

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du  
District de Bamako/ Etude Cas/Temoins

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE**

**RÉPUBLIQUE DU MALI**

**LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**Un Peuple—Un But—Une Foi**

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITÉ DE BAMAKO**



**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO –  
STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010**

**N°...../**

**LES ACCOUCHEMENTS NON ASSISTES  
DANS LE CENTRE DE SANTE DE  
REFERENCE DE LA COMMUNE II DU  
DISTRICT DE BAMAKO  
ETUDE CAS/TEMOINS**

**THÈSE**

**Présentée et soutenue publiquement le 05...../ 02...../2011**

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie**

**Par**

**Mme COULIBALY Salimata KANE**

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

**(DIPLÔME D'ETAT)**

**Jury**

**PRESIDENT : Professeur Salif Diakité**

**DIRECTRICE DE THESE : Professeur Sy Assitan Sow**

**MEMBRES** : **Professeur Bouraïma Maïga**  
: **Dr Samba Touré**

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : **BOUBACAR TRAORE** – MAITRE DE CONFERENCES

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : **IBRAHIM I MAIGA** – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : **IDRISSA Ah. CISSE**-MAITRE ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**-

CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie traumatologie-Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomies Pathologies Histo-embryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Medicine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L (Oto-Rhino-Laryngologie)
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R</b>

Thèse de Médecine

Mme Coulibaly Salimata KANE

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du  
District de Bamako/ Etude Cas/Temoins

Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly Diallo	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL

**3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie/Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie/Traumatologie
Mr. Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie/Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr. Boubacary GUINDO	ORL
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr. Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr. Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie

Thèse de Médecine

Mme Coulibaly Salimata KANE

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du  
District de Bamako/ Etude Cas/Temoins

Mr.Nouhoum DIANI	Anesthésie/Réanimation
Mr. Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie/Réanimation
Mr. Ibrahim TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr. Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr. Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mr Boulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiata SIMAGA	Ophtamologie
Mr Seydou BAGAYOGO	Ophtamologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtamologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtamologie
Mr Adama GUINDO	Ophtamologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtamologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alassane TRAORE	Chirurgie Générale

**D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie/Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie- Virologie
Mr Mamadou A THERA	Parasitologie-Mycologie

Thèse de Médecine

Mme Coulibaly Salimata KANE

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du  
District de Bamako/ Etude Cas/Temoins

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

**3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie- Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr.Mahamadou DIAKITE	Immunologie/Génétique
Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
Mr. Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y Sacko	Biochimie

**4. ASSISTANTS**

Mr Mamadou	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie

**D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entéro-Hépatologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses

Thèse de Médecine

Mme Coulibaly Salimata KANE

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du  
District de Bamako/ Etude Cas/Temoins

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda MINTA	Maladies infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

**3. MAITRE ASSISTANTS**

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro-entérologie
Mr Moussa T DIARRA	Hépto Gastro-entérologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINTO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Adoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MINTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

**D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

**3. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saïbou MAIGA	Législation

Thèse de Médecine

Mme Coulibaly Salimata KANE

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du  
District de Bamako/ Etude Cas/Temoins

Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie-Immunologie
Mr Sekou BAH	Pharmacologie
Mr Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

**D.E.R DE SANTE PUBLIQUE**

**1. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique, <b>chef de D.E.R.</b>
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Hammadoun SANGHO	Santé Publique

**2. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun Aly SANOGO	Santé Publique
Mr Akory Ag IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

**3. ASSISTANTS**

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

**CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

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

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

## **DEDICACES**

### **BISMILLAHI RAHMANI RAHIMI**

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

A notre **PROPHETE MOHAMED**. Salut et Paix sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement.

Après avoir rendu grâce à **DIEU**.

Je dédie ce travail

### **A mon père: Feu Moctar Kané**

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, du respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Merci ! Pour ce que tu as fait pour moi. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils.

A ma mère :Aïssata Diop

La plus gentille de toutes les mamans je te suis redevable de la chose la plus importante qui soit « la vie ». En effet c'est à toi que Dieu a confié cette lourde tâche. Tu as pris soin de nous. Tu nous as toujours protégés. Femme dynamique, généreuse, loyale, joviale, sociable, attentionnée, croyante, naturelle et infatigable, tes conseils, tes encouragements, tes câlins, tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Voici le fruit de ton amour et de tes sacrifices. Que Dieu te donne encore longue vie, car nous aurons toujours besoin de toi. Merci pour tout maman.



### **A mon Mari Souleymane Coulibaly**

Merci de m'avoir accordé ton estime, ta confiance, ton profond et sincère amour. Tu as fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Je remercie Dieu chaque jour pour t'avoir envoyé vers moi, sans toi je n'y arriverai pas. Que Dieu te bénisse et raffermisse notre union sacrée pour toute la vie.

A toute la famille Coulibaly particulièrement à Assa Diakité qui a été toujours à mes cotés même en temps difficile

### **A mon oncle : Oumare Kané**

Les mots me manquent terriblement pour exprimer mes sentiments aujourd'hui. Tu as toujours été à nos cotés, mes frères, mes sœurs et moi. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as toujours été un exemple pour toute la famille, car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres. Tes prières et tes bénédictions ne nous ont jamais fait défaut, ainsi que ton soutien moral, affectif et matériel. Je veux te dire merci, pour toute la confiance que tu as placée en moi, merci pour ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras encore pour toutes nos familles.

Saches que Je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Je profite de l'occasion pour te dire pardon ! Pardon ! pour toutes les fois où je n'ai pas été à la hauteur de tes souhaits.

Au nom de toute ma famille, je te dis encore merci. Que DIEU te bénisse.

AMEN !!!

A mes grand parents :

Le fruit dont vous avez tant souffert pour l'entretien a maintenant muri, et DIEU en a décidé autrement pour la cueillette. Que cet entretien vous soit récompensé par le paradis. Dormez en paix, que la clémence et la miséricorde d'ALLAH vous accompagnent.

**A mes tantes:**

Vous êtes merveilleuses, comme une mère, vous vous êtes soucié de mon propre avenir. Merci infiniment pour tout ce que vous faite pour moi .Vos conseils vos bénédictions et votre soutien perpétuels, ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Puissions-nous demeurer unis par la grâce de Dieu. Qu'ALLAH vous donne une santé de fer...

## **REMERCIEMENTS**

A tous les enseignants (es) de mon parcours scolaire et universitaire : je vous dois tout. Je suis fière d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail cher Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

### **A tous le personnel du CSREF Commune II:**

Particulièrement **les sages femmes:** Mme sountoura, Mme Diarra Hamza, Mme Sow Mariame Sow, Mme Bagayoko Assetou , Mme Traoré Penda Mme Diabaté Mariam, Mme Diarra Diaminatou et toutes les autres.

**A tous les étudiants faisant fonction d'interne** spécifiquement à mon equipe de garde Niambélé et , Coulibaly, merci pour la franche collaboration

**Aux gynécologues obstétriciens et médecins en spécialisation en gynécologie et obstétrique :** Keita Mamadou Mamadou Haidara, seydou z Daou Macalou, Fomba, koné, Diaby : merci pour la formation reçue à vos coté. Vous nous faite honneur

Vous faites la fierté du pays de part la qualité de vos prestations. Courage et bonne continuation.

**A mes frères et sœurs : Mamadou,Tata,Aissata ,Abdoulaye,Boubacar,et Bana :** 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 toute la famille Barry :**

Votre optimisme votre confiance vos conseils ont fait de moi une combattante acharnée, recevez ici ma profonde reconnaissance.

**A mes cousines et mes cousins :**

Votre amour, encouragement, sensibilité ne m'ont jamais fait défaut. Qu'ALLAH vous donne longue vie pour qu'on continue de partager ensemble ces moments de joie qu'on a toujours partagés.

**A mon amie : Mariam Cissé**

Ta combattivité, tes ambitions, ta Croyance et ton optimisme font de toi une femme de cœur et une amie respectable.

Soit béni le premier jour de notre rencontre. J'ai eu le plaisir de te connaître durant ces années. Tu as été toujours là quand j'ai eu besoin de toi comme si l'on partageait le même arbre généalogique. Merci pour ton aide, tes conseils et ta disponibilité. Ce travail est à ton honneur; Qu'il soit le témoignage de ma profonde gratitude. Que le bon Dieu te récompense, te donne longue vie et resserre nos liens.

**A tous ceux que j'ai omis de citer**

J'ai sûrement oublié sur papier mais mon cœur, lui n'a rien oublié.

**A tous ceux qui ont contribué de quelque façon que ce soit.**

**A Toi** qui utilisera un jour ce document pour tes recherches ; qu'il t'apporte ce dont tu as besoin et permette d'apporter un plus dans la science en vue d'une meilleure santé pour tous.



**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Salif Diakité**

□ **Professeur Titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de  
Médecine de Pharmacie et D'odonto Stomatologie**

□ **Gynécologue obstétricien au Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel  
Touré**

Cher maître

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez  
accepté de présider ce jury.

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

Merci pour votre disponibilité au quotidien.

Puisse vos distinctions scientifiques nous servir de modèle.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Professeur Bouraïma MAÏGA,**



- ▣ **Professeur Titulaire à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie,**
- ▣ **Détenteur d'un diplôme, de reconnaissance, décerné par le Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille,**
- ▣ **Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,**
- ▣ **Chevalier de l'Ordre National Mali,**
- ▣ **Detenteur d'un prix Tara Boiré dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006**
- ▣ **Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),**
- ▣ **Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G.**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un regard critique sur ce travail nous a profondément touché,

Votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogue expliquent toute l'admiration que nous éprouvons à votre égard.

Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité.

Trouvez ici l'expression de notre grande estime.

Que Dieu vous accompagne dans votre carrière



**A notre maître et juge de thèse :**

**Docteur Samba Touré**

**Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique,**

**Chef de service Adjoint de la gynécologie obstétrique du CHU du Point G**

**Cher maître :**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre intégrité, et votre humanisme font de vous un maître formateur exemplaire.

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements.



**A Notre Maître et directrice de thèse**

**Professeur SY Assitan SOW**

▣ **Professeur Titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de L'université de Bamako**

▣ **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique**

▣ **Chevalier de l'Ordre National du Mali**

Cher Maître,

Vous nous avez accueilli et traité dans votre service comme votre propre enfant,  
Vous nous avez accordé votre confiance en nous donnant ce travail,  
Femme de science que vous êtes, vous cultivez la rigueur l'honnêteté et la persévérance.

Votre sens de l'humour témoigne de votre grande simplicité,

« Tanti »; c'est le jour pour nous de vous avouer toute notre joie et notre fierté d'être passé par votre école.

Permettez nous aujourd'hui de vous exprimer toute notre profonde gratitude pour le savoir que vous nous avez transmis.

Puisse ALLAH le tout puissant vous garder encore plus longtemps auprès de nous.

## **ABREVIATIONS**

- AAD :Accouchement à domicile  
ATCD :Antécédent  
AV JC :Avant Jésus Christ  
AP JC : Après Jésus Christ  
CPN : Consultation Prénatale  
CSCOM : Centre de santé communautaire  
CSREF CII : Centre de santé de référence de la commune II  
CU : Contraction utérine  
CUD : Contraction utérine douloureuse  
DNS : Direction nationale de la santé  
FMPOS : Faculté de médecine et d'odonto stomatologie  
GATPA : Gestion active de la période de l'accouchement  
HTA : Hypertension artérielle  
HU : Hauteur utérine  
HGT : Hôpital Gabriel Touré  
IIG : intervalle intergénéral  
IM : Intra musculaire  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ORL : Oto-rhino-laryngologie  
RPM : Rupture précoce des membranes  
SA : Semaine d'aménorrhée



## SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>1 - 2</b>
<b>II OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
<b>III GENERALITES :.....</b>	<b>4- 17</b>
<b>A.HISTORIQUE</b>	
<b>B. RAPPELS :</b>	
<b>IV METHODOLOGIE.....</b>	<b>18-19</b>
<b>V RESULTATS.....</b>	<b>23- 51</b>
<b>VI COMMENTAIRES / DISCUSSIONS.....</b>	<b>52 - 60</b>
<b>VII CONCLUSION / RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>61-64</b>
<b>VIII REFERENCES/BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>65-70</b>
<b>IX ANNEXES.....</b>	<b>71-79</b>

## I - INTRODUCTION

- la problématique de la santé maternelle et infantile est une des priorités de la politique sanitaire des pays Africains plus particulièrement le Mali.

**[1]**

- Nombreuses sont des femmes qui n'ont pas accès aux services de soins de santé modernes. En Afrique on estime que 60 - 80 % des femmes accouchent en dehors de toutes installations modernes de soins de santé. **[37]**

Dans plus de la moitié des naissances (51 %), la mère n'a pas reçu l'assistance de personnel de santé formé au cours de l'accouchement

**[18]**

La majorité d'entre elles accouchent avec l'aide des personnes non qualifiées ; certaines sans aucune aide **[37]**

- Ces accouchements se déroulent d'ordinaire dans un environnement insalubre ; les femmes ne bénéficient pas de soins prénatals ni de conseil de planification familiale **[37]**

- A Bamako 10 .8% des naissances ont lieu sans assistance médicale **[42]**

En effet, 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 **[42]**

En effet l'accouchement hors maternité est souvent accidentel, non préparé et s'effectue en l'absence de tout personnel médical **[37]**

Plusieurs études ont été réalisées sur le sujet en Afrique **[42]**

Ces différents travaux ont mis en évidence non seulement une fréquence élevée des accouchements à domicile, mais également des complications graves .Depuis environ plus d'une dizaine d'année, de

nombreuses restructurations ont été opérées dans le but de rapprocher davantage les services de soins de santé à la population, et d'améliorer la qualité des services **[42]**

Parmi les différentes réformes on peut citer :

\*Les programmes de maternité sans risque

\*L'adoption d'une politique de population qui accorde un choix à la santé de la mère et de l'enfant : La politique sectorielle de santé.

Malgré ces dispositions une proportion considérable de femmes continue d'accoucher en dehors des services de santé, même en milieu urbain. Pour mieux comprendre ce phénomène nous avons entrepris cette étude dans le centre de santé de référence de la commune II en nous fixant comme objectifs :

## **II - OBJECTIFS**

**2.1. L'objectif général :** Etudier les accouchements à domicile au niveau de la commune II du district de Bamako

**2.2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de ces accouchements
- Décrire le profil sociodémographique des accouchées
- Décrire l'évolution immédiate des accouchements à domicile
- Identifier les raisons qui sous-tendent les accouchements à domicile
- Evaluer le pronostic maternel et foetal

### III GENERALITES

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

##### 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 le personnel de santé et la communauté et de planifier des mesures d'intégration des services.

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

Une récente enquête de l'**OMS** sur les pratiques traditionnelles de naissance montre que bon nombre d'entre elles sont physiologiquement fondées et bénéfiques ; qu'il s'agisse d'adopter une posture traditionnelle (accroupie, agenouillée, debout) pour accoucher ; d'attendre que le placenta ait été expulsé pour couper le cordon, de pratiquer l'accouchement dans des cases spéciales comportant une source de chaleur etc..... La professionnalisation de l'accouchement remonte à la fin du **XIXème siècle** et au début du XXème siècle. L'importance des soins prénataux est apparue avec la renaissance des facteurs de risque tels que la pré éclampsie et l'anémie, le souci de disposer d'un milieu aseptique et des soins plus spécialisés à déplacer progressivement les accouchements du domicile ou du village vers le dispensaire ou l'hôpital. Les techniques de l'accouchement se trouvaient ainsi privilégiées et la tâche du personnel de santé facilitée ; cela marquait ainsi le début d'un

long processus d'élimination de beaucoup d'aspects personnels et familiaux de la naissance. Ce n'est que ces dernières années que l'importante notion de lien familial a été redécouverte et réintroduite dans les pays développés. Il faut espérer que cet aspect de l'accouchement sans complications pourra être sauvegardé là ou il existe encore, sans porter préjudice aux autres.

## **2°) Pratiques actuelles**

Au cours de l'histoire récente des services de santé maternelle ; l'impact du développement des techniques et de l'accroissement des efforts en personnel médical et paramédical a été considérable .L'identification des facteurs de risque de la grossesse, le perfectionnement des techniques d'accompagnement ainsi que l'apparition d'options de recours plus performantes sont au tant d'éléments ayant contribué aux progrès constatés. Relativement plus ancienne, la consultation prénatale(**C P N**), 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 q'elles connaissent les mères et leurs antécédents familiaux médicaux et obstétricaux. Certaines femmes ne viennent pas aux CPN mais se présentent au Centre de Santé ou à l'Hôpital pour y accoucher. D'autres au contraire se rendent aux CPN mais pour une raison ou une autre, accouchement 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'action, facteurs de réduction de la mortalité maternelle :

A savoir

1. les accouchements en maternité
2. les consultations prénatales (**CPN**)
3. les accouchements à domiciles 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 particulièrement 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 œuvre sa créativité pour répondre aux diverses préoccupations. Nous pouvons retenir quelques dates qui ont marqué l'histoire obstétricale :

**Hippocrate (370 à 460 avant J C)** disait que devant une dystocie, il fallait attacher la patiente à son lit et utiliser deux techniques selon la présentation :

. Secouer le lit horizontalement en cas de présentation du siège ou transverse.

. Secouer le lit verticalement en cas de présentation du sommet.

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

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

## **B- RAPPELS**

### **1. Accouchement**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 semaines d'aménorrhée). Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, celles de la tête fœtale en particulier, à celles du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale et par les contractions utérines du travail qui pousse le fœtus vers la sortie (ou l'extérieur).

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

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

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

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

Il est dit **programmer** lorsqu'il est provoqué sans indications pathologiques. L'accouchement est **naturel** lorsqu'il se fait sous



l'influence de la seule physiologie ; sinon il est **dirigé**. Il est **artificiel** quand il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale par voie basse ou par voie abdominale. L'accouchement est **eutocique** quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Il est **dystocique** dans le cas contraire.

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

## **2- Mécanisme général de l'accouchement :**

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

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

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

### **2.1- Première période de travail : effacement et dilatation**

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

#### **-Caractères cliniques de la contraction utérine**

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

L'écoulement par la vulve de glaire épaisse et brunâtre parfois 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 caractéristiques particulières :

Elles sont involontaires. La femme les subit et ne peut les empêcher.

Toutefois, certaines étant émotionnelles 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 base.

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 allé 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 lombaires 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.

**2-1-1 Effacement** : le col qui a gardé tout (3 à 4 centimètres) ou une 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.

**2-1-2 Dilatation** : le col effacé s'ouvre peu à 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 dilatation font une saillie plus ou moins marqué presque nulle dans l'eutocie parfaite, importante dans une mauvaise accommodation.

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

## **2.2 Deuxième période : expulsion**

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

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

**2-2-1- Engagement** : c'est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Avant ce franchissement, la tête fœtale aura "orienté" son plus grand axe et se sera "amoindrie" en se fléchissant à l'extrême.

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

**2-2-3 Dégagement** : C'est le franchissement du détroit inférieur. Le dégagement se fait autour du point fixe sous la symphyse pubienne, la présentation prenant alors l'inverse de celle qu'elle avait précédemment ; le sommet primitivement fléchi se défléchi.

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

### **2-3 Troisième période : Délivrance**

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

- décollement du placenta,
- expulsion du placenta,
- hémostase (formation du globe utérin)

### **C- VARIETES DE PRESENTATIONS [6]**

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

#### **1- Présentation céphalique : les plus fréquentes (96%)**

- Présentation du sommet (présentation de la tête fléchie)
- Présentation de la face (présentation de la tête défléchie)
- Présentation du front (intermédiaire à la flexion et à la déflexion).

C'est la plus dystocique des présentations céphaliques

#### **2-Présentation du siège**

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

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 fœtus

Trois ordres de conditions prédisposent à cette présentation.

Ce sont :

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

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

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

## **D- LES COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT**

### **1. Déchirures du périnée**

L'inspection permet d'apprécier le degré des lésions. La femme étant mise en position gynécologique, on voit en écartement les lèvres de la plaie si la déchirure est complète ou incomplète suivant qu'elle intéresse ou n'intéresse pas le sphincter anal et la muqueuse vaginale.

#### **a- Déchirures incomplètes**

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

### **b- Déchirure complète**

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

### **c- Déchirure complète et compliquée**

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

### **d- Déchirure centrale**

Cette forme anatomique particulière est rare. Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement. La tête vient buter au milieu du périnée qu'elle rompt entre la commissure et l'anus en laissant en avant un pont de tissu. La déchirure se voit surtout dans la présentation du bregma et quelque fois de la face. Elle n'est pas verticale mais oblique.

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

## **2- Les lésions vulvaires**

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

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

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

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

### **4- Les déchirures du col utérin** :

#### **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 :

**a-** spontanées : toutes les altérations du col les favorisent. Les altérations peuvent être antérieures à la grossesse. Traumatiques, elles sont dues à des déchirures obstétricales précédentes, à des sections chirurgicales du col (amputation), à des lésions d'origine thérapeutique (électrocoagulations endocervicales trop profondes ou répétées). Pathologiques, elles sont dues à une maladie du col : cancers, chancre, lésion inflammatoire. Ces altérations pathologiques sont devenues exceptionnelles.

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

.au cours de l'accouchement normal, on a fait pousser la femme trop tôt ;



. On a fait une prise de forceps ou une extraction de la tête dernière avant la dilatation complète ;

. Les incisions du col ne se pratique plus.

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

### **5- Les ruptures utérines pendant le travail :**

Rares mais se sont les conséquences les plus redoutables

Elles s'observent dans des conditions fortes différentes :

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

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

c- Enfin un troisième groupe est des ruptures utérines provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'ocytociques

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

#### **a- Rétention placentaire :**

. Etiologies :

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

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

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

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

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

### **. Etiologie**

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

-certains troubles de la coagulation,

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

### **. Symptomatologie :**

L'hémorragie est le signe le plus important.

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

## **IV- METHODOLOGIE**

### **1. Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako .

#### **1.1 Situation géographique et services :**

La commune II couvre une superficie de 17 Km<sup>2</sup> soit environ 7% de la superficie totale du District de Bamako avec une population de 137 975 habitants (recensement du 31/03/2001).

#### **Elle est limitée :**

Au nord par le pied de la colline du Point G.

Au sud par le fleuve Niger

A l'est par le marigot de Korofina

A l'ouest par la route goudronnée (Boulevard du peuple passant par l'institut d'Ophtalmologie tropicale d'Afrique : IOTA Traversant le grand marché jusqu'au pont des Martyrs).

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribogou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medina-coura, Missira, Niarela, Quinzambougou, Téléphone sans fil (TSF), Zone industrielle, N'gomi)

Le centre de santé se trouve à Missira

Il comporte plusieurs services :

- l'administration
- la pharmacie
- le service d'oto-rhino-laryngologie
- le service d'ophtalmologie
- le service de médecine
- le service de chirurgie générale
- le service de gynécologie obstétrique
- le service d'odontostomatologie

- le service de pédiatrie
- le service du PEV (Programme Elargi de Vaccination)

## **1.2 Description du cadre d'étude**

Le service gynécologie obstétrique occupe le rez de chaussée

A l'étage se trouvent l'administration et certains services

Il comporte :

- une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement
- une salle d'attente et une salle de suite de couche immédiate avec trois lits
- une salle de garde pour les sages femmes
- une salle de garde pour les infirmières et les aides soignantes
- un Bureau pour la sage femme maîtresse
- une toilette externe pour le personnel
- une unité de consultation prénatale
- une unité de planning familial
- une unité post natale
- une Unité de PTME (Prévention de la transmission mère enfant du VIH)
- une salle d'échographie
- une unité de gynécologie et de grossesse a haut risque
- trois salles d'hospitalisation

Le personnel comprend

- un Professeur en gynécologie obstétrique, qui est le chef de service
- un pédiatre
- six médecins en cours de spécialisation
- une sage femme maîtresse
- dix neuf étudiants faisant fonction d'interne
- vingt neuf sages femmes
- quatre infirmières obstétriciennes
- vingt aides soignantes

- quatre chauffeurs
- cinq manoeuvres

### **1.3 Fonctionnement du service de gynécologie et obstétrique**

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne 24H/24H

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses a risque) sont assurées par le professeur Sy, elle est appuyée dans sa tâche par les médecins à compétence gynécologique (les CES) et les étudiants faisant fonction d'interne.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages femmes avec l'aide des infirmières et des aides soignantes.

Une équipe de garde quotidienne travaille vingt quatre heures sur vingt quatre en salle d'accouchement. Elle est composée de deux CES, quatre étudiants faisant fonction d'interne, d'une sage femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide soignante, d'un chauffeur et d'un manoeuvre. L'équipe d'obstétrique est sous la responsabilité du Professeur Sy.

Le staff se tient tous les jours ouvrables à huit heures pour discuter de la prise en charge des cas d'urgence admis la veille ainsi que des accouchements effectués. Elle est dirigée par le Professeur et en cas d'absence par un médecin à compétence gynécologique et obstétricale.

On note depuis le 29 décembre 2006 l'ouverture d'un bloc opératoire et l'arrivée de 5 médecins en étude de spécialisation en gynécologie et obstétrique pour appuyer les équipes de garde.

## **2 –Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude Cas/témoins, rétrospective, descriptive, transversale, et analytique (avec appariement 1cas /2témoins d'une même tranche d'âge).

### **3 – Période d'étude :**

- L'étude a été menée sur une période de 12 mois (du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 mars 2008)

### **4- Population d'étude :**

Notre étude a porté sur toutes les femmes ayant accouché à domicile et ayant consulté afin de pouvoir obtenir une déclaration de naissance et / ou pour des complications maternelles et/ ou néonatales ou autres causes.

**Le groupe témoin** était constitué de femmes ayant accouché à la maternité et venant immédiatement après le cas.

#### **4-1- Critère d'inclusion :**

Il s'agissait de toutes les femmes âgées de 15ans et plus ayant accouché à domicile ou en cours de route sans assistance médicale et venues au centre soit:

- Pour une meilleure prise en charge
- Pour l'obtention d'une déclaration de naissance
- Pour des complications maternelles et /ou néonatales.

#### **4-2- Critères de non inclusion :**

Il s'agit de toutes les patientes ayant accouché hors structures sanitaires avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié et celles ayant accouché en cours de route lors du transfert d'une structure sanitaire à une autre.

### **5- Variables étudiées :**

- Ont été étudiés au cours de cette étude : l'âge, le niveau d'instruction ; l'ethnie ; la profession de la parturiente ; le statut matrimonial, la parité, le suivi prénatal ; l'accouchement antérieur hors maternité ; la personne ayant assisté la patiente ; le lieu de l'accouchement ; le lieu de la section du cordon ; le lieu de la délivrance ; le motif de consultation à la

maternité; les complications; les données néonatales (vitalité et paramètres anthropométriques); les raisons des accouchements hors maternité ; le sentiment après l'accouchement ; les inconvénients des accouchements sans assistance médico-obstétricale.

#### **6- Collecte et analyse des données :**

-Le recueil des données a été effectué à l'aide de questionnaire individuel (fiche d'enquête) porté en annexe, du registre d'accouchement.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-info 6.04dfr.

Les tests statistiques utilisés ont été le Khi2, la probabilité ( $p=0,05$ ), et l'odd ration (OR) pour étudier les associations entre les variables. Les valeurs statistiques significatives choisies ont été respectivement :  $p<0,05$  et  $OR <1$  (protection contre le phénomène étudié) ou  $OR \geq 2$  (aggravation du phénomène étudié).

#### **7- Aspect éthique :**

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

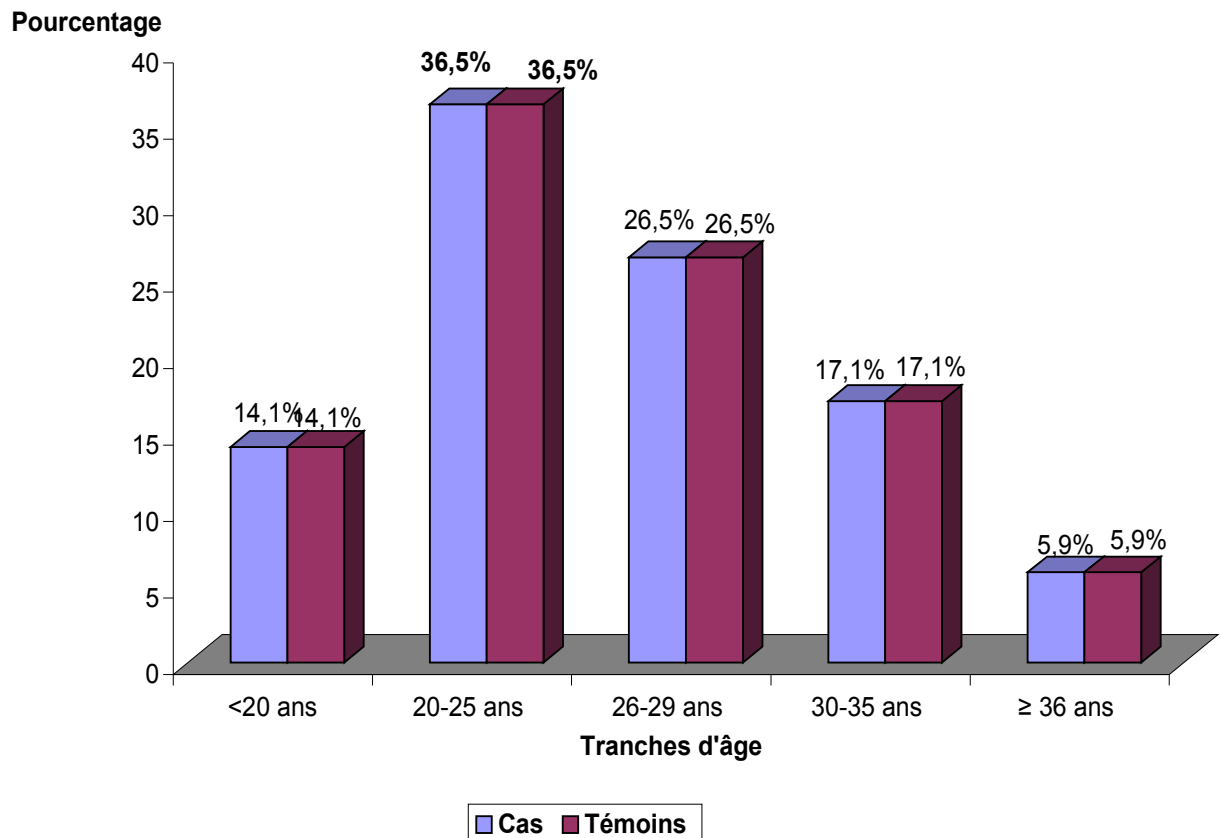
## IV- RESULTATS

### 1. Fréquence :

Nous avons enregistré 3365 accouchements dans le centre de santé de référence de la commune II et colligé 170 accouchements non assistés pendant notre période d'étude soit une fréquence de **5,1%**.

### 2- Caractéristiques sociodémographiques

#### - Age



**Figure I** : Répartition des patientes selon l'âge

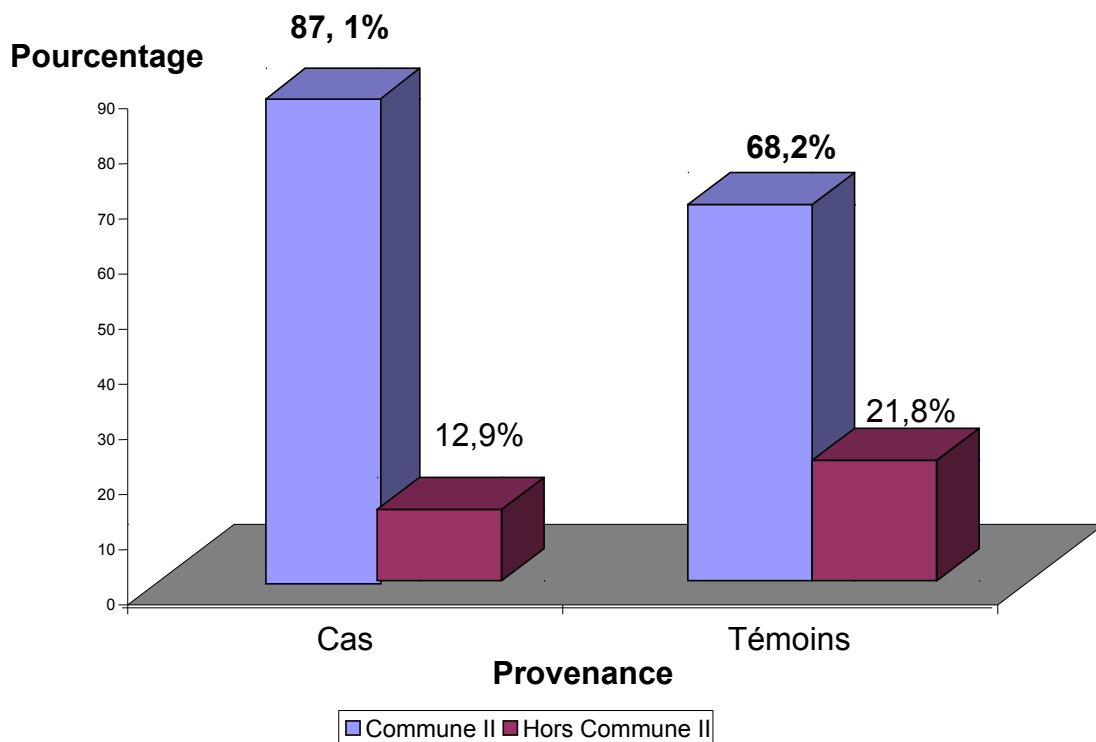
Khi<sup>2</sup>= 17,4      p=0,00156      ddl=4

La tranche d'âge 20-25 ans dominait notre échantillon soit 36,5% la différence entre les cas et les témoins était statistiquement significative.

L'âge moyen était de 24,8 ans ± 6,2 ; avec des extrêmes de 15 ans et 48 ans



## - Provenance

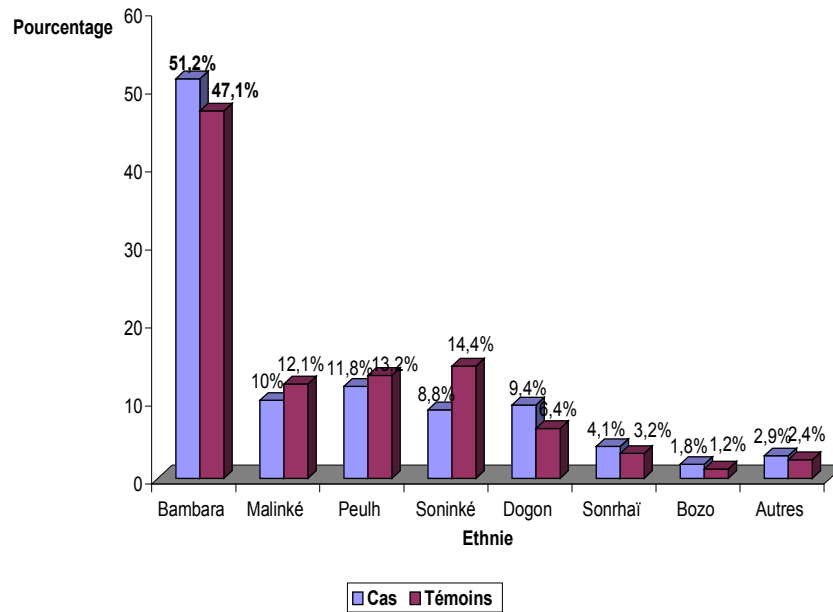


**Fig II:** Répartition des patientes selon la provenance

**Khi2= 21,14 p=0,000043 OR=3,13 [1,86-5,44]**

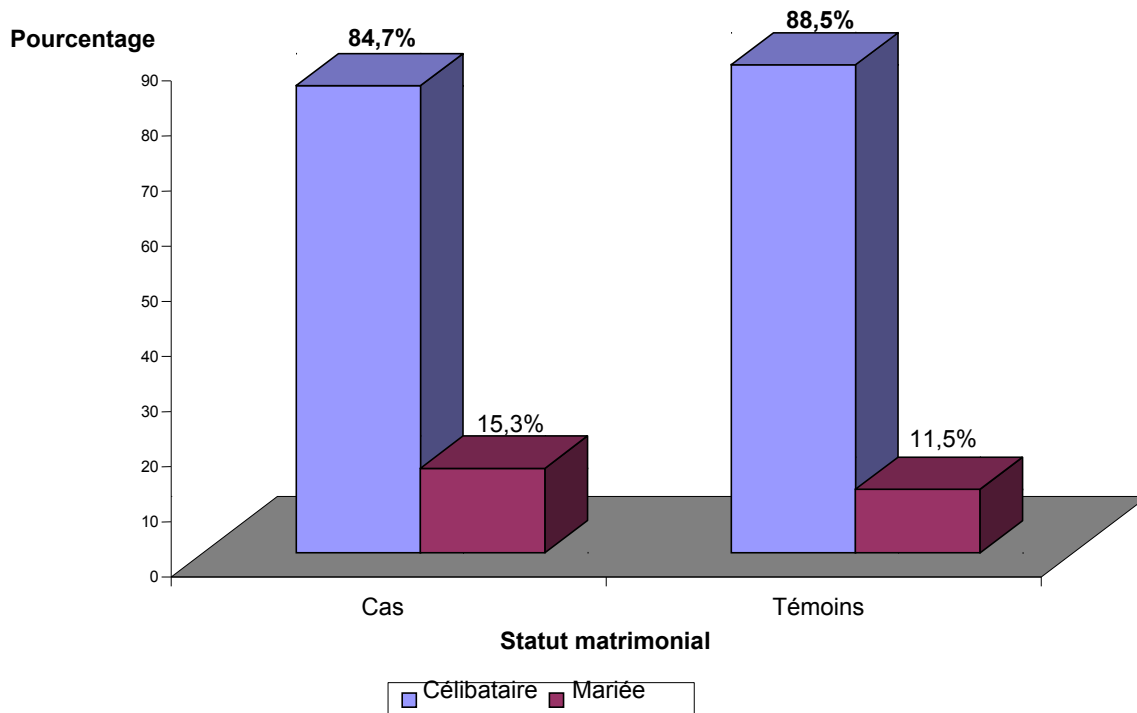
La majorité des patientes provenaient de la Commune II dans les deux groupes

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako/ Etude Cas/Témoins



**Figure III** : Répartition des patientes selon l'ethnie

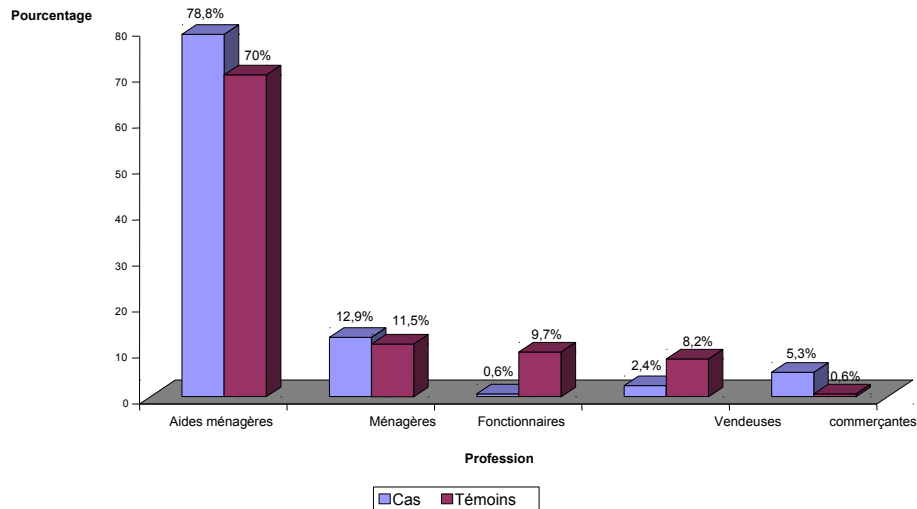
Khi2= 21,14 ddl=6 p=0,368.



**Fig IV**: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

p=0,222 OR=0,72 [0,41- 1,28]

Le résultat a montré qu'il y'avait plus de célibataire que de mariée soit 84,7% chez les cas

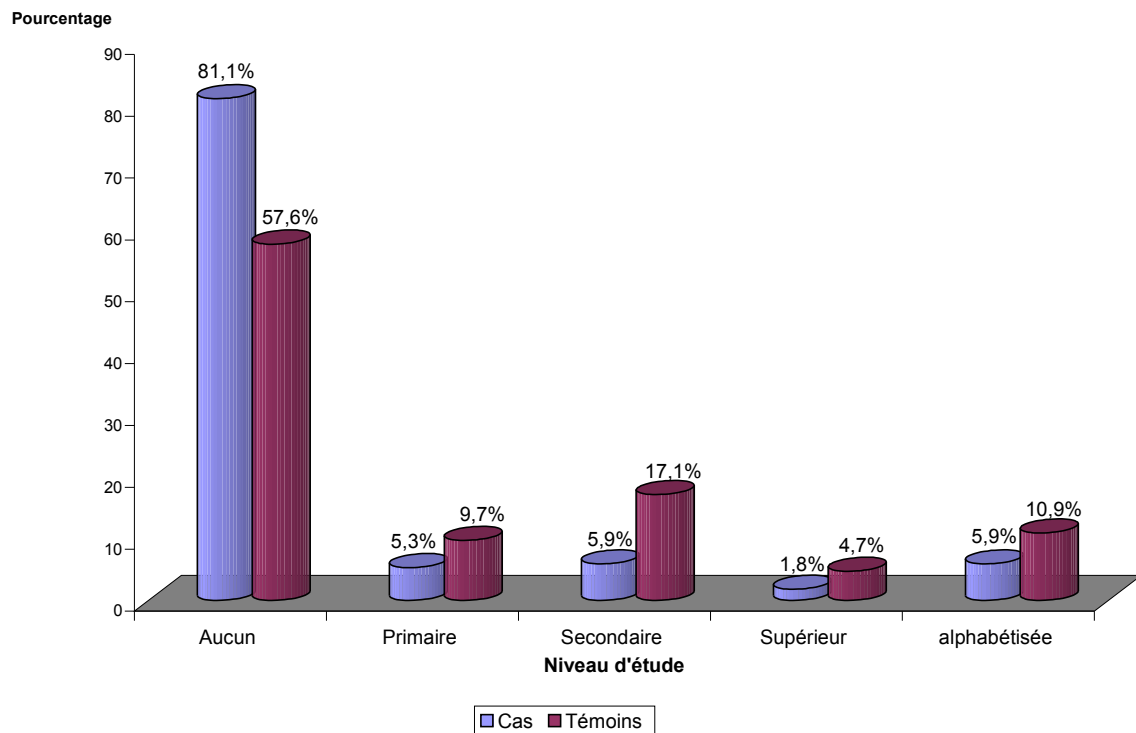


**Fig. V** : Répartition des patientes selon leur profession

<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
$p=0,034$	1,60 [1,01- 2,54]
$p=0,00009$	0,06 [0,00- 0,34]
$p=0,629$	0,87 [0,48- 1,60]
$p=0,009$	0,27 [0,07- 0,79]
$p=0,0012$	9,45 [1921- 90,44]

Les aides ménagères étaient plus représentées soit 78,8% chez les cas contre 70% chez les témoins

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako/ Etude Cas/Témoins



**Fig. VI : Répartition des cas et des témoins selon le niveau d'étude**

81,1% était non instruite chez les cas contre 57,6% chez les témoins

$P=0,0000001$

$OR=3,17[2,01-5,09]$

**Tableau I** : Répartition patientes selon la profession du procréateur

Profession du procréateur	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Cultivateur	56	32,9	96	28,2	<i>p=0,27</i>	1,25 [0,82-1,89]
Commerçant	42	24,7	86	25,2	<i>p=0,885</i>	0,97[0,62-1,51]
Ouvrier	40	23,5	56	16,5	<i>p=0,54</i>	1,56[0,96-2,52]
Fonctionnaire	9	5,3	72	21,3	<i>p=0,00000</i>	0,21[0,09-0,43]
					3	
Elève/Etudiant	3	1,8	8	2,3	<i>p=0,471</i>	0,75[0,13-3,16]
Gardien	5	2,9	2	0,6	<i>p=0,044</i>	5,12[0,82-54,13]
Autres	15*	8,9	20	5,9		
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>		

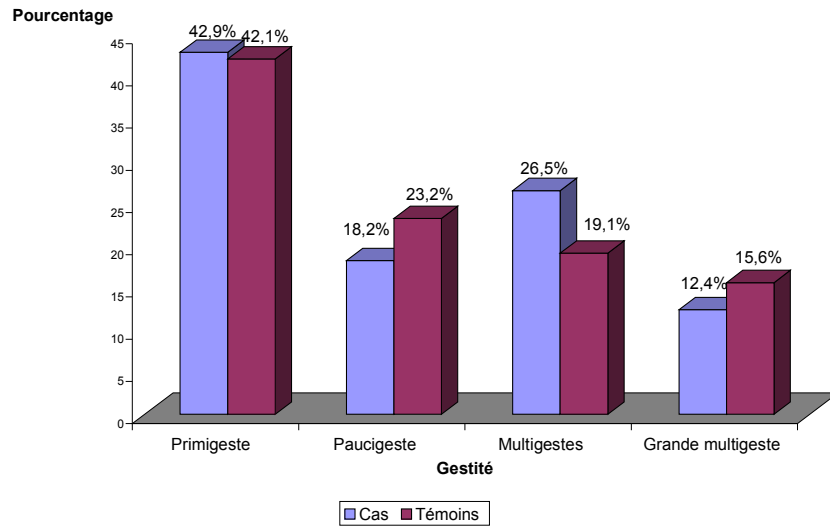
\* Cas : indéterminé=6, chômeur=4, marabout=3, ouvrier= 2

\*\* Témoins : indéterminé=7, chômeur=8, marabout=2, retraité=3 Dans  
32,9% des cas le procréateur est cultivateur et ouvrier dans 23,5%

### 3- CLINIQUE

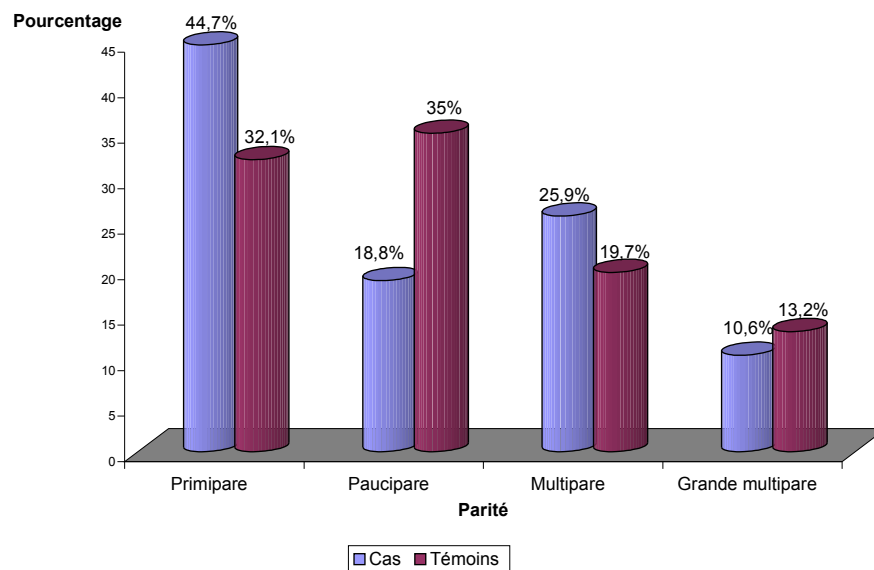
#### A- LES ANTÉCÉDENTS

##### ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX :



**Fig VII** : Répartition des patientes selon la gestité

Les primigestes étaient exposées dans les deux groupes, soit 42,9% chez les cas contre 42,1% chez les témoins.



**Fig VIII** : Répartition des patientes selon la parité

$p=0,0051$

$p=0,0001$

$p=0,111$

$p=0,391$

$1,76[1,15-2,54]$

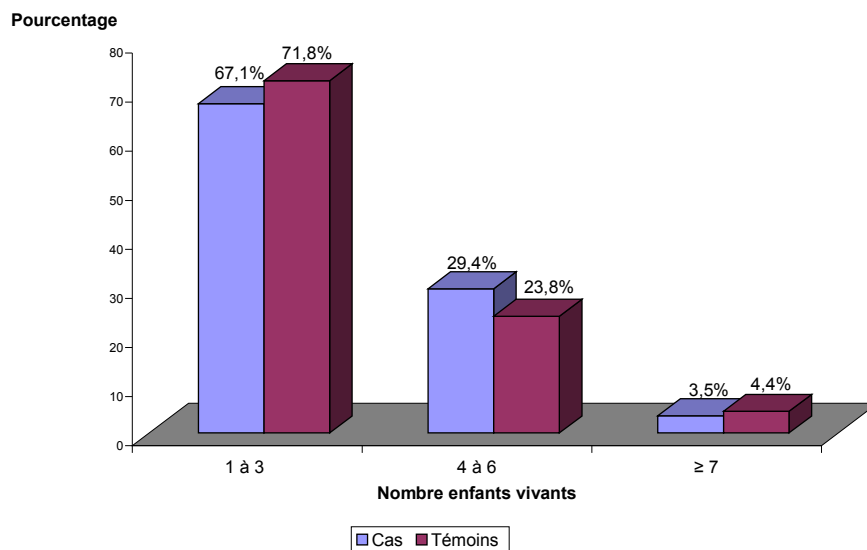
$0,43[0,27-0,68]$

$1,42[0,90-2,24]$

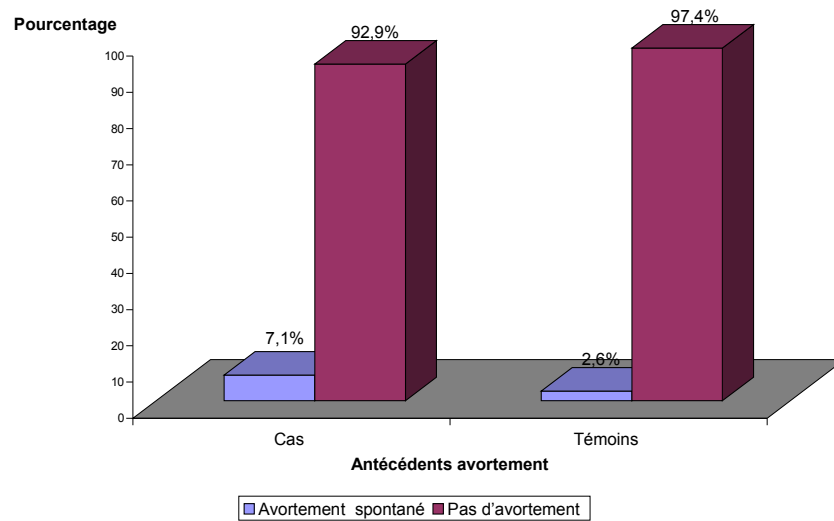
$0,78[0,41-1,42]$

Les primipares (44,7%) et les multipares (25,9%) étaient plus représentés pour l'accouchement non assisté.

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako/ Etude Cas/Témoins



**Fig. IX:** Répartition des cas et des témoins selon le nombre d'enfants vivants  
67,1% des femmes dans la série des cas et 71,8% des femmes témoins avaient au moins un enfant vivant

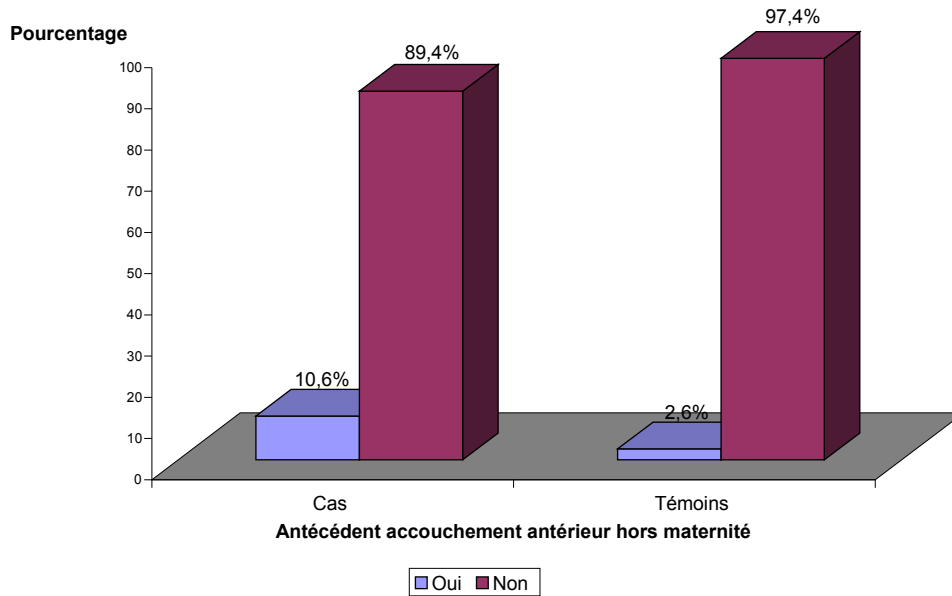


**Fig X:** Répartition des cas et des témoins selon les antécédents d'avortement

**p=0,018      OR=2,79 [1,05-7,66]**

Les antécédents d'avortement étaient plus retrouvés chez les cas (7,1%) que chez les témoins.

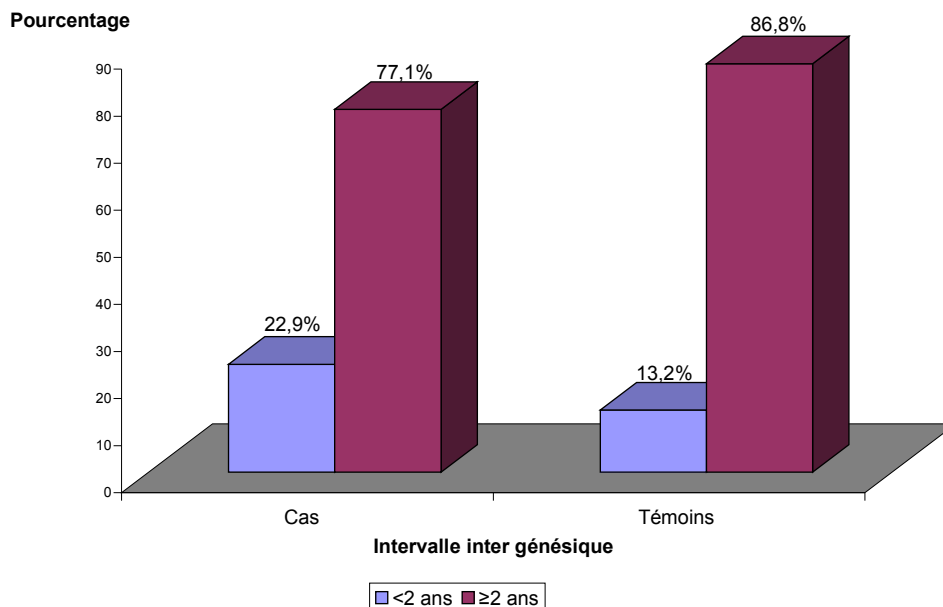
Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako/ Etude Cas/Témoins



**Fig XI** : Répartition des cas et des témoins selon l'antécédent d'accouchement antérieur hors maternité

**p=0,00015**      **OR=4,3 [1,80-11,24]**

L'antécédent de l'accouchement antérieur hors maternité était plus fréquent chez les cas (10,6%) que chez les témoins (2,6%).



**Fig XII** : Répartition des cas et des témoins selon l'intervalle inter gènesique

**p=0,0053**      **OR=1,95 [1,18-3,22]**

l'intervalle inter gènesique était <2 ans dans 22,9% chez les cas et 13,2% chez les témoins.

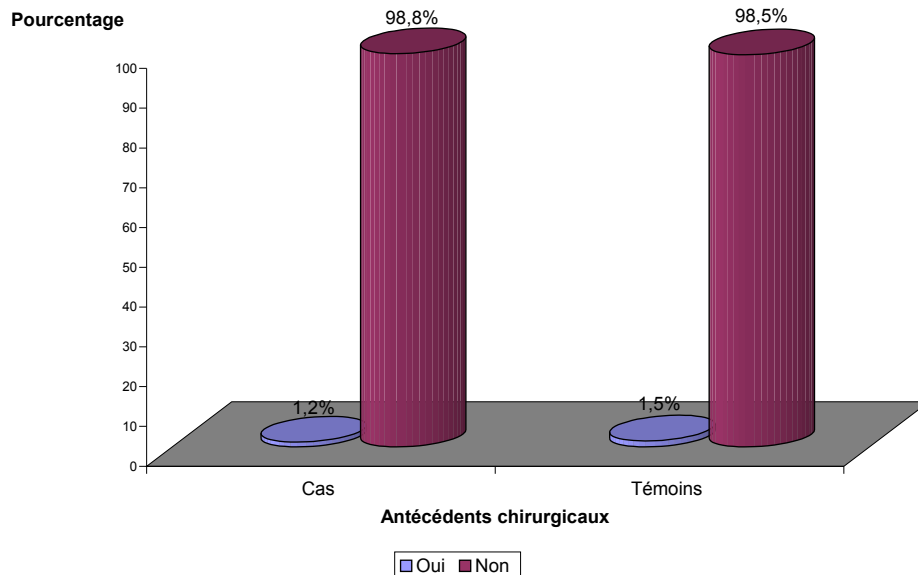


**Tableau II** : Répartition des cas et des témoins selon les antécédents de mort-nés.

Antécédents de mort-né	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	9	5,3	7	2,1
Non	161	94,7	333	97,9
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**p=0,048 OR=2,66 [0,86-8,55]**

5,3% dans la série des cas contre 2,1% des témoins avaient un antécédent de mort-né.



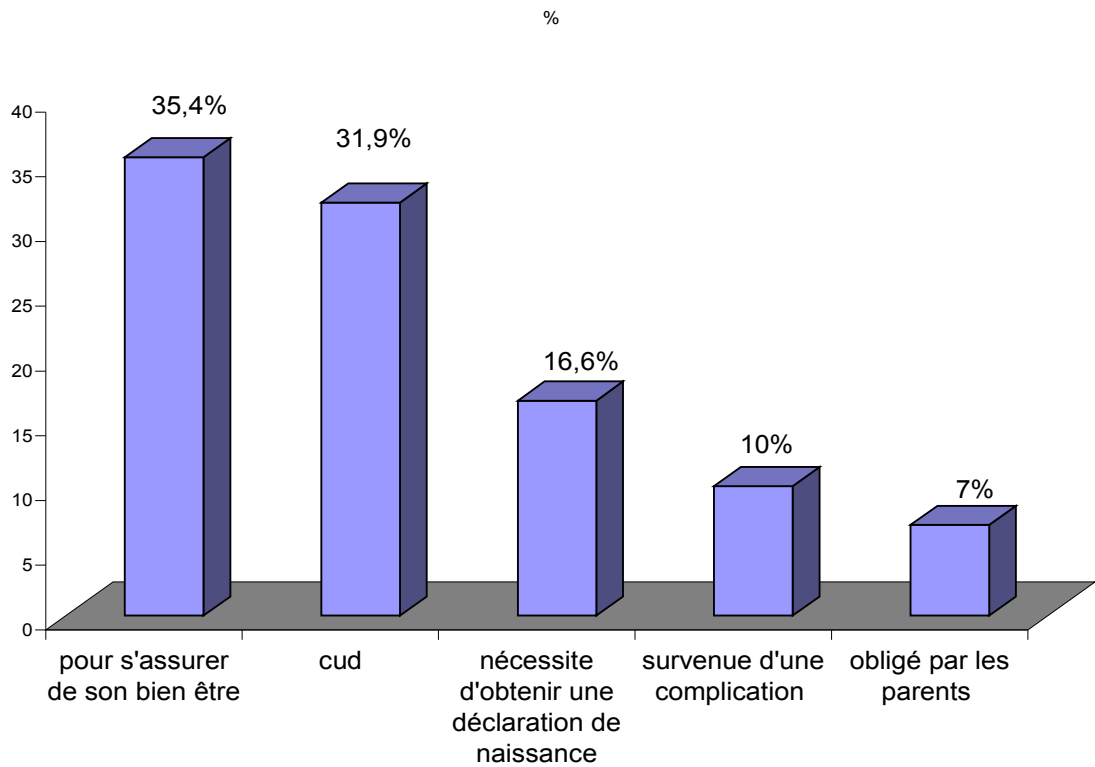
**Fig XIII** : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

**P=0,510 OR=0,80 [0,08-4,88]**

Il n'existait pas une relation statistiquement significative dans les deux groupes par rapport aux antécédents chirurgicaux.

**b- Motif d'admission**

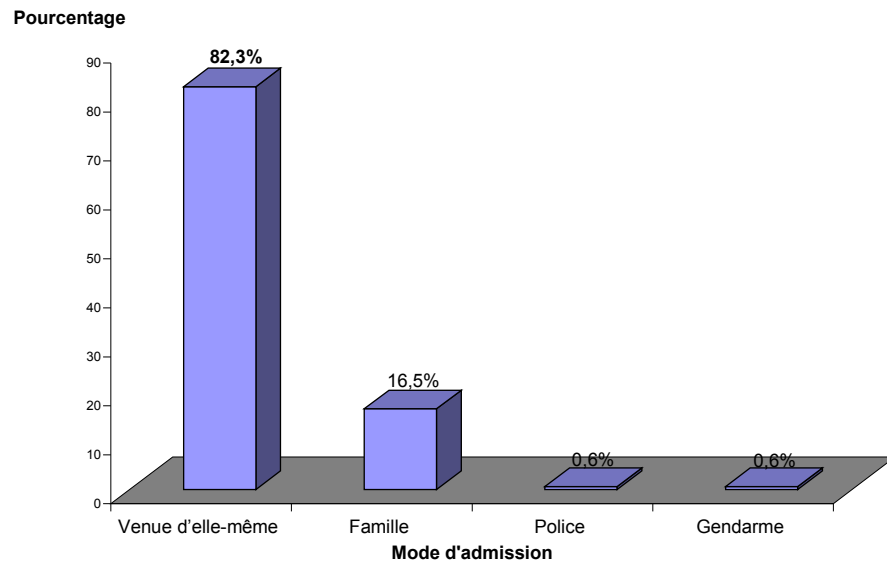
Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako/ Etude Cas/Temoins



**Figure XIV :** Répartition des cas selon les motifs d'admission

Les principaux motifs de consultation étaient : pour s'assurer de son bien être : 35,4%, la cud : 31,9% et la nécessité d'obtenir une déclaration de naissance : 16,6%.

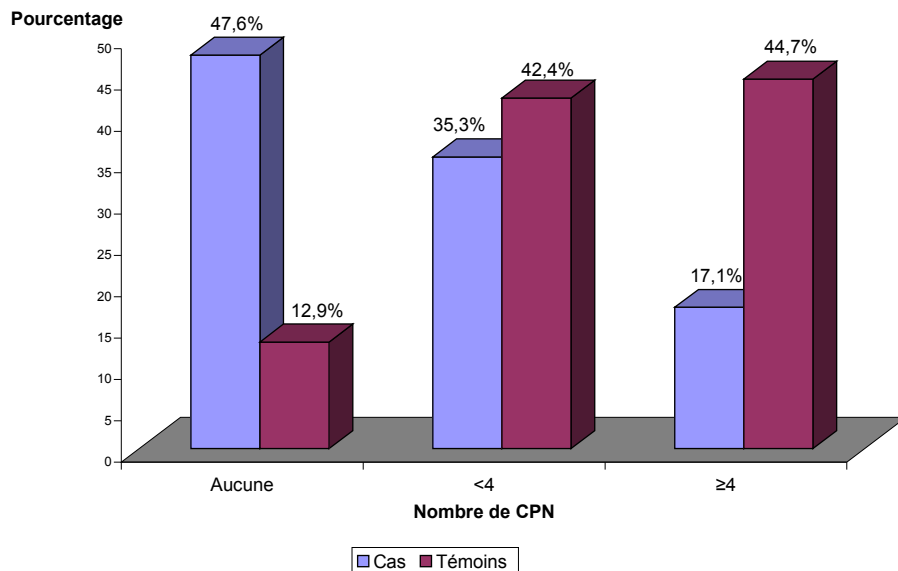
Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako/ Etude Cas/Témoins



**Fig XV:** Répartition des cas selon le mode d'admission

La majorité était venues d'elle-même (82,3%), 16,5% ont été amenées par leur famille et 1,2% par les autorités (police et gendarmerie).

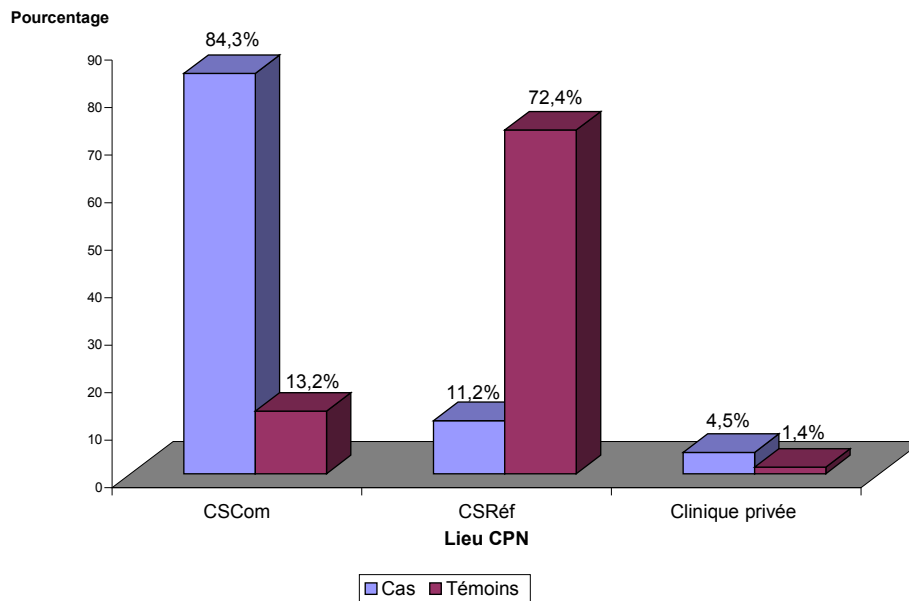
**c- Suivi prénatal**



**Fig. XVI:** Répartition des patientes selon le nombre de CPN.

47,6% des femmes de la série des cas n'ont suivie aucune CPN contre 12,9% pour les témoins

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako/ Etude Cas/Témoins



**Fig. XVII:** Répartition des accouchées selon le lieu des CPN

La majorité des cas avaient fait leur CPN dans un CSCOM soit 84,3% contre 13,2% chez les témoins, par contre 72,4% des témoins avaient fait leur CPN dans un CSRéf, la différence était statistiquement significative.

**Tableau III:** Répartition des patientes selon l'auteur de la CPN

Auteurs CPN	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
Sage-femme	72	81	266	90		
Matrone	14	16	25	8		
Médecin	3	3	5	2	-	-
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>296</b>	<b>100</b>		

**Tableau IV :** Répartition des cas et des témoins selon le bilan prénatal

Bilan prénatal	Cas	Témoins
----------------	-----	---------

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako/ Etude Cas/Témoins

	n	%	n	%
Oui	71	41,8	236	69,4
Non	99	58,2	104	30,6
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

$p=10^{-7}$  OR=0,32 [0,21-0,47]

69,4% des témoins avaient effectué un bilan prénatal contre 41,8% chez les cas, Il existait une différence statistiquement significative.

**Tableau V** : Répartition des cas et des témoins selon l'échographie effectuée

Echographie effectuée	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	26	15,3	149	43,8
Non	144	84,7	191	56,2
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

$p=10^{-7}$  OR=0,32 [0,21-0,47]

L'échographie était faite chez 15,3% des cas contre 43,8% des témoins, Il existait une différence statistiquement significative.

**Tableau VI**: Répartition des cas et des témoins selon le traitement prophylactique reçu

Traitement prophylactique	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
SP	42	24,7	271	79,7	$10^{-7}$	0,08[0,05-0,13]
Fer	72	42,4	268	78,8	$10^{-7}$	0,20[0,13-0,30]

VAI	21	12,4	281	82,6	10 <sup>1</sup>	0,03[0,02-0,05]
-----	----	------	-----	------	-----------------	-----------------

Tous les traitements prophylactiques étaient statistiquement significatifs en faveur des témoins par rapport aux cas sauf le fer.

### Examen à l'admission

**Tableau VII:** Répartition des cas et des témoins selon la pression artérielle à l'admission

Pression artérielle (mm Hg)	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
<140/90	164	96,5	331	97,3	p=0,578	0,74[0,23-2,58]
>=140/90	6	3,5	9	2,7	p=0,367	1,33[0,86-2,05]
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>		

La pression artérielle était normale dans les deux groupes sans différence statistiquement significative.

**Tableau VIII :** Répartition des cas et des témoins selon la température

Température (°C)	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
≤37,5	158	92,9	335	98,5
>37,5	12	7,1	5	1,5
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**p=0,000091 OR=0,20 [0,05-0,61]**

la température corporelle était plus élevée chez les cas par rapport aux témoins. Il existait une différence statistiquement significative.

**Tableau IX:** Répartition des cas et des témoins selon l'état général

Etat général	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Bon	156	91,8	335	98,5
Passable	14	8,2	5	1,5
	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**p=0,00014 OR=0,17 [0,05-0,50]**

un état général passable était plus fréquent chez les cas par rapport aux témoins, la différence était statistiquement significative entre les deux groupes.

#### d- Conditions de l'accouchement

**Tableau X:** Répartition des cas selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
Domicile	151	88,8
En cours de route	19	11,2
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

Nous avons colligé 88,8% des accouchement a domicile et 11,2% en cours de route

**Tableau XI:** Répartition des cas selon la qualification de l'accoucheur

Qualification de l'accoucheur	Effectif	Pourcentage (%)
Sans aucune aide	114	67
Parents	51	30
Voisines	5	3
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

67%des femmes cas ont accouchées sans aucune aide, 30% par les parents et 3% par les voisines

**Tableau XII:** Répartition des cas selon l'auteur de la section du cordon

Auteur de section du cordon	Effectif	Pourcentage (%)
Elle-même	22	12,9



Parent	48	28,2
Centre	100	58,9
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

Dans 58,9% des cas la section du cordon a eu lieu au centre et 41,1% à domicile par les parents et elle-même en utilisant des lames commerciales neuves a main nue

**Tableau XIII:** Répartition des cas selon le lieu de la délivrance

Lieu de la délivrance	Effectif	Pourcentage (%)
A domicile	46	27,1
Au centre	124	72,9
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

**Tableau XIV:** Répartition des cas en fonction du type de la délivrance

Type de la délivrance	Effectif	Pourcentage (%)
Spontanée	46	27,1
Artificielle	15	8,8
Active	109	64,1
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

**Tableau XV:** Répartition des cas selon l'état du placenta et des membranes

Placenta/membranes	Effectif	Pourcentage (%)
Complet	156	91,8
Incomplet	6	3,5
Non vu	8	4,7
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

**Dans 91,8% des cas, le placenta et les membranes étaient au complet.**

### e- Les suites de couches immédiates

**Tableau XVI:** Répartition des cas et des témoins selon les suites de couches immédiates

Suites de couches immédiates	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Simple	123	72,4	331	97,3
Complicées	47	27,6	9	2,7
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**$p=10^{-7}$  OR=0,07 [0,03-0,15]**

Les suites étaient simples dans 72,4% dans la série des cas contre 97,3% dans la série des témoins.

### **f- Les complications maternelles**

**Tableau XVII :** Répartition des cas et des témoins selon la survenue des complications maternelles

Complications maternelles	Cas N=170		Témoins N=340		P	OR-IC
	n	%	n	%		
Rétention placentaire totale	5	2,9	0	0	$p=0,0039$	-
Rétention placentaire partielle	8	4,7	2	0,6	$p=0,0031$	8,35[1,63-81,20]
Déchirure périnéale simple	26	15,3	5	1,5	$p=10^{-7}$	12,10[4,43-49,94]
HTA du post partum	6	3,5	9	2,7	$P=0367$	1,33[0,86-2,05]
Déchirure du col	1	0,6	0	0	-	
Déchirure du vagin	1	0,6	0	0	-	
Hémorragie de la délivrance	6	3,5	2	0,6	$p=0,018$	6,18[1,09-63,05]
Anémie	21	12,4	4	1,2	$p=10^{-7}$	11,84[3,88-48,02]

**Tableau XVIII:** Répartition des cas et des témoins selon l'hospitalisation

Hospitalisation	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	7	4,1	3	0,9
Non	163	95,9	337	99,1
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

$p=0,018$  OR=4,82 [1,08-29,18]

Les cas hospitalisés étaient de 4,1% et 0,9% chez les témoins.

**- Causes d'hospitalisations :**

L'anémie clinique représentait la première cause d'hospitalisation avec un taux de 12,4 % pour les cas contre 1,2 % pour les témoins.

Une femme soit 0,6% de la série des cas a subi une transfusion sanguine de sang iso-groupe isorhésus.

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

Révision utérine	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	124	72,9	26	7,6
Non	46	27,1	325	92,4
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

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

72,9% des femmes de la série des cas contre 7,6% pour les témoins ont bénéficiées d'une révision utérine

## **g-Raisons des accouchements hors maternité évoquées par les patients**

**Tableau XX** : Répartition des cas selon les raisons d'accouchement hors maternité

Raisons d'accouchement hors maternité	Effectif	Pourcentage (%)
Surprise par le travail d'accouchement	66	39
Manque de moyens financiers et de transport	30	17,6
Peur d'une éventuelle césarienne	26	15,3
Négligence et ignorance	20	11,8
Accouchement à domicile habituel	13	7,6
Absence de mari ou des parents	11	6,5
But abortif ou infanticide	2	1,1
Refus de venir à l'hôpital	2	1,1
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

La surprise par le travail d'accouchement 41,1%

Le manque de moyens financiers et de transport 23,5%

La négligence et l'ignorance 14,1% étaient les principales raisons d'accouchement hors maternité.

**Tableau XXI** : Répartition des cas et des témoins selon le sentiment après l'accouchement hors maternité

Sentiment après accouchement hors maternité	Effectif	Pourcentage (%)	Témoins	
			n	%
Regret	120	70,6	17	4,9
Déception	4	2,4	35	10
Indifférence	20	11,8	297	85,1
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>349</b>	<b>100</b>

Le regret après l'accouchement était de 70,6% chez les cas et 11,8% étaient indifférents chez les témoins.

**Tableau XXII** : Répartition des cas selon la connaissance des inconvénients de l'accouchement non assisté

Connaissance des inconvénients de l'accouchement non assisté	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	24	14,1
Non	146	85,9
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

A la question de savoir si l'accouchement à domicile avait des inconvénients :

14,1% des femmes de la série des cas ont répondu oui et  
85,9% ont répondu non

**Tableau XXIII** : Répartition des cas et des témoins selon la connaissance des risques encourus par la patiente

Connaissance du	Cas	Témoins
-----------------	-----	---------

Accouchements non assistés dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du  
District de Bamako/ Etude Cas/Témoins

<b>risque encouru par la patiente</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p</b>	<b>OR –IC</b>
Décès maternel	3	1,8	160	47,1	p=10 <sup>-7</sup>	0,02 [0,00-0,06]
Hémorragie de la délivrance	6	3,5	62	18,2	p=0,50	0,16 [0,06-0,39]
FVV	3	1,8	26	7,6	p=0,006	0,22 [0,00-0,72]
Décès du nouveau-né	4	2,4	51	15	p=0,401	0,14 [0,04-0,38]
Ne connaît aucun risque	154	90,5	41	12,1	p=10 <sup>-7</sup>	70,19 [36,9-136,9]
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>		

Les risques encourus les plus cités sont : l'hémorragie de la délivrance : 3,5%  
décès du nouveau né : 2,4%  
décès maternel : 1,8% et FVV : 1.8%  
cependant 90,5% de la série des cas ne connaissaient aucun risque lié à l'accouchement à domicile

**Tableau XXIV:** Répartition des cas et des témoins selon le globe de sécurité

<b>Globe de sécurité</b>	<b>Cas</b>		<b>Témoins</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Oui	144	84,7	315	95,6
Non	26	15,3	25	4,4
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**p=0,0068 OR=0,46 [0,25-0,85]**

Dans la série des cas 84,7% avaient un globe de sécurité mal formé contre 95,6%chez les témoins

**Tableau XXV** : Répartition des cas et des témoins selon la transfusion sanguine

Transfusion sanguine	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	1	0,6	0	0
Non	168	99,4	340	100
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**p=0,332**

Il n'existe pas de différence statistiquement significative sur le plan transfusionnel.

**Tableau XXVI** : Répartition des cas et des témoins selon la réfection des parties molles.

Réfection parties Molles	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	29	17,1	10	2,9
Non	141	82,9	330	97,1
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**p=10<sup>-7</sup>**

**OR=6,79 [3,10-15,98]**



**Tableau XXVII:** Répartition des cas et des témoins selon l'état de la mère

Etat de la mère	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Vivant	169	99,4	340	100
Décédé	1	0,6	0	0
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**p=0,333 OR=0,00 [0,00-19,50 5**

Le pronostic maternel était de 1 décès(constaté a l'arrivée soit 0,6 % et aucun cas de décès chez les témoins (0%)

### Examen du nouveau-né

**Tableau XXVIII:** Répartition des cas et des témoins selon le nombre d'enfant

Nombre d'enfant	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
1	167	98,2	331	97,4
2	3	1,8	9	2,6
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**p=0,758 OR=1,51 [0,37-8,80]**

La différence est statistiquement significative

## **h-Le pronostic foetal**

**Tableau XXIX:** Répartition des cas et des témoins selon l'état du nouveau-né

Etat du nouveau-né	Cas		Témoins		p	OR -IC
	n	%	n	%		
Vivant	160	92,5	342	98	p=0,002	0,25[0,08-0,70]
Mort-né	10	5,8	6	1,7	p=0,011	3,5[1,13-11,92]
Décédé	3	1,7	1	0,3	p=0,108	6,14[0,49-323,3]
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100</b>	<b>349</b>	<b>100</b>	-	-

1,7 % de décès du nouveau-né dans la série des cas après leur admission des suites de souffrance néonatale contre 0,3% pour les témoins.

**Tableau XXX :** Répartition des cas et des témoins selon le poids de naissance.

Poids de naissance	Cas		Témoins		p	OR-IC
	n	%	n	%		
<2500	23	13,3	15	4,3	p=0,301	3,41[1,65-7,23]
2500-4000	147	85	328	94	p=0,307	0,36[0,19-0,69]
> 4000	3	1,7	6	1,7	p=0,61	1,01[0,16-4,79]
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100</b>	<b>349</b>	<b>100</b>	-	-

13,3% dans la série des cas avaient un petit poids de naissance contre 4,3% pour les témoins.

**Tableau XXXI** : Répartition des cas et des témoins selon le sexe des nouveau-nés

Sexe	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Masculin	80	46,2	164	47
Féminin	93	53,8	185	53
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100</b>	<b>349</b>	<b>100</b>

**p=0,87 OR=0,97 [0,66-1,42]**

Il n'existait pas une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

**Tableau XXXII** : Répartition des cas et des témoins selon la réanimation des nouveau-nés

Nouveau-né réanimé	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	19	11	8	2,3
Non	154	89	341	97,7
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100</b>	<b>349</b>	<b>100</b>

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

**11% des nouveau-nés ont été réanimé dans la série des cas contre 2,3%chez les témoins**

**Tableau XXXIII:** Répartition des cas et des témoins selon la référence des nouveau-nés

Nouveau-né référé	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	21	12,1	17	4,9
Non	152	87,9	332	95,1
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100</b>	<b>349</b>	<b>100</b>

**p=0,0026 OR=2,70 [1,33-5,61]**

12,1% ont été référés dans la série des cas contre 4,9% chez les témoins.

## V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1- Fréquence :

La fréquence des accouchements non assistés dans le centre de santé de référence de la commune II était de **5,1%** (170/3365 des accouchements pendant la période d'étude)

Notre taux était plus élevé que ceux retrouvés par Ouologuem AD [39] : Diarra N [15], Keita A [23] Michel. S [34], Beeram [5] aux USA avec respectivement 3,8% ; 4,02% ; 3,01% ; 2,8% ; 1,8%. Cependant, notre taux était nettement inférieur à celui de Wiegrs [44], en Hollande qui trouve une fréquence de 31%. Ce taux s'explique par la promotion de l'AAD assisté et médicalisé avec possibilité de transfert dans un centre de santé spécialisé.

### 2- Caractéristiques sociodémographiques des accouchés :

### **a- Age :**

Dans notre série l'âge moyen était de  $24,8 \pm 6,2$  ans dans les deux groupes avec des extrêmes de 15 ans et 48 ans.

Ouologuem AD [39] avait trouvé un age moyen de 25,2 ans chez les cas ; Diarra. N [12], Michel. S [34], Hirsch [21], Prudhomme [40] et Touré B. et coll [43] avait trouvé respectivement un âge moyen de 27,4 ans, 25 ans, 26,1 ans, 26,15 ans et 24 ans.

Il apparaît que la femme âgée de moins de 25 ans serait la plus exposée aux accouchements non assistés selon la plupart des auteurs [5, 6, 15, 42]

### **b- Niveau d'instruction :**

Le taux des non scolarisées chez les cas était de 81,2% contre 57,6% chez les témoins, la différence était statistiquement significative ( $p=0,0000001$  OR=3,17 [2,01-5,09] notre taux était supérieur à celui de Ouolonguem AD [39] qui avait trouvé un taux de 66,4% de femmes non scolarisées parmi les cas et 58,4 % pour les témoins, de Diarra. N [15] avec 55,8% et par Hirsch [21] avec 52,5%.

Notre taux était comparable à celui de Traoré Y et coll [44] qui avaient trouvé 62,9% d'analphabète chez les cas, contre 18,9% chez les témoins ( $p<10^{-6}$ ) et à celui de Touré. B et coll [43] qui avaient trouvé 79,76% d'analphabètes.

Ainsi le risque d'accouchement non assisté lié à l'absence d'instruction scolaire était de 3 dans notre série ; contre 7 chez Traoré Y et coll [44] ; 2 chez Ouologuem [39] ; 5 dans la série de Touré. B et coll [43] et 5 dans la série de Bolam [7] au Népal

### **c- Profession de la femme et du mari :**

Dans notre série les aides ménagères et les ménagères étaient significativement retrouvés chez les cas soit respectivement : 78,8%

pour les cas et 70% pour les témoins ( $p=0,034$  :  $OR=1,60$  [1,01-2,54] et 12,9% pour les cas contre 11,5% pour les témoins ( $p=0,629$   $OR=0,87$  [0,48-1,60]. Cette tendance a été notée dans les séries de Talibo A [42], Maguiraga M [29], Traoré Y [44] au Mali.

Les maris cultivateurs dominaient dans les deux groupes avec 32,9% chez les cas contre 28,2% pour les témoins, sans différence statistiquement significative ( $p=0,27$   $OR=1,25$  [0,82-1,89]. Le taux d'accouchement assisté était statistiquement plus élevé chez les femmes fonctionnaires dans le groupe des témoins 5,3% pour les cas contre 21,3% pour les témoins ( $p=0,000003$   $OR=0,21$  [0,09-0,43].

Dans notre série, nous avons trouvé 2,9% de gardiens chez les cas et 0,6% pour les témoins, donc le risque d'exposition était plus élevé dans le groupe socioprofessionnel ( $p=0,044$   $OR=5,12$  [0,82-54-13].

Ceci peut s'expliquer par la situation socio-économique précaire de cette couche socioprofessionnelle, justifiant probablement le choix d'un accouchement à domicile, le retard à la prise de décision de se rendre à la maternité en temps opportun.

Cette réflexion nous rapproche des constatations de Ouologuem AD [39] et Lavaud et al [27] qui avaient rapporté dans leur série que les conditions socio-économiques défavorables influencent le lieu d'accouchement.

### **3- Antécédents :**

#### **a- Parité :**

Les primipares avaient fait plus d'accouchements non assistés 44,7% chez les cas contre témoins 32,1%, une différence statistiquement significative a été retrouvée ( $p=0,0051$   $OR=1,76$  [1,15-2,54].

Notre taux était comparable à celui de Ouologuem AD [39] qui trouve 52,2% des cas 37,2% pour les témoins.

Notre taux était supérieur à celui de Diarra. N [15] avec 32,42%, mais inférieur à celui de Akpadza J. K [2] à Lomé qui trouve un taux de 58,9%.

Les paucipares étaient dominantes chez les témoins 35% contre 18,8% pour les cas ( $p=0,0001$  OR=0,43[0,27-0,68]) dans notre série.

Les multipares représentent 25,9% des accouchements non assistés dans notre série. Le fait que les multipares accouchent à domicile peut s'expliquer par la durée du travail d'accouchement trop rapide et également par la notion «d'expérience acquise » lors des accouchements précédents [42].

#### **b- Antécédent d'accouchement à domicile :**

Dans notre série 10,6% des patientes avaient un antécédent d'accouchement à domicile chez les cas contre 2,6% chez les témoins. Le risque était 4 fois plus élevé ( $p=0,00015$  OR=4,3 [1,80-11,24]).

Ouologuem AD [39] a trouvé 30,1% des femmes de sa série des cas et 8% femmes témoins qui avaient un antécédent d'accouchement à domicile. Ce taux est conforme aux données rapportées par la littérature [22, 39]

#### **c- Antécédent de mort-né :**

Nous avons trouvé dans notre série 5,3% de cas de mort-nés chez les cas contre 2,1% chez les témoins. Il existe une différence statistiquement significative par rapport aux témoins ( $p=0,048$  OR=2,66 [0,86-8,55]).

### **4- Histoire de la grossesse actuelle :**

#### **a – Consultation prénatal (CPN):**

Le mauvais suivi prénatal et la CPN non faite étaient majoritairement retrouvés chez les cas soit 82,9% contre 55,3% pour les témoins. Il

existait une différence statistiquement significative entre les deux groupes ( $p=10^{-7}$  OR=6,12 [3,86-9,72]).

Dans 82,9% des cas, les grossesses sont mal et ou non suivies. Ce résultat est conforme aux données rapportées par la littérature [5, 15]

Le mauvais suivi de la grossesse était le dénominateur commun aux femmes faisant un accouchement non assisté [39].

#### **b- Lieu du suivi prénatal :**

Dans notre série 84,3% des CPN étaient faites dans un CSCom chez les cas contre 13,2% chez les témoins ( $p=10^{-7}$  OR=0,03 [0,01-0,05], la différence était statistiquement significative. Les témoins avaient consulté dans 72,4% dans un centre de santé de référence. Ouologuem AD [39] trouve que 46% des cas, avaient effectuées des consultations prénatales dans un centre de santé de référence. Akpadza et coll. [2] relevaient dans leur série qu'environ 85% de grossesses étaient suivies dans un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

#### **c- Qualification des prestataires du suivi prénatal :**

Dans notre étude, 97% des patientes qui ont accouché sans assistance avaient été suivies par des sages femmes ou des matrones. Chez Ouologuem AD [39] dans 75% des cas, les femmes qui ont accouché sans assistance avaient été suivies par des sages femmes et ou des matrones.

Si la majorité de nos accouchées sans assistance avait pourtant fait suivre leurs grossesses, en revanche l'utilité des consultations prénatales n'est pas toujours bien perçue par la population. Aussi, les objectifs des consultations prénatales restent-ils à être clarifiés [2, 40].

### **6- Complications maternelles :**

Dans notre série les suites de couche étaient simples dans 72,7% des cas contre 97,3% chez les témoins. Les complications étaient présentes



dans 27,7% chez les cas contre 2,7%. Il existait une différence statistiquement significative de la survenue des complications entre les deux groupes  $p=10^{-7}$  OR=0,07 [0,03-0,15]

Notre taux de complications était inférieur à celui de Ouologuem AD [39] qui trouve 86,7% des accouchées non assistées avaient présenté des complications.

Les principales complications retrouvées dans les deux groupes étaient :

- la rétention placentaire totale 2,9% chez les cas contre 0% pour les témoins ( $p=0,0039$ ),

- la rétention placentaire partielle était de 4,7% chez les cas contre 0,6% pour les témoins ( $p=0,0031$  OR=8,35 [1,63-81,20].

Ouologuem AD [39] avait trouvé des taux de rétention placentaire de 2,4% des cas contre 1,8% de témoins. Ce taux était de 29% des cas chez Diarra N [15].

- la déchirure périnéale était de 15,3% des cas contre 1,5% des témoins ( $p=10^{-7}$  OR=12,10[4,43-49,94]. Il existait une différence significative et un risque élevé chez les cas.

Les lésions périnéales avaient été observées dans 17,7 % des cas contre 7,1% pour les témoins chez Ouologuem AD [39]. La différence est significative entre les 2 groupes ( $p= 0,015$ ).

- L'hémorragie de la délivrance avait été observée dans 3,5% des cas contre 0,6% des témoins. La différence était statistiquement significative avec ( $p=0,018$  et OR=6,18).

Ouologuem AD [39] avait trouvé 28,3% des cas contre 5,3% pour les témoins d'hémorragie de la délivrance avec une différence significative entre les deux groupes ( $p=7.10^{-5}$ ).

Diarra. N [15] avait trouvé 25% d'hémorragie de la délivrance et elle était de 2,78% pour Touré. B et coll. [40].

Traoré Y et coll [43] avaient trouvé la présence des complications obstétricales chez les grossesses non suivies et par rapport aux témoins avec ( $p=0,0007$  et  $OR=2,48$ ).

Alors que Olivier et coll [35] avaient trouvé respectivement 4% et 6,83% en Europe.

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

Nous avons noté un taux de 12,4% chez les cas contre 1,2% pour les témoins ( $p=10^{-7}$  et  $OR=11,84$  [3,88-48,02]). La différence était significative avec un risque plus élevé, chez les cas par rapport aux témoins.

Ouologuem AD [39] avait trouvé que 19,5% des cas étaient anémiés contre 0,9% chez les témoins. La différence était significative  $p= 2.10^{-5}$ .

La prise en charge de ces complications était effective ; ainsi l'ocytocine avait été administrée chez les patientes dans 38,8% des cas, la section du cordon ombilical dans 26,5% et une antibiothérapie dans 15,9%.

La révision utérine avait concerné 72,9% des cas contre 7,6% chez les témoins. ( $p=10^{-7}$  et  $OR=33,7$  [19,39-59,07]). Un risque élevé et une différence statistiquement significative étaient trouvés entre les deux groupes.

La réfection périnéale était de 17,1% chez les cas contre 2,9% chez les témoins. La différence était statistiquement significative entre les deux groupes ( $p10^{-7}$  et  $OR=6,79$  [3,10-15,98]). Une patiente était transfusée soit 0,6% chez les cas.

## **7- Pronostic maternel**

Dans notre série nous avons eu malheureusement un décès maternel soit 0,6% chez les cas contre 0% chez les témoins. Nous n'avons pas

trouvé de différence statistiquement significative entre les deux groupes ( $p=0,333$ ).

## **8- Pronostic foetal:**

- Nombre de nouveau-nés :

Sur l'ensemble de l'échantillon nous avons eu un effectif de 173 nouveau-nés chez les cas et 349 nouveau-nés chez les témoins, cela était dû à 3 cas d'accouchement gémellaires chez les cas et 9 cas d'accouchement gémellaires chez les témoins.

### **a- Etat des nouveau-nés**

Dans l'ensemble de notre série, les nouveau-nés étaient vivants dans les deux groupes, 92,5% pour les cas contre 98% pour les témoins. Une différence significative était trouvée chez les témoins par rapport aux cas ( $p=0,0020$  et  $OR=3,97[1,43-11,95]$ ) cela prouve qu'on a 3 fois plus de chance de sauver un fœtus quand l'accouchement est assisté.

Par contre le taux de mort-né était plus élevé chez les cas par rapport aux témoins 5,8% contre 1,7%, avec un risque trois fois plus élevé chez les cas. ( $p=0,011$  et  $OR=3,51[1,13-11,92]$ ).

Ce taux était inférieur à celui de Diarra. N [15] avec 18,65%.

Ouologuem AD [39] avait enregistré 5 mort-nés soit 4,3% pour les cas

Le petit poids de naissance (<2500 grs) était significativement retrouvé dans le groupe des cas avec un risque 3 fois élevé par rapport aux témoins ( $p=0,00019$  et  $OR=3,4[1,65-7,23]$ ). Le poids normal entre (2500 et 4000 grs) était plus retrouvé dans le groupe des témoins par rapport aux cas, avec une différence statistiquement significative ( $p=0,0007$ ).

Cette différence importante pourrait être due à l'absence d'un bon suivi prénatal.

Ouologuem AD [39] avait trouvé 27,8 % de nouveau-nés de petit poids de naissance chez les cas contre 10,5 % chez les témoins. Il avait trouvé le même risque qui était 3 fois plus élevé dans le groupe des cas.

10,9% contre 7,1% pour les témoins avaient été référés en service de néonatalogie de l'hôpital Gabriel Touré (HGT).

Dans notre série, 11% des nouveau-nés chez les cas avaient bénéficié d'une réanimation contre 2,3% chez les témoins, ( $p=0,00002$  et  $OR=5,26[2,13-14,15]$ ). Le risque était 5 fois plus élevé dans le groupe des cas.

Ouologuem AD [39] avait trouvé 13,6% des nouveau-nés de la série des cas avec un risque élevé 8 fois en cas d'accouchement non assisté.

## **9- Raisons des accouchements hors maternité évoquées par les patientes :**

Parmi les raisons pour justifier l'accouchement non assisté, les patientes avaient évoqué :

- la surprise par le travail d'accouchement dans 41,8% des cas ;
- le manque de moyens financiers et de transport dans 23,5% ;
- la négligence et l'ignorance dans 14,1% ;
- l'accouchement à domicile habituel dans 7,6% des cas ;
- l'absence des parents ou du mari dans 6,5%
- à but abortif ou infanticide dans 4,1% ;
- et le refus de venir à l'hôpital dans 2,4% ;

Par contre **Touré. B et coll. [43]** au Burkina Faso ont noté, dans 59,22 % des cas un travail d'accouchement rapide.

La surprise par le travail d'accouchement avait été évoquée dans 24,8 % des cas contre 56,1% dans la série d' **AKPADZA J. K [2]**. À Lomé

L'absence du mari ou d'accompagnant avait été retrouvée dans 10,6% des cas contre 5,4% notés par **Touré. B et coll. [43]**.

## CONCLUSION

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

La fréquence des accouchements non assistés est évaluée à 5,1% dans notre série ;

L'âge moyen des cas était de 24,8 ans  $\pm$  6,2 ans dans les deux groupes avec des extrêmes de 15 ans et 48 ans;

Les primipares ont eu plus de cas d'accouchement non assisté 44,7% par rapport aux témoins 32,1%

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

**Nous avons enregistré un cas de décès maternel (constaté à l'arrivé) dans notre série.**

La principale raison évoquée pour expliquer l'accouchement non assisté était l'intention d'arriver à dilatation complète dans 39% des cas.

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

Les facteurs de risque identifiés ont été la primiparité, l'absence d'instruction scolaire, le manque de suivi prénatal, l'absence de profession qualifiée et l'antécédent d'AAD.

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

En effet la stratégie actuelle de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale préconisée par les Agences des Nations Unies est basée sur l'assistance qualifiée à l'accouchement [42]

## **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.
- Mettre un accent particulier sur la préparation du plan d'accouchement ;
- Renforcer la collaboration entre différents acteurs y compris les socio-anthropologues ;
- Donner des informations précieuses sur les signes qui nécessitent une consultation urgente ;

### **\*Aux Gestantes :**

- Respecter les recommandations faites par les prestataires de santé ;
- Pratiquer des 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 moeurs 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 :**

- Renforcer les programmes et assurer la formation continue de personnel chargé de la prise en charge des gestantes ;
- Fournir des matériels adéquats pour des CPN de qualité
- Procéder à une supervision régulière 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.
-



## REFERENCES

### **1- ANONYME.**

Annuaire SRIS 2003, Ministère de la santé. Direction Nationale de la santé, Bamako, Juillet 2004.

### **2-AKPADZA J.K, BAETA S, A AMADOU A, ANKOU A.**

Accouchement sans surveillance medico-obstétricale dans la commune de LOME journal de la SAGO. 2004. vol.5, n°1 P . 9 – 14

### **3-BEATA S, AKPADZA K, HODONOU A, KOTOR KS, K, IDDER- ABDOULAYE Z.**

Les facteurs socioculturels : facteurs de risque de mortalité à partir de 308cas de mort foetal. Publications médicales africaines, 1992 ; 120 : 10-17 ;

### **4- BARBIER ML, SANCHEZ P., CORTESI C.**

Naissance inopinée à domicile en île – de France ; Rev. SAMU, 1990 ; 2 : 696 -74 ;

### **5- BEERAM M. ; SOLARIN K YOUNG M.; ABEDIN M.**

Morbidity and mortality of infants born before arrival at the hospital. Clin.pediatr. (phila), 1991; 34:13 – 6

### **6-BHOOPLAM P.S., WTKINSON M.**

Born before arrival at the hospital, Br. J Obstet. Gynecol. 1991; 98 ;57-64.

### **7-BOLAM A., MANADHAR D. S SHRESTHA P.,ELIS M.,MALLA K.,**

### **COSTELLO A. M .**

Factors affecting home delivery in the Kathmandu valley . Nepal Health Poliey Plan 1998; 13: 152- 8.

### **8- CAMPBELL R.ET MACFARLANE.**

Le lieu d'accouchement : étude critique de la Littérature. Br. J Obstet Gynécol. 1986 ; 93(7) ;675-63.

**9. CHABERNAUD J.-L. ; LEYRONNAS D. ; ANDRE P. ; DEHAN M. ; PASTEYER J.**

Accouchement à domicile : prise en charge. Médecine d'urgence Paris 2000 ;22(4) :110-4 .

**10. CONABLKE B.B.**

La maternité sans risque. Forum mondial de la santé OMS Genève 1986 ;(2) : 164-70.

**11. COULIBALY. P.M :**

Contribution de la mortalité maternelle au Mali .Thèse de Médecine à Bamako 1988 n°6.

**12. COULIBALY PAPA.M :**

Contribution à l'étude de la mortalité périnatale au Mali ;Thèse de médecine 1986M n°6.

**13. DAMSTRA-WIJMANGA S.M.**

Les accouchements à domicile : les résultats positifs en Hollande.J R Coll.Gen. Prat 1984 ; 34(2665) ; 425-30.

**14. DAVIS-FLOYD R. E.**

Birth as an American rite passage 1995.Berkeley :University of California press.

**15. DIARRA N.;**

Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de728 cas .Thèse de Médecine à Bamako 2001 n°48.

**16. ENQUETTE DEMOGRAPHIQUE ET SANTE AU MALI EDS-MII 1995-1996.**

**17. ENQUETTE DEMOGRAPHIQUE ET SANTE AU MALI EDS –MIII 2001.**

**18. ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET SANTE AU MALI EDS  
\_MIV 2006**

**19. ESIMAI OA , OJ O OS, FASSUBAA OB.;**

Utilisation of approved health facilities for delivery in Ile –if , Osun state,  
Nigeria.

Nigeria journal Med .2002;Oct-Dec : 177-9.

**20. ESKESTK .**

Les accouchements à domicile aux Pays Bas – Mortalité et morbidité  
périnatale. Int .J Gynaecol Obstetric 1992; 38(3) : 169-9 .

**21- GROUPE INTER ORGANISATIONS SUR LA MATERNITE SANS  
RISQUE.**

Conférence internationale sur la maternité sans risque intitulé « Sauver  
des vies : l'assistance qualifiée à l'accouchement. » Tunis, 13- 15  
novembre 2000.

**22. HABSATOU T.**

Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain . Thèse  
médecine FMPOS Bamako 2000. M-62.

**23 .HANGUIE (MAKANSIRE) :**

Accouchement traditionnel Thèse médecine. Bamako, 1986 no :2

**24. KEITA A :**

Les accouchements à domicile pronostic maternofoetal centre de santé  
de référence de Bamako commune V de Bamako Thèse de médecine  
Bamako 2006-49P 214.(06 M 214)

**25.- LANKOANDE J., BONANE B., OUEDRAOGO A.,  
OUEDRAOGO C.M.R., KNE**

Les accouchements a domicile a la maternité du CHNYON de  
OUAGADOUGOU : A propos de156 cas colliges en quatre ans.  
BURKINA MEDICAL : 45-6 année de thèse 2007

**26-LANSAC. M ET COLL :**

Pratique d accouchement ; 5<sup>e</sup> édition Masson Paris 233

**27.- LAVAUD J., ALLUCHON F . ANDRE. P.**

Rôle de l'aide médicalisée en milieu urbain .Rev .SAMU.1981 ; 4 :391-5.d

**28- LEGENDE :**

Ministère du plan. Diagnostic du district de Bamako, avant projet, Bamako, 1988.

**29- MAGUIRAGA M.**

Etude de la mortalité maternelle au MALI : Causes et facteurs de risques au CSREF CV du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2000. M-110.

**30- MAN MANGAY – MAGLACAS. A :**

Accouchent traditionnel Genève DMS 1983 232 p-22cm.

**31- MARC GAMERE ET COLL :**

Préparation maternelle de l'accouchement OBST. EMC 5017 D 10 Page5.

**32- MA LAM.**

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

Thèse de médecine .NIAMEY 1995.N°18.

**33-MERGER.R ET COLL.**

Précis d'accouchement. 5<sup>e</sup> édition. , MASSON ; Paris 1989

**34-MICHEL. S.**

Etude sur les accouchements non assistés au service de gynéco obstétrique à HGT ; Thèse de médecine, BAMAKO, 2005. ; 96 pn°56

**35-OLIVIER S. ; GUIDECCELLI B., GAMERRE M.**

L'accouchement à domicile. Réanimation. Soins intensifs. Med. Urg  
1994 ; 4 : 207-12.

**36-OMS Genève 1993.**

Accouchements traditionnels. Déclaration conjointe OMS  
/FNUAP/UNICEF.

**37-OMS. « Maternal health around the world » 2007**

**38- OMS HART. TRIMO, Genève 1991**

L'intégration des services de santé maternelle et infantile dans les soins  
de santé primaire 101.

**39- OUOLOGUEM ALY DAOUDA.**

Accouchements non assistés dans le centre de santé de référence de la  
commune 1. Thèse de médecine, BAMAKO ,2005-2006.

**40- PRUDHOMME M., BARBIER M. L., FLEURY M.**

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

**41- ROCHAT C., ALVADO G.**

A propos des accouchements à domicile. Rev. Ped 1988 ; 4 : 241 -52

**42- TALIBO A.**

Contribution à la consultation prénatale pour l'identification et la  
prévention des facteurs de morbidités maternelles évitables dans les  
centres de santé du District de BAMAKO. Thèse de médecine 1998. M-  
29.

**43- TOURE. B, DAO B, NACRO B, SANKARA N, B. KONE.**

Accouchement à domicile: aspects épidémiologiques et cliniques en  
milieu urbain au BURKINA FASO. Journal de la SAGO, 2004, vol.5,  
n°1,p. 36-41.

**44- TRAORE Y, TEGUETE I, THERA AT, MULBAH JK, MOUNKORO N, DIARRA I, DIABATE FS, TRAORE M, DIAKITE S, DOLO A.**

Aspects socio-démographiques et pronostic des grossesses non suivies chez les patientes admises dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Mali Médical, 2007.

**45- TYSON H.**

Résultat de 1001 accouchements à domicile assistés par des sages femmes à Toronto, de 1983 à 1988 Birth 1991 ; 18(1) : 14 – 19

**46-wiegers.TA,J.Van Der Zee, J.J. Kerssens and M.J.N.C. KEIRSE.**

Home birth or Short Stay hospital birth in low population in the Netherlands Soc. Sci med 1998 45(11) 1505-1511.

## FICHE D'ENQUETE : ACOUCHEMENT NON ASSISTE

### I-IDENTIFICATION DE LA FEMME :

N°Dossier/\_\_\_\_\_ /

Entrée : Date :

Heure :

Q1-Nom et Prénom : / \_\_\_\_\_ /

Q2-Age (en année) / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Q3-Provenance : / \_\_\_\_\_ /

Q4-Distance (en Km)/ \_\_\_\_\_ /

Q5-Route/ \_\_\_\_\_ /1=butinée

2=latérite

3=Piste

Q6-Ethnie: / \_\_\_\_\_ / (1=bambara, 2=malinké, 3= peul, 4= senoufo, 5=  
Dogon, 6= Sounrhai, 7= bobo, 8= Célibataire,

Q7-Etat matrimonial : \_\_\_\_\_ (1=Mariée 2= Célibataire 3=Veuve 4=  
Divorcée 5= Union libre

Q8-profession \ \_\_\_\_\_ \ : 1=Ménagère 2= Fonctionnaire privée 3=

Fonctionnaire d'état 4= Commerçant 5= Vendeuse ambulante

6=étalagiste, 7= Elève\ Etudiante, 8= Autres .....

Q9- Niveau d'instruction : / \_\_\_\_\_ / (1 : Aucun 2 : Primaire 3 : Secondaire

4 : Supérieur 5 : Alphabétisée en langue nationale 6 : Alphabétisée en

coran 7 : Autres.....)

Q10- Antécédents obstétricaux : / \_\_\_\_\_ /

1= Gestité \ \_\_\_\_\_ \

2= Parité : \ \_\_\_\_\_ \

3= Enfant vivant : \ \_\_\_\_\_ \

4= Avortement : \ \_\_\_\_\_ \

5= Accouchement antérieur hors maternité:\ \_\_\_\_\_ \ a= Oui

B=Non

6= Intervalle intergenegique : \ \_\_\_\_\_ \

7= Mort nés : \ \_\_\_\_\_ \

Q11- Antécédent Chirurgicaux : (1= Utérus Cicatriciel.

2= laparotomie, 3 cure de prolapsus, 4= autres.....)

Q12- Profession du procréateur : \ \_\_\_\_\_ \ (1= Cultivateur, 2 Chauffeur,

3= Fonctionnaire d'état 4= Fonctionnaire Privé 5= Commerçant 6=



Elève 7= Etudiant 8= Chômeur 9= Mécanicien 10= Gardien 11= Ouvrier  
12= Autres à préciser.....)

Q13-Motif d'admission : \\_\_\_\ 1= désir personnel, 2= survenue d'une complication, 3= nécessité d'obtenir l'acte de naissance 4= Obliger par les parents ou proches.

Q14- Adressé par : \\_\_\_\ :1 = famille, 2= voisins du quartier, 3= police, 4= gendarmerie, 5= venue d'elle même

## II- HISTORIQUE DE LA GROSSESSE

Q15-Consultation prénatale \\_\_\_\ 1= Oui 2 Non

a) Nombre : \_\_\_\_\_

b- Auteur \\_\_\_\ 1= Sage femme, Médecin, 3= Matrone 4= Aide soignante, Stagiaire école infirmière.

c- Lieu \\_\_\_\ 1= CSCOM, 2=CSRF, 3= HOPITAUX. 4= Clinique privée.

d- Bilan prénatal \\_\_\_\ 1= Oui 2= Non

e- Echographie \\_\_\_\ 1= Oui 2= Non

- Nombre :

f- Prophylaxie : SP\\_\_\_\ Chloroquine\\_\_\_\

g- Supplémentions en fer\\_\_\_\ 1=Oui 2= Non

h-VAT/\_\_\_\_\_/



2= Structure de santé

Q23- Placenta et membranes \\_\_\_\_\ 1=Complet

2= Incomplet

3= Non vu

Q24-Mode d'accouchement \\_\_\_\_\

1= Voix basse \\_\_\_\_\

2= Forceps \\_\_\_\_\

3= Césarienne \\_\_\_\_\

Q25- TYPE D'ACCOUCHEMENT \\_\_\_\_\

1= Eutocique

2=Dystocique

#### IV- EVOLUTION DE L ETAT GENERAL DE LAMERE :

Q26- Suites simple : \\_\_\_\_\_ \ 1= Oui 2= Non

Si non cause.....

Q27- Rétention placentaire : \\_\_\_\_\_ \ 1= Oui 2= Non

\*Si oui 1a=totale 1b= partielle

Q28- Périnée\\_\_\_\_\ 1-Intact

2- Déchirure périnéale : 2a = Simple 2b= complète 2c=compliqué

Q29- Autres lésions des parties /\_\_\_\_/ (1=Col, 2= vagin, 3= vésicale ,4=  
urétrale, 5=Fvv, 6=Frv)

Q30- Hémorragie de la délivrance /\_\_\_\_/ 1 =Oui 2 = Non

Si oui quantité : ml

Q31- Traitement et soins /\_\_\_\_/

- Hospitalisation /\_\_\_\_/ 1 = Oui 2 = Non

Si Oui cause :

Q32-Révision utérine : / \_\_\_ / 1 = Oui, 2 = Non

Si Oui résultat : 1a = cavité utérine régulière,

1b= solution de continuité,

1c= lésion vésicale

Q33- Surveillance après l'accouchement/\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

-TA : / \_\_\_ / \_\_\_ /

-Globe de sécurité : / \_\_\_ / 1= Oui 2= Non

Q34- Transfusion sanguine : / \_\_\_ / 1= Oui 2= Non

Q35-Réfection périnéale, du col, du vagin : / \_\_\_ / 1=Oui 2= Non

Q36- Autres traitements : à précisé : /...../

Q37- Résultat de la mère : 1=vivante

2= Référée:/ \_\_\_/ Lieu:/ \_\_\_/

Cause:/ \_\_\_

3= Décédée : / \_\_\_/ Lieu:/ \_\_\_/

Cause : / \_\_\_/

## V- EXAMEN DU NOUVEAU – NE

Q38- Nombre d'enfant : / \_\_\_\_ /

Q39- Etat du nouveau-né J1 / \_\_\_\_ / J2 / \_\_\_\_ / N1= normal,  
N2= anormal

Q40- Score D'APGAR à l'arrivée : J1 / \_\_\_\_ / 1= 0-6  
2= 7-10

J2 / \_\_\_\_ /

Q41- Poids (en gramme) J1 / \_\_\_\_\_ / g

J2 / \_\_\_\_\_ /g

Q42- Taille (en centimètre) J1 / \_\_\_\_\_ /cm

J2 / \_\_\_\_\_ / cm

Q43- Sexe J1 / \_\_\_\_ / 1= M 2 =F

J2 / \_\_\_\_ /

Q44- Réanimation : / \_\_\_\_ / 1= Oui 2= Non

Si cause.....

Q45- Malformations / \_\_\_\_ / 1= Oui 2= Non

Q46- Autres lésion / \_\_\_\_ / : 1=traumatisme, 2=fracture, 3=bosse séro-  
sanguine, 4=Ecchymoses, 5=aucune

Q47-résultat du nouveau-né J1/ \_\_\_\_ / J2/ \_\_\_\_ /

1=Vivant : / \_\_\_\_\_ /

2=Mort-né : / \_\_\_\_\_ /

3=Décédé

Q48-Référé / \_\_\_ / 1= Oui 2= Non

Q49-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= Autres : / \_\_\_\_\_ / : 7a. refus de venir l'hôpital, 7b intention  
d'arrivée à dilatation cervicale complète, 7c. Peur, 7d. Grossesse non à  
terme 7e. Grossesse non à terme.

Q50-Sentiment après l'accouchement : / \_\_\_\_\_ / (1=Satisfaction, 2=  
Anxiété, 3= Regret, 4=Déception, 5=Indifférence)

Q51- Inconvénients de l'accouchement sans assistance medico-  
obstetricale : / \_\_\_\_\_ / 1= OUI

2=NON.

Q52-Risque encourus connus par la patiente / \_\_\_\_\_ /

1=Décès 2=Hémorragie 3=FVV 4=FVA etc.....

Q53- Conseil à donner / \_\_\_ / 1= message reçu

2=Sentiment favorable

Q54- Comportement du personnel / \_\_\_\_\_ / 1= favorable / \_\_\_ /

2=Défavorable/ \_\_\_\_\_ /

**Titre de la thèse :** Accouchements non assistés au centre de santé de référence de la commune II.

**Année :** 2007-2008

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS.

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

**RESUME :**

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

Au terme de cette étude rétrospective, descriptive, prospective, cas témoins 3365 accouchements ont été enregistrés sur une période de 12 mois (1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 mars 2008) dont 170 accouchements à domicile soit une fréquence de 5,1%.

Les patientes avaient un âge moyen de 24,9 ans pour les cas. Une parité moyenne de 2,4 pour les cas et 1,8 pour les témoins ; elles étaient pour la plupart des aides ménagères effectuant peu ou pas de CPN et sans niveau d'instruction scolaire pour la plus part

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

Les principales raisons évoquées pour expliquer l'AAD ont été, la surprise par le travail d'accouchement, le manque de moyens financiers respectivement dans 41,8%, 23,5 % des cas.

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

**Mots clés :** accouchement sans surveillance médico-obstétricale ;

Aspects socio-démographiques; complications ; 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.

**J**e 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.

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

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

**J**e garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

**R**espectueux 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**