'information sur les risques encourus

Tableau XII : Répartition des patientes selon leur sentiment après l'accouchement

Sentiment après l'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Satisfaction	338	80,9
Anxiété	50	12
Regret	25	6
Déception	2	0,5
Indifférence	3	0,7
Total	418	100

La très grande majorité des accouchées se sont retrouvées dans un état de satisfaction après l'accouchement soit 80,9%.

Tableaux d'analyses des données

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Moins de 18 ans	5 (10,6%)	47 (12,7%)	52	0,906
De 18 à 35 ans	39 (83,0%)	298 (80,3%)	337	
Plus de 35 ans	3 (6,4%)	26 (7,0%)	29	
Total	47	371	418	

L'analyse du tableau montre qu'il n'y avait pas de lien entre l'accouchement à domicile et la tranche d'âge(p=0,906).

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la distance entre le lieu de résidence et le l'aire de santé de provenance.

Distance entre le lieu de résidence et le l'aire de santé de provenance	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
≤ à 5km	22 (46,8%)	277 (74,7%)	299	0,001
>à 5km	25 (53,2%)	94 (25,3%)	119	
Total	47	371	418	

L'analyse du tableau montre qu'il y avait un lien entre l'accouchement à domicile et la distance entre le lieu de résidence et l'aire de santé de provenance ($p=0,001$). Les femmes qui résidaient à plus de 5 km accouchaient plus à domicile comparées à celles dont la résidence était à 5 km.

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Mariée	46 (97,9%)	347 (93,5%)	393	0,237
Non mariée	1(2,1%)	24 (6,5%)	25	
Total	47	371	418	

L'analyse du tableau montre qu'il n'y avait pas de lien entre l'accouchement à domicile et le statut matrimonial des patientes ($p=0,237$).

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la gestité.

Gestité	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Primigeste	9 (19,1%)	88 (23,7%)	97	0,373
Multigeste	38 (80,9%)	283 (80,9%)	321	
Total	47	371	418	

L'analyse du tableau montre qu'il n'y avait pas de lien entre l'accouchement à domicile et la gestité(p=0,373).

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et du niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Non scolarisé	44 (93,6%)	340(91,6%)	384	0,675
Niveau Primaire	3 (6,4%)	25 (6,7%)	28	
Niveau secondaire	0 (0%°)	6 (1,7)	6	
Total	47	371	418	

L'analyse du tableau montre qu'il n'y avait pas de relation entre l'accouchement à domicile et le niveau d'instruction des patientes (p=0,675).

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la réalisation des consultations prénatales.

Consultation prénatale	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Oui	23 (48,9%)	325 (87,6%)	348	0,001
Non	24 (51,1%)	46 (12,4%)	70	
Total	47	371	418	

L'analyse du tableau montre qu'il y avait de lien entre l'accouchement à domicile et la consultation prénatale ($p=0,001$). Les femmes n'ayant pas fait la CPN font plus d'accouchement à domicile que celles l'ayant fait.

Identification des complications associées

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et l'évolution des suites de couche.

Suites de couches	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Simple	15 (31,9%)	352 (94,9%)	367	0,001
Complicées	32 (68,1%)	19 (5,1%)	51	
Total	47	371	418	

Les femmes ayant accouché à domicile faisaient plus de complication de suites de couche que celles ayant accouché au centre avec un lien statistiquement significatif ($p=0,001$).

Facteurs liés à l'accouchement à domicile au district sanitaire de Oussoubidiagna, en 2021

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la rétention placentaire.

Rétention placentaire	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Oui	5 (10,6%)	1(0,3%)	6	0,001
Non	42 (89,4)	370 (99,7%)	412	
Total	47	371	418	

Les femmes ayant accouché à domicile font plus de rétention placentaire celles ayant accouché au centre avec un lien statistiquement significatif ($p=0,001$).

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et l'hémorragie du post partum.

Hémorragie	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Oui	35 (74,5%)	37 (10,0%)	72	0,001
Non	12 (25,5%)	334 (90,0%)	346	
Total	47	371	418	

L'analyse du tableau montre qu'il avait un lien entre l'accouchement à domicile et la survenue de l'hémorragie du post partum ($p=0,001$).

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la présence des complications du nouveau-né.

Présence des complications du nouveau-né.	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Oui	14 (29,8%)	45 (12,1%)	59	0,001
Non	33 (70,2%)	326 (87,9%)	359	
Total	47	371	418	

L'analyse du tableau montre qu'il y avait une relation entre la présence des complications du nouveau-né et l'accouchement à domicile ($p=0,001$). La présence de complication du nouveau-né était plus fréquente chez les accouchées à domicile comparée à celles au centre.

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et Connaissance des inconvénients des accouchements sans assistances médico-obstétricales

Connaissance des inconvénients des accouchements sans assistances médico-obstétricales	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Oui	46 (97,9%)	369 (99,5%)	415	0,224
Non	1 (2,1%)	2 (0,5%)	3	
Total	47	371	418	

L'analyse du tableau montre qu'il n'y avait pas de relation entre l'accouchement à domicile et la connaissance des inconvénients des accouchements sans assistances médico-obstétricales ($p=0,224$).

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et l'état général de la mère.

Etat général de la mère	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Bon	31 (66,0%)	362 (97,6%)	393	0,001
Pas bon (Passable et altéré)	16 (34,0%)	9 (2,4%)	25	
Total	47	371	418	

Les femmes ayant accouché à domicile avaient un état général passable ou altéré plus que celles ayant accouché au centre de santé avec un lien statistiquement significatif ($p=0,001$).

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et la conscience.

Conscience	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Conservée	43 (91,5%)	367 (98,9%)	410	0,001
Pas conservée (obnubilation et coma)	4 (8,5%)	4 (1,1%)	8	
Total	47	371	418	

L'analyse du tableau montre qu'il avait une relation entre l'accouchement à domicile et la conscience des patients à l'admission ($p=0,001$).

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement et le sentiment après l'accouchement.

Sentiment après l'accouchement	Accouchement à domicile		Total	P value
	Oui	Non		
Satisfait	8 (17,0%)	330 (88,9%)	338	0,001
Non satisfait	39 (83,0%)	41 (11,1%)	80	
Total	47	371	418	

L'analyse du tableau montre qu'il y avait de lien entre l'accouchement à domicile et le sentiment après l'accouchement ($p=0,001$). Le sentiment de satisfaction après l'accouchement était plus observé chez les femmes ayant accouchées au centre que celles ayant accouché à domicile.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Au cours de notre étude, nous avons colligé 47 cas pour 418 naissances, soit une fréquence de 11,2%. Nous aborderons les points suivants dans la discussion :

- La fréquence de l'accouchement à domicile ;
- Les facteurs socio-économiques, maternels, obstétricaux et fœtaux ayant une influence sur les accouchements à domicile ;
- Les raisons, les complications et les limites des accouchements à domicile.

1-Fréquence :

L'accouchement sans assistance médicale demeure une réalité quotidienne dans notre milieu. Au cours de notre étude, la prévalence de l'accouchement non assisté était de 11,02%. Ce résultat est similaire au résultat trouvé par Sidibé A.et coll. avec 7,86% (9), de Sangho O.et coll. qui ont trouvé 16,18% (15) et de Malam H. au Niger avec 11% (16). Nos résultats sont supérieurs à ceux de Kane CS et coll. en 2011 avec 5,1% dans le Cs réf de commune II (5) ; supérieurs à ceux trouvés dans des études antérieures, dont celles de Diarra T. avec 1,04% (17), de Keita A. en 2006 avec 3,01% au CS Réf de la Commune V (18), de Diarra N. avec 4,02% (13), de Bonane et coll. avec 1,28% au Centre Hospitalier Universitaire de Yalgado au Burkina Faso (14), de EDSM VI, en 2018, de 3% (19). Cette différence de fréquences pourrait s'expliquer par les caractéristiques particulières de notre population d'étude dont le niveau socioéconomique, le bas niveau d'instruction, et la méconnaissance des risques liés à l'accouchement non assistés par les femmes.

2-Caractéristiques sociodémographiques des femmes

2-a) Age :

Dans notre étude, la tranche d'âge de 18 à 34 ans était la plus représentée avec 80,6%, les adolescentes représentaient 12,4% et 6,9% ont un âge élevé pour la procréation, c'est-à-dire supérieur ou égal à 35 ans.

Alhassane et coll. en 2019 ont trouvé que les 25-34ans étaient les présentées avec 54,2% (20). Kamaté Y.D et coll. ont trouvé que 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 qui est inclus dans notre tranche d'âge la plus représentée comme Diarra T et coll. au C.S. Réf commune V en 2016 (21 ; 17).

Hutton et coll. au Canada=22,5% chez les plus de 35ans (22)

De Jong et coll.=16,9% en 2013 (23)

Aux Pays-Bas, une patiente considérée à bas risque qui choisit les services d'un spécialiste ne sera pas remboursée par la sécurité sociale. En effet, les accouchements planifiés en dehors de l'hôpital, donc y compris ceux planifiés à domicile, coûtent moins cher

Par ailleurs, il a été constaté au cours d'une étude réalisée au Canada que les femmes d'âge avancé et les multipares étaient proportionnellement plus nombreux à accoucher à domicile (10).

Cette thèse est appuyée par l'INSS selon une étude menée en RDC que 62,5% des femmes ayant accouché à domicile ont 36ans et plus (24).

Il apparait que la femme âgée de 25-35ans serait la plus exposée aux accouchements non assistés selon la plupart de ces auteurs. Cela pourrait être dû au fait que ces femmes se sentent plus expérimentées et elles décident d'accoucher à la maison.

2-b) Profession :

Les Ménagères étaient plus représentées dans notre étude soit 98,8%. Nos résultats concordaient avec plusieurs autres études menées dont celles de Kane CS et coll. (5) et Sidibé A. et coll. (9) dans la commune II comme celles de Diarra T et coll. (17), Keita A et coll. (18) toutes en commune V de Bamako.

Cela peut être expliqué par la qualité de vie et les caractéristiques sociodémographiques ainsi que les principales activités des femmes dans notre milieu.

2-c Statut Matrimonial : Les femmes mariées étaient les plus représentées soit 94%. Contre 63,8% rapporté par l'INSS (24).

Nos résultats concordaient avec ceux de SIDIBE A. (9) et de Keita A. (18) ; par contre étaient contraires à ceux de Sangho O. et coll. (15) qui avaient trouvé que les femmes non mariées étaient les plus représentées. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les effectifs des mariées soient largement supérieurs à ceux des non mariées dans notre étude ; aussi le faible moyen et la méconnaissance des hommes aux risques du non suivi de la grossesse et le déroulement de l'accouchement. Ce qui pourrait conduire certaines femmes à opter pour l'accouchement à domicile.

2-d) Scolarisation : Les femmes non scolarisées étaient les plus représentées dans notre échantillon soit 91,9%.

Nos données sont comparables à celles de SIDIBE A. et coll. (54,2% à l'hippodrome, 66,7% au TSF) (9), Sangho O. et coll. (62,9% au Quartier et 74,4% à Sabalibougou) (15) et Kané CS et coll. (81,2%) (5). La non scolarisation semble être un facteur qui exposerait plus à

l'accouchement non assisté à domicile par manque de niveau de compréhension des facteurs de risque de complications liés à l'accouchement.

Plusieurs autres auteurs ont fait le même constat : Pour A. Faye au Sénégal, Elles étaient analphabètes dans 65 % et très pauvres à 34 % ;

L'INSS en RDC a trouvé 68,4% des cas d'analphabètes (24).

2-e) Suivi prénatal :

Parmi les 91,9% d'analphabètes de notre étude, 83% des femmes ont fait la CPN et 32,1% ont fait 4 CPN ou plus.

Ces différents taux reflètent la prise de conscience par les femmes en matière de santé de la mère et de l'enfant.

En Afrique, les CPN, considérées comme axe fondamental visant à réduire la

Mortalité et la morbidité maternelle et périnatale posent de sérieux problèmes liés à des obstacles socioculturels ; la grossesse étant considérée comme une maladie honteuse, les femmes ne consultent que quand elle est avancée ; ce qui explique le faible taux (32,1%) de 4 CPN (norme prévue par PNLN).

Dans notre étude il y avait un lien entre l'accouchement à domicile et la consultation prénatale ($p=0,001$). Les femmes n'ayant pas fait la CPN font plus d'accouchement à domicile 24 (51,1%) que celles l'ayant fait 23 (48,9%).

Toutefois, la qualité aussi du suivi prénatal reste un bon indicateur au déroulement de l'accouchement

Conformément à notre étude, une autre étude de type Cas/Témoin été réalisée dans la commune II du district de Bamako par Kane CS et coll. en 2011 a révélé que le mauvais suivi prénatal et la CPN non faite étaient majoritairement retrouvés chez les cas soit 82,9% contre 55,3% pour les témoins (5).

2-f) Parité :

Dans notre étude les multipares représentaient 75,6%.

Le même constat a été fait par Kamaté YD à Sabalibougou avec 83,23% en 2019 (21)

Dans une étude réalisée par l'INSS parmi les multipares 65% ont accouché à domicile (24) contre 25,9% rapporté par Kané CS en commune II de Bamako en 2019 (5).

Par ailleurs Kane CS et coll. (5) et Alhassane et coll. (20) ont trouvé que les primipares étaient les plus représentées avec respectivement (32,1%) et 33,3% commune II, 2011, 2019

Les multipares accouchent à domicile cela pourrait s'expliquer par la durée du travail d'accouchement trop rapide, également par la notion « d'expérience acquise » lors des accouchements précédents.

3-Raisons de l'accouchement à domicile :

Dans notre étude le manque de moyens financiers a été évoqué par 3% des femmes contre 23,1% au Burkina par Touré et coll. et 8,5% par AKPADZA J. K à Lomé (25).

Un travail d'accouchement rapide par 16% contre 59,22 % rapporté par Touré. B et coll. au Burkina Faso (26),

Par contre dans l'étude de Sangho O. et coll. 37,10% des femmes de Sabalibougou ont évoqué un mauvais accueil des agents de santé contre 10,65% de Badalabougou (15).

De façon générale, la méconnaissance de risques 41%, la surprise des femmes par le travail 16% et l'accouchement à domicile habituel 26% sont les raisons courantes dans notre étude

Au Sénégal (29), les facteurs liés à l'accouchement à domicile étaient le nombre de CPN effectuées (OR = 0,37 [0,23–0,59]), la préparation à l'accouchement, le niveau de bien-être économique (OR = 0,6 [0,39–0,91]), ainsi que la distance (OR = 3,07 [1,38–6,83]), et le temps mis pour aller à la structure sanitaire la plus proche.

Au Bénin (28), les motifs de l'accouchement à domicile sont l'éloignement des structures de santé (21,7 %), la survenue de l'accouchement dans la nuit (21,7 %) et le manque d'argent (14,7%).

Les causes déterminantes du choix de l'endroit de l'accouchement incluent le coût de la facture d'hôpital (93.6%), l'attitude peu amicale des ouvriers de santé (61.4%), le travail inattendu (75%), la distance aux centres de santé (36.4%), et le manque de réserve pour ANC (10.7%) et 3.6% n'ont donné aucune raison (29).

La méconnaissance des dangers, les accouchements à domicile habituel et le manque de moyen financier constitue une véritable barrière non seulement à la fréquentation des structures sanitaires et aussi à l'effectivité des prises en charge. Depuis les années 1991, l'OMS considère les contraintes économiques comme facteurs contraignant certaines femmes à accoucher à domicile.

Les femmes qui résidaient à plus de 5km accouchaient plus à domicile (53,2%) comparées à celle dont la résidence était à 5km et moins (46,8%). Cela nous permet de dire que la distance

entre le lieu de résidence et l'aire de santé est un facteur contributif aux accouchements à domicile dans notre milieu.

4-Complications liées à l'accouchement à domicile :

Nous avons enregistré un décès maternel et 14,1% de complications chez les nouveau-nés.

Notre étude a révélé que les complications dont la déchirure périnéale, l'hémorragie du post-partum, la rétention placentaire étaient toutes largement supérieures chez les cas que chez les témoins.

Nous avons également trouvé une corrélation entre la survenue des complications et l'accouchement non assisté avec 68,1% de oui, 31,9% contre et $P=0,001$.

Ouologuem AD a rapporté 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) (30).

Keita A. et coll. ont rapporté 25,62% d'hémorragie du post- partum par atonie utérine après un accouchement à domicile (18).

Sangho O et coll. ont enregistré 3 cas de décès maternels suite à l'hémorragie du post-partum par atonie utérine, qui était la complication la plus fréquente (15). Ceci pourrait s'expliquer par la surprise du travail d'accouchement, la méconnaissance des risques mais aussi le risque élevé d'hémorragie du post partum chez les multipares qui sont les plus représentées.

VII. Conclusion

Cette étude prospective transversale descriptive menée dans les maternités du CSRéf et du CSCCom de Oussoubidiagna sur une période de 12 mois du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021, pour toute femme ayant accouché à domicile et admise dans le post-partum immédiat, a permis de :

- étudier les accouchements à domicile se présentant dans les maternités du CSRef et du CSCCom central de Oussoubidiagna,
- déterminer la fréquence des accouchements à domicile,
- décrire le profil sociodémographique des accouchées
- évaluer l'évolution immédiate de ces accouchements à domicile.
- déterminer les complications maternelle et néonatales immédiates liées à l'accouchement à domicile,
- rapporter la conduite à tenir dans le service.

Ces résultats nous ont conduit aux conclusions suivantes : 11,02% des accouchements se sont déroulés sans aucune assistance médicale.

- Les multipares sont les plus représentées avec 53,8%, 17% de nos parturientes n'ont pas fait de C.P.N, 91,9% n'ont aucun niveau d'étude, . Un décès maternel a été enregistré.

La pauvreté et l'ignorance peuvent expliquer les différences des séries discutées qu'il faudra améliorer. Sinon, une partie importante des femmes continuera à accoucher à domicile dans des conditions désastreuses.

RECOMMANDATIONS

VIII. RECOMMANDATIONS :

***Aux Personnels de santé :**

- Promouvoir l'éducation, l'information et la sensibilisation sur la santé de la reproduction afin d'amener un changement de comportement,
- De développer et intensifier à l'intention des femmes des informations sûres :
 - . L'importance de la consultation prénatale (CPN),
 - . L'existence et le danger des facteurs de risque au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum,
 - . Les conséquences néfastes pour la mère et le nouveau-né des accouchements non assistés,
- Donner des informations précieuses sur les signes qui nécessitent une consultation urgente,

***Aux Gestantes :**

- Respecter les recommandations faites par les prestataires de santé,
- Pratiquer les CPN de façon correcte et régulière,
- Se doter d'un minimum de ressources économiques dès la conception,

*** A la Population :**

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

*** Au Ministère de l'Education Nationale :**

- Renforcer des efforts visant à accroître le taux de scolarisation des filles,

*** Au Ministère de la Santé :**

- Procéder à une supervision régulière du personnel,
- Renforcer le nombre du personnel,

*** Aux Autorités Politiques :**

- Promouvoir des campagnes de sensibilisation sur les risques d'accouchement non assisté,
- Améliorer les conditions de vie de la population en particulier celles des femmes,
- Trouver des moyens pour faciliter l'accès des gestantes aux structures de santé.

REFERENCES

IX. Références :

1. **OMS.** Rapport sur la santé dans le monde, 1998 – La vie au 21e siècle : Une perspective pour tous [Internet]. Genève: OMS. [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_fr.pdf?ua=1
2. **N'dinga H, Oyere G, Angouono-Moké, Iloki L.** Accouchements sans assistance médicale à l'hôpital de base de Talangaï à Brazzaville (Congo). *Méd Trop.* 2011;71(3):278-80.
3. **Konaké M, Djilla M, Kayentao K, Touré K, Sacko M, A A Iknane.** Facteurs associés aux accouchements non assistés: méta - analyse des données de l'enquête démographique et de santé 2006 du Mali | Mali Santé Publique [Internet]. 2014 [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <http://revues.ml/index.php/msp/article/view/1448>
4. **Mugo NS, Agho KE, Zwi AB, Dibley MJ.** Factors associated with different types of birth attendants for home deliveries: an analysis of the cross-sectional 2010 South Sudan household survey. *Global Health Action.* déc 2016;9(1):29693.
5. **Kané S.** LES ACCOUCHEMENTS NON ASSISTES DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO, ETUDE CAS/TEMOINS [Internet] [Thèse de Médecine]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2011 [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/1203/11M35.pdf;jsessionid=BF5FB8302EFBAC951C9609A468177684?sequence=1>
6. **Koenig I, Le Gouhaler V, Véronique M, Bardes F, Donnez N, Koenig D, et al.** L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ À DOMICILE [Internet]. France: Association Professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile; 2019 sept. Disponible sur: <http://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2019/09/ETAT-des-LIEUX-AAD-FRANCE-2018.pdf>
7. **Organisation mondiale de la Santé.** A72/30 Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). 8 avr 2019;11.
8. **Ahmed -** Les déterminants du recours ou non à l'accouchement.pdf [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/37992/1/34919.pdf>

9. **SIDIBE A.** accouchement non assistés a domicile dans deux quartiers du district sanitaire de la commune ii de bamako, mali. 12 août 2020;(20M172.pdf). Disponible sur: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
10. **Sidibé T, Sangho H, Doumbia S, Sylla M, Keita M, Keita H-D.** Mortalité néonatale dans le district sanitaire de Kolokani (Mali). Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1 oct 2006;19(7):272-6.
11. **Saeedi ZA, Tabatabaie MG, Moudi Z, Vedadhir AA, Navidian A.** Childbirth at home: A qualitative study exploring perceptions of risk and risk management among Baloch women in Iran. Midwifery. 1 janv 2013;29(1):44-52.
12. **Sangho H, Keïta AS, Keïta HD, Coulibaly O, Soumano M, Sylla M, et al.** Connaissance et pratique des accoucheuses traditionnelles sur l'asphyxie du nouveau-né dans le district sanitaire de Kolokani. 2014 [cité 7 janv 2021]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3094>
13. **Diarra N.** Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de 728 cas [Thèse de Médecine]. [Bamako ; FMPOS.]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2016,01M48,67p.
14. **Bonane B.** Accouchement à domicile à la maternité du CHN de Ouagadougou à propos de 156 cas colligés en quatre ans [Thèse de Médecine]. [Burkina Fasso]; 1999.
15. **Sangho O, Traoré SO, Kamate YD, Diarra B, Coulibaly CA, Sangho A, et al.** COMPARAISON DES DETERMINANTS DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE DANS DEUX QUARTIERS EN COMMUNE V DE BAMAKO. 2020;7.
16. **Malam H.** Contribution à l'étude des accouchements à domicile à propos de 312 cas [Thèse de Médecine]. [Niamez]; 1995.
17. **Diarra T.** Les accouchements non assistés à domicile dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako [Thèse de Médecine]. [Bamako ; FMPOS.]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2001. Disponible sur: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
18. **Keita A.** LES ACCOUCHEMENTS A DOMICILE : PRONOSTIC MATERNO-FOETAL AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE (CSREF) DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO DEBAMAKO [Internet] [Thèse de Médecine]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2006. Disponible sur: <file:///C:/Users/DELL/Zotero/storage/8LUCCF3L/06M214.pdf>

19. **Institut National de la Statistique, (INSTAT)**, Bamako, Mali, Cellule de Planification et de Statistique Secteur, Santé-Développement Social et Promotion de la Famille, (CPS/SS- DS-PF), et al. Enquête Démographique et de Santé 2018. Bamako; 2018 p. 643.
20. **Alhassane SIDIBE et all.** Accouchement non assistés à domicile dans deux quartiers du district sanitaire de la commune II de Bamako, mali : thèse de médecine Bko FMOS en 2020.
21. **Kamate YD.** 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. [Thèse de Médecine N°43]. Bamako,Mali: USTTB/FMOS; 2019.
22. **Hutton et all. K. Welffens, C. Kirkpatrick, C. Daelemans et S. Derisbourg** Service d'Obstétrique, Hôpital Erasme, Rev Med Brux – 2016 Page 262
23. **De Jonge A, Mesman JA, Mannien J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J.** Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. BMJ 2013 ; 346 : f3263
24. **International Journal of Innovation and Applied Studies**,ISSN 2028-9324 Vol. 17 No. 4 Sep. 2016, pp. 1183-1189.
25. **Akpadza JK, Baeta S, A AA, Ankou A.** Accouchement sans surveillance medico-obstétricale dans la commune de LOME. Journal de la SAGO vol 5,n°1. 2004;9_14.
26. **TOURE B, DAO B, NACRO B, SANKARA N, KONE B.** Accouchement à domicile: aspects épidémiologiques et cliniques en milieu urbain au BURKINA FASO. Journal de la SAGO vol.5,n°1. 2004;p.36-41.
27. **A. Faye, K. Sylla Fatou, A. Tal-Dia.** Déterminants du lieu de l'accouchement au Sénégal : rôle des inégalités sociales. (VIIe Congrès international d'épidémiologie « Épidémiologie et santé publique » / Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 64S (2016) S215–S260 S225) P5-1
28. **N.M. Paraisoa, V.D. Agueha, H. Nkwidjanb, C. Soglohounc, M. Makoutodé.** Accouchements à domicile dans la zone sanitaire de Pobè-Adja-Ouèrè-Kétou en 2011, Bénin (Ve Congrès International d'Épidémiologie Adelf-Epiter / Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 60S (2012) S97–S148. P 10-16)
29. **Agence de la Santé Publique du Canada.** Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. <http://www.phac-aspc.gc.ca>. Consulté le 15/03/2016.

30. **OUOLOGUEM A.** Accouchements non assistés dans le centre de santé de référence de la commune 1. [Thèse de Médecine]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2005.

ANNEXES

X. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Numéro de fiche :

Q1-Date de l'enquête :

Q2-Numéro du dossier :

Q3- Lieu de collecte des données /...../ 1= C.S. Réf 2= CSCom

Q4-Nom et Prénoms :

Q5-Age en année /...../

Q6-Lieu de résidence /...../ 1= Ville de Oussoussibidiagna 2-Village environnant

Q7- Distance entre le lieu de provenance et le CSRéf /CSCOM /...../

Q8-Ethnie /...../ 1= khassonké 2=Malinké 3=Soniké 4=Peulh 5=Bambara 6=Autres

Q8.1 Si autre préciser :

Q9-Statut matrimonial /.../ 1= Célibataire 2= Mariée 3= Divorcée 4 : Veuve

Q10-Profession /.../

1= Ménagère 2= Fonctionnaire 3= Elève/étudiant 4=Vendeuse 5 Autre

Q10.1 Si autre à préciser :

Q11- Profession du mari /...../

1= Cultivateur 2= Fonctionnaire 3= Commerçant 4= Mécanicien 5= Manœuvre 6=Autre

Q11.1 Si Autres à préciser.....

Q12-Niveau d'instruction /...../

1= Non scolarise 2= Niveau primaire 3=Niveau secondaire 4=Niveau supérieur

Q13 Antecedants obstétricaux :

Q13 .1 Gestité /...../

Q13 .2 Parité /...../

Q13 .3 Enfants vivants \.....\

Q13 .4 Enfants décédés \.....\

Q13 .5 Avortement \.....\

Q13 .6 CPN /...../ 1=Oui 2= Non

Q13 .6 .1 Si oui le nombre de CPN \...../

Q13 .7 Td /...../ 1= Oui 2= Non

Q13 .8 Intervalle intergenegique /...../

Q13 .9 Mort nés : ____\

Q13 .10 Le nombre d'accouchement à domicile ou hors de centre de santé /...../

Q14- Antécédent Chirurgicaux /...../

1= Césarienne 2= laparotomie 3 cure de prolapsus 4= autres

Q14.1 Si autres à préciser.....

Q15- Lieu de l'accouchement /...../

1= Centre de santé 2=Domicile 2=En cours de route 4=Autres

Q15- Si autres à préciser.....

Q16- Section du cordon /...../ 1= Domicile 2=Structure de sante

Q17- Délivrance /...../ 1= Domicile 2=Structure de sante 3=En cours de route

Q18- Placenta /...../ 1= Complet 2=Incomplet 3=Non vu

Q19- Etat générale de la patiente /...../ 1= Bon 2= Passable 3= Altéré

Q20 Conscience de la patiente /...../ 1= Conservée 2=Obnubilée 3=Coma

Q21-Examen physique :

Q21.1Tension artérielle systolique /...../

Q21.2Tension artérielle diastolique /...../

Q21.3Température /...../

Q21.4 Pouls \.....\

EVOLUTION DE L'EAT GENERALE DE LA MERE A L'ACUEIL IMMEDIAT ET
PENDANT LA SURVEILLANCE(2H) :

Q22 Suites de couche /...../ 1= Simples 2=Complicées

Q23 Rétention placentaire /...../ 1=Oui 2= Non

Q24 Périnée /...../ 1= Intact 2=Déchirure 3=Simple 4= Complete

5=Complicée

Q25 Hémorragie /...../ 1= Oui 2=Non

Q26 Lésion des autres parties molles :(col et vagin)

Q26.1 Lésion Vaginale /...../ 1=Oui 2= Non

Q26.2 Lésion du Col /...../ 1= Oui 2= Non

Q27 Traitements et soins :

Q27.1 Révision utérine /...../ 1= Oui 2= Non

Q27.2 Globe de sécurité /...../ 1= Oui 2= Non

Q28 Etat de la mère /...../ 1= Vivante 2= Référée 3= Décédée

Q28.1 Lieu de référence /...../

Q28.2 Cause du décès /...../

PRONOSTIC DU NAUVEAU-NE :

Q29 Nombre d'enfants /.....\

Q30 Score d'APGAR à l'arrivée /...../ 1=Entre 0-6 2= Entre 7-10

Q30a Poids à J1 (en gramme) /...../

Q30b Poids à J2 (en gramme) /...../

Q31 Taille (en cm) \.....\

Q32 Sexe /...../ 1= Masculin 2= Féminin

Q33 Réanimation /...../ 2= Oui 2= Non

Q34 Résultats du nouveau-né /...../ 1=Vivant 2=Mort-né 3= Référé 4=Décédé

Q35-Raison des accouchements hors maternité:\.....\

1= Surprise par le travail d'accouchement,

2= Manque de moyens financiers et de transport,

3=But abortif ou infanticide,

4=Accouchement à domicile habituel,

5= Négligence et ignorance,

6= Absence du mari ou des parents,

7 = Refus de venir l'hôpital

8 =Intention d'arrivée à dilatation cervicale complète

9= Peur

10= Grossesse non à terme

11= Autres

Q35.1 Si autres à préciser.....

Q36 Sentiment après l'accouchement : /...../

1=Satisfaction 2= Anxiété 3= Regret 4=Déception 5= Indifférence)

Q37 Connaissance des inconvénients de l'accouchement sans assistance médico-

obstétricales\.....\ 1= Oui 2= Non.

Q38 -Risque encourus connus par la patiente : \.....\

1=Décès 2=Hémorragie 3=Autres

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIABATE

Prénom : M'MET

Email : mehdiabate086@gmail.com

Titre : Facteurs liés à l'accouchement à domicile au district sanitaire de Oussoubidiagna du 01 janvier 2021 au 31 Décembre 2021

Année universitaire :2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS), Faculté de la Pharmacie (FAPH).

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique/ Santé publique

Résumé :

L'accouchement à domicile reste un problème important et grave qui expose la mère et l'enfant aux complications les plus néfastes.

Au terme de cette étude prospective transversale sur 418 accouchements cumulés, 17 accouchements à domicile ont été enregistrés soit une fréquence de 11,2%. Les patientes avaient un âge moyen de 25,7 ans, les multipares étaient les plus représentés dans notre étude avec 75,6%, elles étaient pour la plupart des non scolarisés effectuant peu ou pas de CPN.

L'hémorragie de la délivrance, la déchirure vaginale, et les lésions vulvaires étaient les principales complications respectivement dans 17,2%, 13,01% et 2,03% des cas. Cependant, un cas de décès maternel a été enregistré.

Les efforts doivent se concentrer sur une éducation et sensibilisation des gestantes, une information soigneuse, lucide sur les risques et signes qui nécessitent le départ rapide vers la maternité.

Mots clés : **Accouchement à domicile, Aspects sociodémographiques, Complications, Bamako**

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

Je ne permettrai pas que des considérations de 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 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.