MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple Un But Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)

Année 2006 **N°.....**

LES ACCOUCHEMENTS A DOMICILE : PRONOSTIC MATERNO-FOETAL AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE (CSREF) DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO DEBAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 2006

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

par

Monsieur Alexander KEITA

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

Jury :

Président : Professeur Alhousseiny AG Mohamed

Membres : - Docteur Niani MOUNKORO

- Docteur Soumana Oumar TRAORE

Directeur de thèse : Professeur Mamadou TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie cette thèse à :

A l'Eternel Dieu

« Je bénirai l'Eternel en tout temps ; sa louange sera toujours dans ma bouche » Ps 34 V 2.

Dans ta grâce, tu m'as permis d'atteindre ce moment décisif de mes études médicales.

Fais de moi un véritable canal pour le soulagement des malades et de mon entourage.

A toi gloire, honneur et magnificence.

A mes parents

Il n'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Je vous dois tout : sans vos conseils, vos sacrifices, vos prières, vos encouragements et bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

Puisse ce modeste travail nous donner une légitime fierté.

❖ **A mon père Thicanou André Keita**

Tu es pour nous un exemple de courage sur tous les plans.

En tant qu'Educateur, tu n'as ménagé aucun effort pour que nous soyons des adultes responsables de demain.

❖ **A ma mère Suzanne Mounkoro**

Je ne saurais exprimer ce que je ressens pour toi.

Que Dieu le Miséricordieux te donne longue vie, bonne santé et plein de bonheur à nos côtés.

❖ **A mes frères et sœurs :**

- Tilo Bernard
- Thiowa David
- Rose
- Martine, Geneviève et Rosalie

Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral et financier n'ont pas été vains mots. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement pour votre soutien sans faille tout le long de mes études.

A ma fiancée Diane Dakouo

Ce travail est le vivant témoignage de ton amour et de ton souci pour mon avenir. Patiente, ta disponibilité, ton soutien, tes multiples conseils n'ont jamais fait défaut à la réalité de cette thèse qui est également la tienne. Que l'Eternel arrose notre foyer de bénédictions et nous garde à jamais au nom de son fils Jésus Christ.

Amour indéfectible.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines

Ce travail est le fruit d'un effort collectif auquel vous avez largement contribué.

Sincère reconnaissance.

A Monsieur Boniface Dabou et famille

Pour votre estime et votre soutien à ma personne, ce travail est l'aboutissement de votre franche collaboration.

Que Dieu vous bénisse.

Aux familles

- Dakouo à Boulkassoumbougou et Banankabougou
- Diarra Paul à Kalabancoura ACI
- Kamaté Bourama à Kalabancoura

Pour votre soutien et vos conseils.

Sincère reconnaissance.

A mes amis en particulier Bréhima Kodio, Vambé, Max, Clément S. Gaoussou WebaX, Eric, Alexis Théra….

Pour votre soutien et les moments agréables passés ensemble

Meilleures pensées et brillante carrière

A l'ensemble du personnel du CSRef V

- A mes collègues internes et promotionnaires
- A mes cadets internes : je vous dis courage
- A mes Maîtres et Professeurs
- A tous ceux auxquels je pense et que je ne puisse citer nommément …

A nos Maîtres et Juges

De bon cœur, vous avez accepté de juger ce travail. Vos suggestions et critiques seront les bienvenues et contribueront à enrichir cette œuvre dans l'intérêt de la science. Nous vous remercions infiniment.

❖ A notre très Cher Maître et Président du Jury,

Professeur Alhousseiny Ag Mohamed

- Professeur d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale
- Président de l'Ordre National des Médecins
- Président de la Société Malienne d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale
- Membre Fondateur de la Société ORL d'Afrique Francophone et de la Société Panafricaine d'ORL
- Ancien Vice-Doyen de la FMPOS
- Chef de service d'ORL du CHU Gabriel Touré
- Chevalier de l'Ordre National du Lion du Sénégal
- Chevalier de l'Ordre National du Mali
- Cher Maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations prouve votre générosité et votre modestie.

Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances et vos qualités humaines font de vous l'un des Maîtres les plus appréciés à la Faculté.
Recevez Chers Maîtres, l'expression de toute notre reconnaissance.

❖ A notre Maître et Juge, Docteur Niani Mounkoro,

Assistant Chef de Clinique à la FMPOS, Gynécologue-Accoucheur au CHU Gabriel Touré

Nous ne saurions vous dire toutes les qualités humaines, professionnelles et morales que nous admirons en vous. C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Hommages respectueux.

❖ A notre Maître et Juge, Docteur Soumana Oumar Traoré, Gynécologue-Obstétricien au CSRéf V

Votre sens d'humour, votre qualité d'écoute, votre souci permanent de formation et la qualité du travail bien fait ont forcé l'estime et l'admiration de tous. Nous avons été séduits par l'élégance et la vigueur de votre raisonnement scientifique ; votre dévouement et votre sens d'humanisme font de vous un maître respecté et respectable. Acceptez mes sincères reconnaissances.

❖ **A notre très Cher Maître et Directeur de Thèse, Professeur Mamadou Traoré, Professeur Agrégé de Gynéco-Obstétrique**

- Secrétaire Général Adjoint de la SAGO
- Membre du Réseau Malien de lutte contre la mortalité maternelle
- Médecin Chef du CSRéf V

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service, confié ce travail et accepté sa direction. Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation, de notre réussite et même de notre devenir dans la profession, vous êtes pour nous une source inépuisable de connaissances, de savoir-faire et surtout une référence à suivre.

Veuillez accepter, Cher Maître, toute notre reconnaissance et notre haute considération. Que Dieu vous bénisse !

Liste des abréviations

BDCF	Bruit Du Cœur Fœtal
CMIE	Centres Médicaux Interentreprises
CPN	Consultation Prénatale
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
DA	Délivrance Artificielle
DCI	Dénomination Commune internationale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FMPOS	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
LA	Liquide Amniotique
MSSPA	Ministère de la Santé, de Solidarité et des Personnes Âgées
NFS	Numération Formule Sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RU	Révision Utérine
SA	Semaine d'Aménorrhée
TV	Toucher Vaginal
SARANF	Société d'Anesthésiologie et de Réanimation d'Afrique Noire Francophone

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION :

- Objectifs

II- GENERALITES :

A- Historique
B- Rappels :

1- Accouchement normal
2- Situation Sanitaire au Mali

C- Epidémiologie

III- METHODOLOGIE

IV- RESULTATS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

REFERENCES

ANNEXES

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le rôle prioritaire de la femme dans la société depuis Adam et Eve, c'est la procréation. L'assumer correctement exige parfois de lourds sacrifices. La maternité sans risque reste le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile [3].

L'OMS estime que chaque année plus de 20 millions de femmes souffrent de maux liés à l'accouchement non assistés [4]. Nombreuses sont les mères qui n'ont pas accès à des services de soins de santé moderne. On estime entre 60 à 80% les femmes des pays en voie de développement qui continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance ou avec l'aide de personnes non qualifiées et d'ordinaire dans un environnement peu salubre. Cet état de fait est dû à deux principales causes : l'ignorance et la pauvreté [18].

Nos femmes ne sont pas informées de tous les risques qu'elles courent en accouchant à domicile. Et parfois même si les complications surviennent (décès maternel, mort fœtal, hémorragie de la délivrance ou contemporaine, déchirure grave du périnée), elles les mettent sous le compte de la sorcellerie [19].

Par contre, c'est la pauvreté qui oblige certaines à accoucher à domicile. Le mari n'ayant pas les moyens de supporter les frais d'accouchement, la femme se trouve dans la triste obligation d'accoucher à domicile sans assistance car elle n'a même pas de quoi payer les frais [20].

Depuis toujours, nos différents dirigeants cherchent les moyens pour améliorer les conditions d'accouchement des femmes, ceci dans le souci de réduire autant que possible les taux de décès maternels et néonatals en cours d'accouchement.

S'il est essentiel d'offrir des services de qualité ; il est tout aussi même important d'en accroître l'utilisation. A quoi bon un hôpital de District doté des meilleurs équipements si les femmes n'ont pas les moyens de l'utiliser ?

A Bamako, capitale du Mali, 10,8% des naissances ont lieu à domicile contre 78,8% dans les établissements sanitaires. En outre, le lieu d'accouchement varie de façon importante selon les caractéristiques socio-démographiques de même le niveau d'instruction et le suivi prénatal jouent un rôle prépondérant dans le choix du lieu d'accouchement [8]. Tous ces faits contribuent à l'élévation de la mortalité maternelle et périnatale. 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.

C'est le lieu de louer et d'encourager le gouvernement malien dans ces efforts de promotion de la scolarisation des enfants en général et des filles en particulier et pour l'élaboration et la mise en oeuvre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Souhaitons que toutes ces actions nous aident à réduire au maximum le taux d'accouchements à domicile non assistés dans notre pays.

Ainsi, nous avons initié cette étude afin de faire le point sur les accouchements à domicile au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. En effet, cette Commune est habitée de populations aux caractéristiques socio-démographiques diverses pouvant expliquer les accouchements à domicile.

OBJECTIFS

1. Objectif général :

- Etudier les accouchements à domicile se présentant à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des accouchements à domicile qui se présentent à la maternité,

- Déterminer les causes,

- Déterminer les complications maternelles, fœtales et néonatales immédiates liées à l'accouchement à domicile,

- Rapporter la conduite à tenir dans le service.

GENERALITES

GENERALITES

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

1°) Historique

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

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

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

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

2°) Pratiques actuelles

Au cours de l'histoire récente des services de santé maternelle, l'impact du développement des techniques et de l'accroissement des efforts en personnel médical et paramédical a été considérable. L'identification des facteurs de risque de la grossesse, le perfectionnement des techniques d'accompagnement ainsi que l'apparition d'options de recours plus performantes sont au tant d'éléments ayant contribué aux progrès constatés. Relativement plus ancienne, la consultation prénatale (CPN), est souvent le service de santé maternelle à orientation clinique le mieux établi, même s'il n'est pas toujours facile de persuader les femmes enceintes d'y recourir suffisamment tôt et fréquemment.

Dans les programmes de soins de santé primaires, ce sont souvent les infirmières ou les sages-femmes chargées des soins prénataux au dispensaire qui s'occupent également des accouchements. De ce fait, il arrive souvent qu'elles connaissent les mères et leurs antécédents médicaux et obstétricaux. Certaines femmes ne viennent pas aux CPN, mais se présentent au Centre de Santé ou à l'Hôpital pour y accoucher. D'autres au contraire se rendent aux CPN mais pour une raison ou une

autre, accouchent chez elles avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle ou d'un membre de la famille. L'amélioration des techniques d'accouchement, que ce soit à domicile ou dans les établissements de soins, reste à l'ordre du jour. C'est surtout faute de pouvoir évacuer à temps ces cas difficiles que l'on ne parvient pas dans de nombreux pays à réduire la mortalité maternelle [18].

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, 18).

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 [19].

De l'antiquité à nos jours, l'homme n'a cessé de mettre en oeuvre sa créativité pour répondre aux diverses préoccupations. Nous pouvons retenir quelques dates qui ont marqué l'histoire obstétricale :

- **Hippocrate (370 à 460 avant J.C)** disait que devant une dystocie, il fallait attacher la patiente à son lit et utiliser deux techniques selon la présentation :
  - Secouer le lit horizontalement en cas de présentation du siège ou transverse.
  - Secouer le lit verticalement en cas de présentation du sommet.
- **Avicienne (960 à 1037 après J.C)** pratiquait la version par manœuvre interne dans les présentations de l'épaule et du siège.

- **Chamberlain (1531 à 1596)** inventa le FORCEPS.

B- RAPPELS

1- Accouchement normal [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 38ème semaine (259 jours) et la fin de la 42ème semaine (293 jours) est dit à **terme.** S'il se produit avant 37 semaines (259 jours) de grossesse, il est **prématuré**.

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

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

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

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

EVOLUTION DE L'ACCOUCHEMENT

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

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

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

❖ **Première période de travail : effacement et dilatation**

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

Caractères cliniques de la contraction utérine

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

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

LES CONTRACTIONS UTERINES DU TRAVAIL

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

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

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

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

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

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

Sous ces réserves, la douleur augmente avec la progression du travail, la durée et l'intensité de la contraction. Son siège est en général abdominal et pelvien, parfois lombaire au début du travail. La persistance de douleurs lombaires, plus pénibles et plus rebelles aux actions antalgiques, est souvent le témoin d'un mécanisme obstétrical troublé. Le nombre de contractions pendant le travail varie beaucoup suivant le quantième de la grossesse, l'eutocie, la qualité du myomètre. Il va de 70 à 180. Pendant la contraction, le pouls maternel s'accélère,

les bruits du cœur 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 de 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.

C- VARIETES DE PRESENTATIONS [6]

Pendant l'accouchement, le fœtus doit adapter ses dimensions à celles de la filière maternelle. Il ne peut franchir les limites relativement exiguës 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 sur-ajoutés qui empêchent l'accommodation de la tête au détroit supérieur (l'hydramnios, la brièveté du cordon, la tumeur praevia, 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.

D) DECHIRURES DU PERINEE

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

Déchirures incomplète

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

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.

E) LESIONS VULVAIRES

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

Déchirures hyménéales

Au cours de l'accouchement, la tête fœtale doit agrandir la vulve à ses propres dimensions. Les lésions hyménéales sont alors constantes chez la primipare. Le premier accouchement achève de détruire l'hymen non entièrement disparu après la défloration, ce que l'on remarque par l'apparition d'un filet de sang rouge au début du dégagement. Seule la multipare n'a plus de quelques restes d'hymen sans continuité connus sous le nom de caroncules myrtiformes, dont l'intérêt n'est guère que médico-légal. Hors ces déchirures hyménéales sans importance clinique, les déchirures isolées de la vulves 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.

F- DECHIRURES DU VAGIN

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

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

Ce sont de beaucoup les plus communes. Elles sont aussi fréquente 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.

G- DECHIRURES DU COL UTERIN

Définition et division :

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

Les déchirures du col sont spontanées ou provoquées :

► **Spontanées :** toutes les altérations du col les favorisent. Les altérations peuvent être antérieures à la grossesse. Traumatiques, elles sont dues à des déchirures obstétricales précédentes, à des sections chirurgicales du col (amputation), à des lésions d'origine thérapeutique (électrocoagulations endocervicales trop profondes ou répétées).

Pathologiques, elles sont à une maladie du col : cancer, chancre, lésion inflammatoire. Ces altérations pathologiques sont devenues exceptionnelles.

► **Provoquées :** plus graves que les déchirures spontanées, elles sont dues à des interventions mal indiquées ou exécutées dans de mauvaises conditions :

- au cours de l'accouchement normal, on a fait pousser la femme trop tôt ;
- on a fait une prise de forceps ou une extraction de la tête dernière avant la dilatation complète ;
- Les incisions du col ne se pratiquent plus. Elles risquaient de se propager sous forme de déchirures au-dessus de l'insertion vaginale.

2- Situation sanitaire au Mali

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

Selon l'enquête EDS, réalisée en 1995-1996 16% des femmes sont atteintes de malnutrition aiguë. Au cours de l'accouchement, 50% seraient anémiées. Avec un taux de prévalence de 4%, la progression

du SIDA devient inquiétante car l'on dénombre environ 248.000 séropositifs et 47.000 personnes décédées (MSSPAS 1998). Le réseau de structures de prestation de soins est organisé sous forme pyramidale avec de la base au sommet des formations sanitaires de premier, deuxième, troisième et quatrième niveau (PDDSS-1998).

► Structures de 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'Odonto-Stomatologie,

► 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 oeuvre 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,

- 41% des infirmiers,
- 64% des sages-femmes

travaillent à Bamako (PDDSS-1998).

C-Epidémiologie :

Si la grande majorité des accoucheurs et surtout des accoucheurs français sont favorables à la généralisation de l'accouchement en milieu hospitalier, l'accouchement à domicile a encore ses partisans. En fait, la prévalence des accouchements à domicile varie beaucoup suivant les régions et les classes sociales [16].

En Afrique les enquêtes épidémiologiques sont peu nombreuses et le taux de prévalence varie d'un pays à l'autre.
Au Mali, l'accouchement à domicile a une fois fait l'objet d'une étude rétrospective ayant estimé la prévalence à **4,02% [26].**

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

Tableau 1 : Epidémiologie :

Auteurs	PAYS	FREQUENCE
MALAM [10]	Niamey (Niger)	11%
BONANE.B [6]	Ouagadougou (Burkina Faso)	1,2%
KISTA ET COLL [16]	Cap Town (Afrique du Sud)	8%
HABSSATOU .T [7]	Bamako (Mali)	7%
NOUHOUM .D [26]	Bamako (Mali)	4,02%

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1-Cadre d’étude :

Notre étude a été menée dans le service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSREF-V) du District de Bamako.

Le service de gynéco-obstétrique est constitué de :

- maternité avec quatre (4) tables d'accouchement,
- unité suites de couche normales et pathologiques,
- unité programme élargi de vaccination (PEV),
- unité néonatologie,
- unité planning familial (PF),
- unité consultation prénatale (CPN),
- deux (2) blocs opératoires fonctionnels,
- une salle de consultation pour urgences gynéco-obstétricales,
- unité d'hospitalisation post-opératoire,
- unité de grossesse à risque.

Le service est dirigé par un Professeur Agrégé en gynéco-obstétrique. Actuellement le service est à vocation universitaire et encadre les CES en gynéco-obstétrique, les étudiants en médecine, les élèves sages-femmes.

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

- un Médecin gynécologue obstétricien,
- cinq (5) Etudiants en Médecine faisant fonction d'Interne,
- deux (2) Sages-femmes,
- un Infirmier anesthésiste,
- une Technicienne de laboratoire,
- un Chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les autres structures sanitaires et le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS),

- deux garçons de salle.

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8h15 mn dirigé par le Chef de service.

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective transversale descriptive.

3- Période d'étude :

Elle s'est étendue sur une période de 12 mois, du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2005.

4- Population d'étude :

Toute femme ayant accouché hors structure de santé et admise dans le service pour prise en charge du post-partum immédiat.

5- Echantillonnage :

a- Critères d'inclusion : Nous avons inclus dans cette étude toutes les accouchées à domicile à partir de six mois de grossesse (28 SA) et admises au CSRéf C V dans les premières 24 heures.

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

6- Variables :

Les variables étudiées sont portées en annexes sur le questionnaire.

7- Recueils des données : Nous avons enregistré les données sur une fiche d'enquête remplie à partir des carnets de CPN, des partogrammes et des registres d'accouchement.

8-Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies sur **MICROSOFT WORD 2000** ; analysées sur logiciel **EPI- INFO VERSION 6**.

RESULTATS

RESULTATS

1. **Fréquence**

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré **203** dossiers de femmes ayant accouché à domicile et admises dans le post-partum immédiat à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V et pendant la même période nous avons enregistré **6745** accouchements ; soit une fréquence de **3,01%** dans notre série.

Tableau 1: Répartition par tranche d'âge des accouchées.

Tranche d'âge	**Effectif**	**Pourcentage**
13-18 (ans)	20	9,85
19-34	**165**	**81,28**
≥ 35	18	8,87
TOTAL	**203**	**100**

Tableau 2 : Répartition des accouchées selon le statut matrimonial.

Statut Matrimonial	**Effectif**	**Pourcentage**
Mariée	**188**	**92,61**
Célibataire	15	7,39
TOTAL	**203**	**100**

Tableau 3 : Répartition des accouchées selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Femmes au foyer	**125**	**61,58**
Fonctionnaire	13	6,40
Commerçante	45	22,17
Elève/Etudiante	20	9,85
TOTAL	**203**	**100**

Tableau 4 : Répartition selon le quartier de résidence des accouchées.

Quartier	Effectif	Pourcentage
Sabalibougou	6	2,96
Badalabougou	23	11,33
Torokorobougou	13	6,40
Bacodjicoroni	10	4,93
Kalaban-coura	**40**	**19,70**
Quartier Mali	10	4,93
Daoudabougou	6	2,96
Guarantiguibougou	31	15,27
Hors Aire	**64**	**31,52**
TOTAL	**203**	**100**

Hors Aire : en dehors de l'aire de santé de la Commune V.

Tableau 5 : Répartition selon le lieu de section du cordon.

Section du cordon	Effectif	Pourcentage

Domicile	101	49,27
Structure de santé	**104**	**50,73**
TOTAL	**205**	**100**

Nous avons noté deux grossesses gémellaires.

Tableau 6: Répartition des accouchées selon l'agent qui a procédé à la section du cordon.

Agent	**Effectif**	**Pourcentage**
Médecin	20	9,76
Sage Femme	**102**	**49,76**
Interne	30	4,63
Infirmière	35	17,07
Aide Soignante	10	4,88
Accoucheuse traditionnelle	5	2,44
Parent	3	1,46
TOTAL	**205**	**100**

Tableau 7 : Répartition selon le matériel utilisé pour la section du cordon.

Matériel	Effectif	Pourcentage
Ciseaux stériles	**190**	**92,68**
Lame	13	6,34
Couteau	2	0,98
TOTAL	**205**	**100**

Tableau 8 : Répartition selon le statut vaccinal **(V.A.T)**

Statut vaccinal	Effectif	Pourcentage
Vaccinée	97	47,78
Non vaccinée	**106**	**52,22**
TOTAL	**203**	**100**

Les **106** non vaccinées on reçu le vaccin dans le service dès leur admission.

Tableau 9 : Répartition selon l'état du placenta à l'admission

Placenta	Effectif	Pourcentage

Complet	**126**	**61,46**
Incomplet	13	6,34
Non vu	66	32,20
TOTAL	**205**	**100**

Nous avons enregistré deux grossesses gémellaires bichoriales bi amniotiques.

Tableau 10 : Répartition selon le niveau d'alphabétisation des accouchées.

Niveau d'alphabétisation	Effectif	Pourcentage
Primaire	62	30,54
Secondaire	8	3,94
Supérieur	-	-
Alphabétisée en langue nationale	14	6,90
Non scolarisées	**119**	**58,62**
TOTAL	**203**	**100**

Tableau 11: Répartition selon la profession du conjoint des accouchées.

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	37	18,23
Chauffeur	42	20,69
Fonctionnaire	20	9,85
Commerçant	44	21,67
Non déterminée	**60**	**29,56**
TOTAL	**203**	**100**

Tableau 12 : Répartition selon la parité des accouchées.

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	**85**	**41,87**
Paucipare II-III	70	34,48
Multipare IV-VI	40	19,70
Grande Multipare ≥ VI	8	3,95
TOTAL	**203**	**100**

Tableau 13 : Répartition selon le suivi prénatal (CPN) des accouchées.

Nombre de CPN effectuées	Effectif	Pourcentage
0	**110**	**54,19**
1	13	6,40
2	27	13,30
3	17	8,37
≥4	36	17,74
TOTAL	**203**	**100**

La fréquence de l'accouchement à domicile s'accroissait avec le nombre de consultation prénatale (CPN).

Tableau 14 : Répartition selon le type de grossesse.

Type de grossesse	Effectif	Pourcentage
Mono fœtale	**201**	**99,01**
Gémellaire	2	0,99
TOTAL	**203**	**100**

Tableau 15 : les motifs évoqués par les accouchées.

Motifs évoqués	Effectif	Pourcentage
Méconnaissance de travail	32	15,76
Manque de moyen de transport /Obstacle financier	**126**	**62,07**
Absence d'accompagnateur (trice)	34	16,75
Sans motif	11	5,42
TOTAL	**203**	**100**

Tableau 16 : Répartition des accouchées selon l'existence de complications

Présence de complications	Effectif	Pourcentage
NON	**151**	**74,38**
OUI	52	25,62
TOTAL	**203**	**100**

Tableau 17 : Répartition selon le type de complications présentées par les accouchées.

Type	Effectif	Pourcentage
Rétention placentaire	4	7,69
Hémorragie de la délivrance	**10**	**19,23**
Déchirures du périnée	**26**	**50**
Lésions vulvaires	**7**	**13,46**
Déchirures du vagin	5	9,62
TOTAL	**52**	**100**

Nous avons noté **3** rétentions placentaires partielles et **une** rétention placentaire totale.

Tableau 18 : Répartition selon les degrés de déchirure du périnée.

Degré	Effectif
Déchirure incomplète 1er degré	**10**
Déchirure incomplète 2ème degré	8
Déchirure incomplète 3ème degré	5
Déchirure complète	2
Déchirure complète et compliquée	1
TOTAL	**26**

Tableau 19 : Répartition selon le poids de naissance des nouveaux nés.

Poids de naissance	Effectif	Pourcentage
<2500 g	**55**	**26,83**
2500 g – 4000 g	149	72,68
>4000 g	1	0,49
TOTAL	**205**	**100**

Les enfants ont pesé en moyenne **2600 g.**

Tableau 20 : Répartition selon le sexe du nouveau-né.

Sexe du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Masculin	99	48,29
Féminin	**106**	**51,71**
TOTAL	**205**	**100**

Le sexe ratio a été de **0,9** en faveur du sexe féminin.

Tableau 21: Pronostic fœtal

Répartition selon l'APGAR du nouveau-né à l'arrivée

APGAR	Effectif	Pourcentage
Mort-né	**15**	**7,32**
1-7	60	29,27
>7	130	63,41
TOTAL	**205**	**100**

Mort-né frais = 10
Mort-né macéré = 5

Tableau 22 : Répartition selon le pronostic vital immédiat du nouveau-né.

Pronostic néo-natal	Effectif	Pourcentage
Vivant	144	75,79
Décédé	**3**	**1,58**
Référé en néonatalogie	43	22,63
TOTAL	**190**	**100**

La mortalité néonatale est de **8,9%.**
Deux nouveau-nés sont décédé 30mn après et un décédé 1 h après.

CONDUITE à TENIR DANS LE SERVICE DEVANT TOUT ACCOUCHEMENT à DOMICILE VIS à VIS DE LA FEMME

1. Accueil,
2. Examen général et obstétrical,
3. Prise de voie veineuse si hémorragie +++ et groupage rhésus.
4. Délivrance et /ou révision utérine,
5. Ocytociques et/ou utérotoniques en l'absence de contre indication,
6. Massage utérin
7. Sondage vésical
8. Antibiothérapie d'indication large,
9. NFS 48 heures plus tard,
10. Prodiguer des Conseils pour le changement de comportement pour la femme et les parents (CCC)

CONDUITE à TENIR DANS LE SERVICE DEVANT TOUT ACCOUCHEMENT à DOMICILE VIS à VIS DU NOUVEAU-NE

1. Apprécier l’APGAR à l’arrivée,
2. Bain chaud,
3. Désobstruction des voies respiratoires,
4. Oxygénation,
5. Référence en néonatalogie si besoin,
6. Allaitement maternel.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I- Etude de cas d'accouchement à domicile selon la fréquence :

Notre étude prospective transversale descriptive au CSREF C V du District de Bamako nous a permis d'établir à **3,01%** la fréquence de l'accouchement à domicile sur une période de 12 mois. Ce faible taux est dû probablement au mode de recrutement si l'on sait que souvent seuls les cas compliqués se réfèrent aux structures sanitaires.

Ainsi **Nouhoum D**. [8] notait une fréquence de 4,02% dans une étude rétrospective sur trois ans et demi réalisée à la maternité du CSREF C V au Mali.

Malam [10] au Niger relevait une fréquence de 11%,

Bonane et collaborateurs [6] dans une étude rétrospective sur 4 ans réalisée à la maternité du CHN de Ouagadougou notaient une fréquence de 1,28%.

Kitsa et Coll [16] au Cap Town (Afrique du Sud) trouvaient une fréquence de 8%.

Maguiraga [9] a trouvé dans sa série une fréquence de 3,3%.

A part la fréquence observée à la maternité de Ouagadougou, notre taux paraît relativement bas. On peut dire que l'on assiste à une diminution progressive du nombre d'accouchements à domicile dans notre maternité.

II- Caractéristiques épidémiologiques des parturientes :

1- Age et parité : Dans notre série la population maternelle comprenait **203** femmes âgées de **13 à 42 ans** ; l'âge moyen était de **27,5** ans ; les femmes âgées de **19 à 34 ans** étaient les plus représentées avec **81,28%.** Elles ont en moyenne trois enfants.

Les primipares étaient les plus représentés : **41, 87%.**

Ces résultats sont conformes aux données de la littérature [8,13,10]. Ainsi **Nouhoum D**. [8] notait une moyenne d'âge de 27,4 ans ; **Olivier S.** [13] notait une moyenne d'âge de 27,5 ans et **Malam** [10] 27,7 ans.

2- Statut matrimonial : 7,39% des femmes de l'étude sont célibataires. Les femmes seules n'ont généralement pas de moyens pour suivre les CPN, rapporte **Talibo** [14] ; une situation d'ordre sociale pouvant les amener à accoucher à domicile.

3- Niveau d'instruction (scolaire) : le taux de non scolarisation au Mali est très élevé chez la femme en âge de procréer **(85%)** ; ce taux est estimé à **59% à Bamako** [1] .

Notre étude a montré que **58,62%** des femmes étaient non scolarisées. Ce taux est voisin de celui retrouvé par **Nouhoum D.** [8] et **Malam** [10] qui ont trouvé respectivement **55,8%** et **57,5%.**

4- Profession de la femme : Les femmes de notre étude étaient ménagères dans **61,58%** des cas. Cette fréquence élevée de ménagères semble signifiée une faiblesse de ressources propres. Nouhoum D et Bonane notaient dans leurs séries **91,8%** et **98%** de ménagères sans revenu.

5- Autres caractéristiques : Notre étude se singularise par :

- un mauvais suivi prénatal : **54,19%** de nos parturientes n'ont pas fait de CPN,
- le manque de ressources pour faire face aux frais d'accouchement et de transport a tantôt été évoqué entre autre comme raison justifiant l'accouchement à domicile dans **62,07%** des cas.

Nos résultats concordent avec ceux de **Malam** [10] à Niamey et Nouhoum D [8] à Bamako qui retrouvent **40,06% et 51,03%** de parturientes ayant évoqué le motif d'obstacle financier.

Au total, le profil socio-démographique des patientes accouchant à domicile en commune V du District de Bamako pourrait se définir dans notre étude comme étant en général :

- le fait des primipares,
- un âge moyen de **27,5 ans,**
- l'insuffisance ou l'absence de suivi prénatal,
- la non scolarisation,
- la pauvreté
- l'intégrisme.

III- Pronostic maternel :

25,62% de nos patientes ont présenté des complications. La déchirure périnéale, l'hémorragie de la délivrance et les lésions vulvaires étaient les complications les plus fréquentes respectivement dans **50%, 19,23%** et **13,46%.**

Nouhoum D. à Bamako dans sa série a trouvé la déchirure périnéale, la lésion des parties molles et l'hémorragie dans les proportions respectives : **30% et 25%.**

Bonane B. et Coll à Ouagadougou ont trouvé les hémorragies, les déchirures dans les proportions respectives de **42% et 8,3%** dans leur série.

Olivier S. en France signalait **4%** de déchirures périnéales et **3%** d'hémorragie de la délivrance.

Habssatou T à Bamako a trouvé **18,9%** d'hémorragie de la délivrance.

Ceci semble expliquer le risque médical non négligeable que l'accouchement à domicile fait planer sur la mère.

Prise en charge de la femme :

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

Ainsi nous n'avons noté aucun décès maternel dans notre série contrairement à **Nouhoum** qui a noté **13** décès maternels soit un taux de létalité de **1,8%, Bonane B. et Coll** qui ont relevé **3,2%, Maguiraga [9]** qui relève **11** décès maternels de femmes ayant accouché à domicile.

IV- Pronostic foetal :

Nous avons enregistré **205** nouveau-nés, 7,32% étaient des mort-nés et dans 29,27% des cas l'indice d'APGAR était ≤ 7 à l'arrivée.

L'évolution des nouveau-nés présentant un mauvais **APGAR** se fait vers une amélioration très généralement après réanimation et **43** nouveau-nés ont été référés en néo-natologie soit **22,63%.**

Prise en charge du nouveau-né :

- apprécier l'APGAR à l'arrivée,
- bain chaud,
- désobstruction des voies respiratoires,
- oxygénation,
- référence en néo-natologie,
- allaitement maternel.

Ainsi, nous comptons **8,9%** de mortalité néonatale précoce alors que **Nouhoum** en relevait **20,95%** et **Bonane B. et Coll 20,7%.** Notre taux est cependant supérieur à celui publié dans la littérature des pays développés où il s'établit autour de **3,7%** [13].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude prospective transversale descriptive menée à la maternité du CSRéf C V du District de Bamako sur une période de 12 mois du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2005, pour toute femme ayant accouché à domicile et admise dans le post-partum immédiat, a permis de :

- étudier les accouchements à domicile se présentant à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V,
- déterminer la fréquence des accouchements à domicile,
- décrire le profil socio-démographique 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 : **3,01%** des accouchements se sont déroulés sans aucune assistance médicale.

- Les Primipares sont les plus représentées avec **41,87%**,
- **54,19%** de nos parturientes n'ont pas fait de C.P.N,
- **58,62%** n'ont aucun niveau d'étude,
- **25,62%** ont présenté des complications,
- nous avons noté **8,9%** de mortalité périnatale,
- **61,58%** de nos parturientes sont des femmes au foyer.
- aucun décès maternel n'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.

C’est pour cette raison que nous formulons les recommandations suivantes :

- **au personnel de santé**

De développer et intensifier à l’intention des femmes des informations sur :

- 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,
- organiser des campagnes d’information et de sensibilisation de la population afin de convaincre et amener plus de femmes à accoucher en maternité.

- **aux autorités politiques**

- Renforcer la formation des prestataires en matière de santé de la reproduction en général, les matrones et les sages femmes en particulier tout en assurant leur formation continue,
- Etudier et promouvoir ensuite une politique de formation et d’intégration des accoucheuses traditionnelles dans le système de santé officiel,
- Renforcer les efforts visant à accroître le taux de scolarisation des jeunes filles, ce qui aura probablement une très grande influence sur leur comportement ultérieur et sur les décisions en ce qui concerne leur santé,
- Doter les CSRéf d’un service de réanimation avec un Médecin réanimateur,

- Augmenter le budget alloué à la santé en général et à la santé maternelle et infantile en particulier,

- Promouvoir l'amélioration des conditions de vie des femmes (approvisionnement en eau potable, moulin à grain).

- Prodiguer des Conseils pour le changement de comportement de la population en général et de la femme en particulier.

- **à la population**

- Eviter les accouchements à domicile,

- Faire régulièrement les CPN,

- Espacer les naissances pour le meilleur état de santé de la mère et de l'enfant,

- Eviter les pratiques traditionnelles néfastes.

REFERENCES

REFERENCES

1- Anonyme : Rapport de la cellule et de recherche pour la population et le développement (CERPOD) 1997.

2- OMS : Maternité sans risque 1996.

3- Lori. S. Ash Ford : Politique des populations-promotion des droits de la femme.

4- OMS : Santé du monde janvier - février 1998 N°1

5- Merger R, J. Levy, J.Melchior : Précis d'obstétrique 6ème Edition MASSON Paris Cedex Saint Germain, 1995 : 597.

6- Bonane B et Coll: Accouchement à domicile à la maternité du CHN de Ouagadougou à propos de 156 cas colligés en quatre (4) ans. Burkina Médical n° spécial, année 1999 session II

7- Habssatou T : Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain. Thèse de Médecine FMPOS Bamako 2000 M-62.

8- Nouhoum D : Etude des accouchements à domicile en CV du District de Bamako à propos de 728 cas. Thèse de Médecine FMPOS Bamako 2001 M- 48.

9- Maguiraga M : Etude de la mortalité maternelle au Mali. Cause et facteur de risque au CSREF CV du District de Bamako. Thèse de Médecine FMPOS Bamako 2000 M-110.

10- Malam : Contribution à l'étude des accouchements à domicile à propos de 312 cas. Thèse de Médecine Niamey 1995 N°18.

11- Marc Gamerre et Coll : Préparation maternelle de l'accouchement. OBST 5017 D 10 page 5

12- OMS Genève 1993 : Accouchements traditionnels. Déclaration conjointe OMS / FNUAP/UNICEF.

13- Olivier S : L'accouchement à domicile. Réanimation-médecine d'urgence 1994, 10, N°4.

14- Talibo A : Contribution à la CPN pour l'identification et la prévention des facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de santé du District de Bamako. Thèse de Médecine 1998 M-29 FMPOS.

15- Enquête Démographique et de Santé au Mali : EDS M-III 2001.

16- Kitsa et Coll : The prevalence of dociliary deliveries in Khayelisha, Cap Town. South African Medical Journal 1997 FEB.

17- Legende : Ministère du Plan. Diagnostic du District de Bamako, avant projet, Bamako 88. Document polycopié.

18- Labama L : Accouchement à domicile, un risque pour la mère et l'enfant. Panorama médical 1995 12 : 720-723, Kinsangani (RDC).

19- Conable B B : La maternité sans risque. Forum médical de la santé – OMS Genève 1987 vol 8 N°2 164-170.

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

21- J. Baudet et F. Daffos : Obstétrique pratique. Maloïne SA. Paris ZAC de Mercières 1977 : 553.

22- De Stanne, De Bernis L : Mortalité maternelle : les causes. L'enfant en milieu tropical 1990, 187-188.

23- **Isenalumbe A. E :** Intégration des accoucheuses traditionnelles au système de soins de santé. Forum mondial de la santé, 1990.

24- **Arya R et Coll :** Out come in low risk pregnancies. Archives of disease in child hood foetal and neonatal. Edition Sept 96.

25- OMS : Santé de la reproduction - Maternité sans risque. N°2 octobre 2004.

26- J. Lansac/C. Berger/G. Magnin : Obstétrique pour le praticien 4ème édition, Masson Paris 2003 : 469.

27- J. Lansac/P. Lecomte : Gynécologie pour le praticien, 5ème édition Saint Germain Cedex 06, SIMEP, 1999 : 560.

28- J.Lansac, G. Body, F. Perrotin et H. Marret : Pratique de l'accouchement, 3ème édition, 2001 : 360.

29- J. Lansac, C. Berger, G. Magnin : Obstétrique pour le praticien, 2ème édition, 1990 : 424.

30- J. Lansac, G. Body : Pratique de l'accouchement, 2ème édition, 1992 : 360.

31- Enquête Démographique et de Santé au Mali : EDS M-II 1995-1996

32- Hirsch G. : Facteurs de risque et conséquences materno-fœtales des accouchements hors maternité. Thèse de Médecine paris 1988 n°49

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I - IDENTIFICATION DE LA FEMME

1- Nom et Prénom : .....
2- Age : .....
3- Ethnie : ☐ (1 Bambara, 2 Bobo, 3 Peulh, 4 Sarakolé, 5 Dogon, 6 Autres)
4- Provenance : .....
Commune : .....
5- Profession : ☐ **(**1ménagère, 2 fonctionnaire, 3 commerçante : vendeuse ambulante, étalagiste, 4 élève/étudiante**)**

6- Etat matrimonial : ☐ (1 mariée, 2 célibataire)

7- Niveau d'instruction : ☐ (1 primaire, 2 secondaire, 3 supérieur, 4 alphabétisée en langue nationale, 5 analphabète).

8- Antécédents obstétricaux :

1. gestité ☐
2. parité ☐
3. enfants vivants ☐
4. avortement ☐
5. enfants décédés ☐
6. CPN ☐ 1 oui, 2 non Nombre : .....
7. V.A.T ☐ 1 oui, 2 non

8- Profession du conjoint ☐ (1 cultivateur, 2 chauffeur, 3 fonctionnaire d'Etat et privé, 4 Commerçant, 5 Autres)

II- EXAMEN PHYSIQUE A L'ENTREE

1- Accouchement

- Domicile ☐
- En cours de route ☐
- Autres ☐

2- Section du cordon ☐

- domicile
- structure de santé ☐

3- Délivrance

- domicile ☐
- Structure de santé ☐
- Artificielle ☐
- Normale ☐

4- Placenta

- Complet ☐
- Incomplet ☐
- Non vu ☐

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

1- Suites :

- Simples ☐
- Compliquées ☐

2- Rétention placentaire :

- Oui ☐
- Non ☐

3-Périnée :

- Intact ☐

Déchirure ☐

- Simple ☐
- Complète ☐
- Compliqué ☐

1- Hémorragie

- Oui ☐
- Non ☐

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

- Vagin : Oui ☐ Non ☐
- Col : Oui ☐ Non ☐

6- Traitement et soins

- Révision utérine : Oui ☐ Non ☐
- Globe de sécurité : Oui ☐ Non ☐
- Etat de la mère :

- Vivante : ☐
- Référée : ☐ Lieu ☐ Cause ☐
- Décédée : ☐ Lieu ☐ Cause ☐

IV <u>PRONOSTIC DU NOUVEAU-NE</u>

1- Nombre d'enfants : ☐

2- Score d'APGAR à l'arrivée ☐

a) Entre 0-6
b) Entre 7-10

3- Poids (en gramme) : J1.....J2 .....
4- Taille (en Cm) : J1.....J2 .....
5- Sexe (M ou F) : J1.....J2 .....

6- Réanimation : Oui ☐ Non ☐

7- Résultat du nouveau-né : **J 1** **J 2**

- Vivant ☐ ☐
- Mort-né ☐ ☐
- Référé ☐ ☐
- Décédé ☐ ☐

FICHE SIGNALETIQUE

NOM: KEITA

PRENOM : Alexander

TITRE DE THESE : Les Accouchements à Domicile
: Pronostic materno-fœtal
au CSREF CV du District de BAMAKO

ANNEE : 2005-2006

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

SECTEUR D'INTERET : Gynéco-obstétrique / Santé publique

RESUME

L'accouchement à domicile reste un problème important et grave qui expose la mère et l'enfant aux complications les plus néfastes. Notre étude est la deuxième au niveau national.

Au terme de cette étude prospective transversale sur **6745** accouchements cumulés, **203** accouchements à domicile ont été enregistrés soit une fréquence de **3,01 pour 100** accouchements.

Les patientes avaient un âge moyen de **27,5 ans**, une parité moyenne de trois, elles étaient pour la plupart des non scolarisés effectuant peu ou pas de CPN.

La déchirure périnéale, l'hémorragie de la délivrance et les lésions vulvaires étaient les principales complications respectivement dans **50%, 19,23%** et **13,46%** des cas. Cependant, aucun cas de décès maternel n'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 socio-démographiques
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.