

MINISTRE DE L'EDUCATION  
NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

REPUBLIQUE DU MALI  
**Un Peuple-Un But-Une Foi**



*Université des Sciences, des Techniques et des Technologie de Bamako*

**Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

Thèse N°...../

Année universitaire : 2018-2019

**THESE :**

**ACCOUCHEMENT NON ASSISTES A  
DOMICILE DANS DEUX QUARTIERS DU  
DISTRICT SANITAIRE DE LA COMMUNE II  
DE BAMAKO, MALI.**

Présentée et soutenue publiquement le 12/08/2020

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

**Mr Alhassane SIDIBE**

Pour obtenir le grade de **DOCTEUR En Médecine (Diplôme D'Etat)**

**JURY**

**Président : Pr Samba DIOP**

**Membre : Dr Cheick Abou COULIBALY**

**Codirecteur : Dr Bakary DIARRA**

**Directeur : Pr Hamadoun SANGHO**

## **DEDICACES**

### **A Mon Père, feu Labasse SIDIBE**

J'aurais voulu partager avec toi les joies de ce moment solennel de ma vie, mais le destin en a décidé autrement. Papa, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous l'humilité, le sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de l'amour et de l'endurance dans le travail. Ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir. Reçois ici tout l'amour que je n'ai pas eu le temps de te prouver. Repose en paix très cher père et que

Dieu reçoive ton âme dans son paradis éternel. AMIN

## REMERCIEMENTS

### A Ma Maman, Kadidia Touré

Douce, tendre, courageuse, dévouée et toujours bienveillante mère, tu as toujours su nous inculquer les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et du travail. Car « si la santé est le meilleur trésor, l'éducation est certainement le meilleur héritage »

Les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices et le labeur que tu as endurés pour nous. Ce travail est le fruit de tes efforts, de ton amour et de tes prières.

Ni le Larousse, ni le Robert ne me suffisent pour exprimer à sa juste valeur ce que je ressens pour toi. Trouve ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon sincère attachement. Que Dieu nous prête longue vie pour que tu puisses jouir des fruits de tes efforts.

Ma mère feu Fatoumata dite Tata Traoré

Regrettée mère, tes qualités humaines ont fait de toi un être  
Exceptionnel.

Merci pour toute la charge affective et la qualité de l'éducation que tu nous as inculquées, tout le sacrifice pour notre réussite. Dieu n'a pas voulu que nous partagions ces moments de joie avec toi. Que Le Tout puissant Allah t'accueille dans son paradis. Amen.

### A nos mamans

Que Dieu vous donne longue vie pour que vous puissiez bénéficier enfin des fruits de l'arbre que vous avez planté. Vous nous avez éduqué selon nos Coutumes : c'est-à-dire  
le respect strict du genre humain.

Dieu seul pourra vous récompenser ;

A tous mes frères et sœurs

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

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

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

Sourate 3 Verset 103

Amen ;

### **A ma sœur, feu Oumou SIDIBE**

Bien que tu ne sois plus parmi nous chère sœur, je tiens à te dire que je ne t'oublierai jamais.

Je prie le bon Dieu pour qu'il t'accueille dans son paradis. Amen !

### **A mon épouse Aïssata CISSE**

Tu étais plus pressée que moi de voir l'aboutissement de ce travail. Ton amour, ta patience, tes encouragements et tes conseils m'ont permis de tenir et de pouvoir mener à bien ce travail.

Que Dieu renforce les liens qui nous unissent. Trouve ici l'expression de ma profonde affection, et de mon attachement. Je prie Dieu pour que l'amour, la paix, l'entente, et la patience continuent à régner entre nous.

Vivement ta soutenance !

Amen !

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

### **A l'Afrique toute entière**

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils.

Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population ;

### **A mon pays natal, le Mali**

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

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

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Que je sois à la hauteur des honorables Professeurs que tu as donnés à l'humanité. Remerciements infinis à la faculté ainsi qu'à tout son personnel singulièrement le Prof Seydou Doumbia, Doyen de la faculté, Mr Sacko, Mme Alima ;

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

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

### **A mes amis**

Lamine Koné, Aliou Moussa, Georges T Dougnon, Hamadoun Doumbo, Mahamadou Lamine Traoré, Fatoumata Thiam. Tout de notre relation a été déterminant à la réalisation de ce rêve qui pris naissance sur vos pieds et dont vous avez projeté jusqu'à ce jour.

### **A Gaoussou SIDIBE et sa famille**

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

### **A mes oncles et tantes**

Tous mes sentiments sont pour vous. Je vous exhorte à vous unir davantage, Je vous dis merci pour vos conseils et vos soutiens inestimables,

Ce travail est le vôtre ;

A mes cousins et cousines

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

**A toute la famille : SIDIBE, TOURE, CISSE, DEMBELE, FOFANA, DOUGNON, DOUMBO.**

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

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

### **A tous mes amis camarades et promotionnels :**

Trouvez ici toute ma reconnaissance pour tous ces souvenirs et ces moments de bonheur vécus grâce à vous. Je vous souhaite beaucoup de réussite dans vos carrières professionnelles.

Vous êtes ancrés dans mon cœur par tant de choses partagées ensemble.

**A tout le personnel du centre de santé communautaire de Bozola (ABOSAC) et du centre mutualiste Pablo Valentin (TSF) :** Pour leur soutien inconditionnel leur amour et leur tendresse qui m'ont animé durant tout mon cycle de médecine. Permettez d'accorder une mention spéciale pour cet homme humaniste cultivé qui m'a servi et continu à le faire pour ma réussite : Dr Doumbia Mahamadou, Mr Hassane Boiré que dieu vous prête longue vie

### **A aînés docteurs.**

Dr Modibo Sidibé, Dr Jean Paul Somboro, Dr, Mamadou Doumbia, Dr Fadiougou Keita, Dr Hamidou Bagayago, Dr Sanogo Soumaila, Dr Kodio Amos, Dr Cissé Kola Dr Lorent

ESOMBA Dr Traoré Moussa, Dr Traoré Mohamed, Dr Mohamed Emil Dembélé, Dr Abdoulaye Tamega, Dr Fofana Oumar, Dr Kalossi Issa, Dr Samaké Ibrahim. Puis Dieu vous récompense pour tous vos encadrements et conseils.

### **Aux membres, amis et sympathisants des organisations.**

- Club des anciens du lycée Hamadoun Dicko
- Club Unesco du lycée Hamadoun Dicko, de la FMPOS
- Coordination nationale des clubs UNESCO.
- La FEMACAU
- Les états-majors (la grande famille RASERE)
- Amicale pour la promotion de la santé au Mali,
- Fédération internationale des étudiants en médecine.

- Fédération africaine des étudiants en médecine
- Ligue islamique des élevés, étudiant du Mali
- Coordination nationale des thésards
- La croix rouge Malienne
- L'ONG « système d'alerte précoce »
- La direction nationale de la jeune et du sport.
- Les participants des vacances citoyennes
- Réseau des jeunes, enfants pour le droit humain
- Jeune chambre international Mali
- Institut National de Formation
- L'association des jeunes de Niaréla

Merci pour votre bonne collaboration, pour votre disponibilité. Pour l'atmosphère saine d'études. Je garde de bons souvenirs de notre collaboration.

**A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et que nous n'avons pu citer.**

Merci de tout cœur.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

#### **Pr Samba DIOP**

- ❖ Professeur d'anthropologie médicale et d'éthique Santé
- ❖ Enseignant-Chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique au DER de santé publique de la FMOS
- ❖ Responsable de l'unité de recherche formatives en Sciences humaines, sociales et éthique SEROFO-VIH-SIDA/FMOS
- ❖ Membre du comité d'éthique institutionnel et nationale du Mali

C'est un honneur considérable que vous nous avez fait d'accepter de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité à nos multiples sollicitations, l'intérêt que vous portez à la recherche font de vous un professeur exemplaire.

Veillez trouver ici chère maitre, l'expression de notre profond respect et nos remerciements les plus sincères.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY****Dr Cheick Abou Coulibaly**

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

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être parmi nos jurys malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait nous ont beaucoup impressionnés.

La qualité de vos enseignements, votre connaissance large font de vous un maitre aimé et apprécié par les étudiants.

Permettez-moi cher maître de vous adresser nos sincères remerciements



## A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

### **Dr Bakary DIARRA**

- ❖ Médecin de sante publique, spécialiste en Assurance Qualité des Soins et Gestion des Services de Sante
- ❖ Maitre-Assistant en Sante Publique au DER –Sante Publique FMOS/USTTB
- ❖ Chef du Département Nutrition et Sécurité Sanitaire des Aliments de l’Institut National de Sante Publique
- ❖ Ancien Secrétaire Général du Ministère de la Sante et de l’Hygiène Publique
- ❖ Ancien Directeur General de l’Agence Nationale d’Evaluation des Hôpitaux [ANEH]
- ❖ Ancien Médecin Chef des Districts Sanitaires de Tominian et Niono, Région de Ségou
- ❖ Ancien Directeur Technique du Centre de Sante Communautaire de Seyla, District Sanitaire de Dioila, Région de Koulikoro
- ❖ Médaillé du Mérite National avec effigie Abeille

Cher Maître,

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

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR**  
**Professeur Hamadoun SANGHO**

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

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

**Nous saisissons cette occasion pour vous rendre hommage.**

## SIGLES ET ABREVIATIONS

- **TSF (Terrain sans fil)** : Quartier sans fils.
- **ASACOHI** : Association pour la Santé Communautaire de l'hippodrome
- **CPN** : Consultation Périnatale.
- **HEASAHEL** : Household Economy Approach.
- **CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.
- **CSRéf CV** : Centre de Santé de Référence de la Commune V.
- **CSRéf CIII** : Centre de Santé de Référence de la Commune III.
- **FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
- **HGT** : Hôpital Gabriel Touré.
- **HPPI** : Hémorragie du Poste Partum Immédiat.
- **IC** : Intervalle de Confiance.
- **J C** : Jésus Christ.
- **n** : nombre.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **OR** : Odds Ratio.
- **PMI** : Protection Maternelle et Infantile.
- **RDC** : République Démocratique de Congo.
- **S A** : Semaine d'aménorrhée.

**TABLE DE MATIERE**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>4</b>
<b>III.</b>	<b>GENERALITE.....</b>	<b>6</b>
<b>IV.</b>	<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>17</b>
<b>V.</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>25</b>
<b>VI.</b>	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION : .....</b>	<b>32</b>
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>39</b>
<b>VIII.</b>	<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>40</b>
<b>IX.</b>	<b>REFERENCES.....</b>	<b>42</b>
<b>X.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>45</b>

## Listes des Tableaux

Tableau I : Répartition des femmes selon le lieu d'accouchement.....	22
Tableau II : répartition des femmes selon l'âge et la résidence.....	22
Tableau III : la répartition des femmes selon les professions et la résidence. ....	23
Tableau IV : Répartition des femmes selon des statuts matrimoniaux et la résidence. ....	23
Tableau V: répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et la résidence.....	24
Tableau VI : Répartition des femmes selon le suivi prénatal et la résidence. ....	24
Tableau VII : Répartition des femmes selon la Gestité.....	25
Tableau VIII : Répartition des femmes selon la perception du coût de l'accouchement dans les 2 quartiers. ....	25
Tableau IX : Répartition des femmes selon la motivation.....	26
Tableau X : Répartition des femmes selon la survenue des complications et le lieu de résidence des femmes. ....	26

## I. INTRODUCTION :

C'est au cours des dix dernières années que la lutte contre la mortalité maternelle est passée de l'arrière-plan au-devant de la scène internationale. De plus en plus, la mortalité maternelle est considérée non seulement comme un problème de santé mais également comme une atteinte aux droits de la personne humaine. L'initiative pour une maternité sans risque s'attaque aux inégalités entre le Nord et le Sud qui rendent les femmes des pays pauvres extrêmement vulnérables à la mortalité maternelle (1).

Chaque minute une femme meurt en couches ou des complications de sa grossesse. La majorité des 529 000 décès annuels pour causes maternelles a lieu dans les pays en développement. Pour chaque femme qui meurt à l'accouchement ou des suites de sa grossesse, 30 autres souffriront toute leur vie de maladies chroniques ou invalidantes comme la fistule obstétricale (1).

Nombreuses sont les mères qui n'ont pas accès à des services de soins de santé modernes (2). On estime que 60 à 80% des femmes des pays en voie de développement continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance ou avec l'aide de personnes non qualifiées et d'ordinaire dans un environnement peu salubre (2). Cela est dû à plusieurs facteurs : (L'ignorance et surtout la pauvreté qui se caractérise par le surpeuplement, l'habitat de mauvaise qualité, le manque de l'eau potable, l'insalubrité) (2).

Nos femmes ne sont pas systématiquement informées de tous les risques liés à l'accouchement à domicile (3). Et parfois même si les complications surviennent (décès maternel, mort fœtale, hémorragie de la délivrance ou contemporaine, déchirure grave du périnée), elles les mettent sous le compte de la sorcellerie (3). Les contraintes économiques obligent certaines femmes à accoucher à domicile (4).

Selon un rapport du Fonds des Nations Unies pour la population UNFPA, Près de 39 % des femmes interrogées ont accouché à la maison avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle (5).

Le lieu d'accouchement varie de façon importante selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes, de même le niveau d'instruction et le suivi prénatal jouent un rôle prépondérant dans le choix du lieu d'accouchement (3). Tous ceux-ci contribuent à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale (7).

Au Mali selon EDSM V en 2013, les femmes du milieu rural (51 %), celles vivant dans la région de Mopti (30 %) et celles vivant dans un ménage classé dans le quintile le plus bas

(35%) sont celles dont l'accouchement s'est déroulé le plus fréquemment à la maison et sans l'assistance de personnel de santé formé (8).

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

Devant ce constat, afin d'améliorer les précédents travaux sur les accouchements non assistés à domicile nous avons initié cette étude dans deux quartiers du district sanitaire de la commune

Il dont l'un est considéré comme favorisé et l'autre défavorisé avec comme indicateur : la ligne de base HEA La méthodologie de l'Analyse de l'Economie des Ménages (communément appelée - Household Economy Analysis, HEA) (9).

### **Questions de recherche :**

- ✓ Le site de l'accouchement a-t-il un lien avec le statut socio-démographique ?
- ✓ L'accouchement non assisté à domicile expose-t-il à des complications ?
- ✓ L'accouchement non assisté à domicile dépend-t-il du niveau de connaissance des mères ?

## **II. OBJECTIFS :**

### **1. Objectif général**

- Evaluer les facteurs socio-démographiques déterminants des accouchements non assistés à domicile dans deux quartiers du district Sanitaire de la Commune II de Bamako, Mali.

### **2. Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques dans les deux quartiers.
- Déterminer la fréquence de l'accouchement non assisté à domicile dans les deux quartiers
- Déterminer les motivations de l'accouchement non assisté à domicile dans les deux quartiers.
- Identifier les complications maternelles, fœtales et néonatales liées à l'accouchement non assisté à domicile dans les deux quartiers.



### III. GENERALITE :

La naissance est un processus physiologique qui présente cependant des risques pour la santé maternelle et néo-natale, c'est pourquoi l'ensemble des sociétés savantes recommande une surveillance médicale lors de chaque accouchement.

Le jour de la naissance est potentiellement le plus dangereux pour la mère comme pour son enfant ; le risque de décès maternel sur la durée de la vie – c'est à dire la probabilité qu'une jeune femme décèdera un jour d'une cause liée à la grossesse ou à l'accouchement – est de 1 sur 4900 dans les pays développés, contre 1 sur 180 dans les pays en développement. Dans les pays connus pour leur fragilité, ce risque est de 1 pour 54, conséquence de l'effondrement des systèmes de santé. Lorsqu'on envisage d'apporter éventuellement des réformes de structures, il faut bien comprendre dans quel cadre historique s'inscrivent les services existants et connaître les raisons pour lesquelles ils ont évolué. Cela permet de mieux faire face aux préoccupations que peuvent susciter les réformes, envisager parmi le personnel de santé et la communauté et de planifier des mesures d'intégration des services.

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

Une récente enquête de l'OMS sur les pratiques traditionnelles de naissance montre que bon nombre d'entre elles sont physiologiquement fondées et bénéfiques ; qu'il s'agisse d'adopter une posture traditionnelle (accroupie, agenouillée, debout) pour accoucher ; d'attendre que le placenta ait été expulsé pour couper le cordon, de pratiquer l'accouchement dans des cases spéciales comportant une source de chaleur etc. La professionnalisation de l'accouchement remonte à la fin du 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 où il existe encore, sans porter préjudice aux autres.

## **A. HISTORIQUE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE ET PRATIQUES ACTUELLES (10)**

### **1°) -HISTORIQUE**

Lorsqu'on envisage d'apporter éventuellement des réformes de structures, il faut bien comprendre dans quel cadre historique s'inscrivent les services existants et connaître les raisons pour lesquelles ils ont évolué. Cela permet de mieux faire face aux préoccupations que peuvent susciter les réformes, envisager parmi le personnel de santé et la communauté et de planifier des mesures d'intégration des services.

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

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

Les techniques de l'accouchement se trouvaient ainsi privilégiées et la tâche du personnel de santé facilitée ; cela marquait ainsi le début d'un long processus d'élimination de beaucoup d'aspects personnels et familiaux de la naissance. Ce n'est que ces dernières années que l'importante notion de lien familial a été redécouverte et réintroduite dans les pays développés.

Il faut espérer que cet aspect de l'accouchement sans complications pourra être sauvegardé là où il existe encore, sans porter préjudice aux autres.

## 2°) Pratiques actuelles

Au cours de l'histoire récente des services de santé maternelle ; l'impact du développement des techniques et de l'accroissement des efforts en personnel médical et paramédical a été considérable. L'identification des facteurs de risque de la grossesse, le perfectionnement des techniques d'accompagnement ainsi que l'apparition d'options de recours plus performantes sont autant d'éléments ayant contribué aux progrès constatés. Relativement plus ancienne, la consultation prénatale (CPN), est souvent le service de santé maternelle à orientation clinique le mieux établi, même s'il n'est pas toujours facile de persuader les femmes enceintes d'y recourir suffisamment tôt et fréquemment. Dans les programmes de soins de santé primaires, ce sont souvent les infirmières ou les sages-femmes chargées des soins prénataux aux dispensaires qui s'occupent également des accouchements. De ce fait, il arrive souvent qu'elles connaissent les mères et leurs antécédents familiaux médicaux et obstétricaux. Certaines femmes ne viennent pas aux CPN mais se présentent au Centre de Santé ou à l'hôpital pour y accoucher. D'autres au contraire se rendent aux CPN mais pour une raison ou une autre, accouchent chez elles avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle ou d'un membre de la famille. L'amélioration des techniques d'accouchement que ce soit à domicile ou dans les établissements de soins, reste à l'ordre du jour. C'est surtout faute de pouvoir évacuer à temps ces cas difficiles que l'on ne parvient pas dans de nombreux pays à réduire la mortalité maternelle.

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

A savoir :

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

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

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

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

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

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

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

## **B- RAPPELS (11)**

**L'accouchement non assisté est un accouchement qui se produit sans l'intervention d'un personnel qualifié.**

### **1. Accouchement :**

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

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

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

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

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

Il est dit programmé lorsqu'il est provoqué sans indications pathologiques.

L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie ; sinon il est dirigé. Il est artificiel quand il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale par voie basse ou par voie abdominale.

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Il est dystocique dans le cas contraire.

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

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

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Toutefois, certains états émotionnels peuvent les inhiber provisoirement.

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

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

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

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

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

**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 raccourcit progressivement. Plus ou moins souple en fin de grossesse sa maturité se traduit par un ramollissement encore plus marqué au début du travail.

A la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur, réduit à son orifice externe de sorte que le doigt ne perçoit plus de saillie cervicale, mais seulement le dôme régulier du segment inférieur percé au centre d'un orifice de 1 cm de diamètre à bord mince et régulier. **2-1-2 Dilatation** : le col effacé s'ouvre peu à peu, circulairement à la façon d'un diaphragme de photographie. Le diamètre du cercle cervical augmente progressivement de 1 à 10 cm, dimension de la dilatation complète.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Décollement du placenta,
- Expulsion du placenta,
- Hémostase (formation du globe utérin).

## **C- VARIETES DE PRESENTATIONS (11)**

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

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

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

C'est la plus dystocique des présentations céphaliques.

### **2-Présentation du siège**

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

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

Trois ordres de conditions prédisposent à cette présentation.

Ce sont :

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

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

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

Elles sont toujours dystociques et nécessitent une intervention.

## **D- LES COMPLICATIONS HEMORRAGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT (11)**

**1. Déchirures du périnée :** L'inspection permet d'apprécier le degré des lésions.

La femme étant mise en position gynécologique, on voit en écartant les lèvres de la plaie si la déchirure est complète ou incomplète suivant qu'elle intéresse ou n'intéresse pas le sphincter anal et la muqueuse vaginale.



**A- Déchirures incomplètes :** Les déchirures incomplètes ont trois (3) degrés : le premier est la déchirure de la commissure (déchirure bénigne). Dans un deuxième degré, le bulbocaverneux et partie antérieure du noyau fibreux central sont intéressés, mais on voit les fibres transversales des muscles transverses du périnée encore intact. Le périnée reste soutenu par ce cordage transversal. Ces déchirures moyennes sont encore bénignes. Dans le troisième degré, tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés, mais le sphincter anal reste intact.

On le voit dans la plaie comme une virole musculaire. Il faut donc s'assurer de cette intégrité, point capital pour le pronostic et le traitement.

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

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

**D- Déchirure centrale :** Cette forme anatomique particulière est rare. Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement. La tête vient buter au milieu du périnée qu'elle rompt entre la commissure et l'anus en laissant en avant un pont de tissu. La déchirure se voit surtout dans la présentation du bregma et quelque fois de la face. Elle n'est pas verticale mais oblique. La fréquence des différentes formes de déchirures est en raison inverse de leur gravité. Les déchirures incomplètes sont très fréquentes de 20 à 60% chez les primipares suivant les auteurs.

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

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

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

Déchirures basses (périnée vaginales),

**b.** Déchirures hautes du dôme vaginal : intéressant les culs de sac vaginaux,

c. Déchirures de la partie moyenne.

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

Les déchirures du col sont spontanées ou provoquées :

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

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

- Au cours de l'accouchement normal, on a fait pousser la femme trop tôt ;
- On a fait une prise de forceps ou une extraction de la tête dernière avant la dilatation complète ;
- Les incisions du col ne se pratiquent plus.

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

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

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

B- D'autres sont la conséquence d'une lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable, C- enfin un troisième groupe qui sont les ruptures utérines provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'ocytociques

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

**A- Rétention placentaire :**

. **Etiologies :**

- Les altérations de la muqueuse utérine (curetage, césarienne corporelle hystérie plastie, une myomectomie sous muqueuse).
  - Les anomalies placentaires qui peuvent être de siège (placenta Praia) ; de conformation (excès de volume et de surface dans la grossesse gémellaire) ; ou d'implantation (placenta incérât ou percera ...).
  - Les anomalies de la contraction utérine : l'inertie utérine, l'hypertonie localisée de l'utérine.
- . Variantes anatomiques : la rétention peut être partielle ou totale :

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

- **Etiologie :**

- la plupart des retentions placentaires, l'inertie utérine,
- certains troubles de la coagulation,

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

- **Symptomatologie :**

L'hémorragie est le signe le plus important.

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

## **IV. METHODOLOGIE :**

### **4.1 Cadre d'étude :**

Description de commune II (12)

#### **4.1.1 Données historiques :**

L'histoire de la Commune II se confond avec celle de la ville de Bamako.

La ville de Bamako a été créée vers le XVIème siècle par les Niakaté, actuels Niaré, originaire du Kaarta dans le Cercle de Nioro.

Les premières 1<sup>er</sup> quartiers lotis à l'époque étaient Niaréla, Bagadadji, Bozola ensuite ont suivi Médinacoura en 1919 Missira (initialement appelé socoura) 1953, l'Hippodrome (initialement appelé N'datékoumana) en 1958 ; Quinzambougou, TSF (Sans fils), Zone Industrielle en 1960 Bakaribougou en 2002, NGomi Bougouba en 2003 et Konebougou en 2014.

La commune II a été créée par l'ordonnance n°78-34 / CMLN du 18 Août 1978 et la loi n° 96.025 du 18 février 1996 fixant statut particulier du District de Bamako. Elle fait partie des 6 communes que forment le district de Bamako, et occupe une position centrale par rapport aux autres. Elle est composée de 13 quartiers qui sont dirigés par les chefs de quartier regroupés au sein d'une coordination avec à sa « tête un coordinateur ».

#### **a) Superficie et population :**

La commune II couvre une superficie de 17 km<sup>2</sup> soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako 267 Km<sup>2</sup> pour une population de **196101** habitants en 2015 avec un taux d'accroissement de 1.03% (DNSI 2009) (12).

**Tableau A : Effectif de la population par quartier de la Commune II de 2015 à 2017**

<b>Quartiers</b>	<b><u>Population 2015</u></b>	<b><u>Population 2016</u></b>	<b><u>Population 2017</u></b>
Baradai	13855	14261	14679
Bakaribougou	6817	7017	7223
Bougouba	4943	5087	5236
Bozola	14445	14868	15304
Hippodrome	39359	40511	41699
Médinacoura	33532	34514	35526
Missira	20693	21299	21924
Niaréla	26836	27622	28432
Quinzambougou	11961	12311	12672
TSF	10663	10975	11297
Zone Industrielle	8989	9252	9523
N'Gomi	4008	4125	4246

**1.2 Données géographiques :** Elle est limitée à l'Est par la commune au Nord par le pied de la colline du Point G, au Sud par le fleuve Niger, à l'Ouest par le Boulevard du Peuple passant par l'IOTA, traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs.

Aucun cours d'eau ne traverse la commune II.

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

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

**1.4 Données socio-économiques :**

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

**1.5 Données sanitaires :**

La commune II du district comprend :

- ❖ Un centre de santé de référence (CSRéf)
- ❖ 10 associations de santé communautaire (ASACO) avec 6 CSCOMs
- ❖ Une mutuelle de santé BENKAN au quartier TSF

- ❖ 57 structures privées (cliniques ; cabinet médicaux, cabinet de soins)
- ❖ Une structure confessionnelle (dispensaire évangélique)
- ❖ Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)
- ❖ Le centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)

#### **4.1.2 Présentation du Centre de Santé Communautaire (CSCOM) de l'ASACOHI :**

L'ASACOHI a été créée le 28 Janvier 1995 par les populations de l'HIPPODROME. Après sa création, elle met en place un CSCOM le 25 Octobre 1996.

Ce centre est situé :

-Au nord par la rue Bazoumana Ba SISSOKO (double voie bitumée) ;

-Au sud par le marché de l'Hippodrome ;

-A l'est par la rue 291 ;

-A l'ouest par le Centre Secondaire d'Etat Civil de l'Hippodrome. **Infrastructures**

**et Activités :**

**Il comprend :**

**Une Dispensaire :**

Salles de consultations externes (2)

Salle d'échographie

Salle des soins infirmiers séparée en deux petites salles dont l'une pour les injections et l'autre pour les pansements.

Salles de repos (hommes et femmes)

Salle d'analyses médicales

**Une Maternité :**

Salles de consultations (CPN, CPON et PF) Salles de gardes (2)

Salle d'accouchement

Salle de repos des accouchées (suite de couche)

Hangar

Pharmacie et son dépôt

Magasin

Salle pour l'agent comptable

Salle pour le gardien

Quatre Toilettes

**Activités :** Curatives ; Préventives ; Promotionnelles ; Activités d'examens paracliniques et Activités de gestion

#### **4.1.3 Présentation du centre de Santé Valentin de Pablo :**

Le centre de Santé Valentin de Pablo est un centre mutualiste qui a été créé en Décembre 2006 grâce à l'appui de la Fondation Polaris World (fondation Espagnole)

-la fondation Polaris (Espagne) a construit et équipé un centre de santé qui est géré par la population à travers la mutuelle.

En 2009 le centre a reçu l'appui du Fond de la Solidarité National pour son extension La structure évolue en model de Santé communautaire en assurant le paquet minimum d'activité dans le district Sanitaire de la Commune II du district de Bamako.

Il dispose :

- D'une salle pour accueil et Orientation ;
- D'un dispensaire pour les soins curatifs avec trois salles de consultation et trois salles d'observation ;
- D'un laboratoire rénové et équipé par la Fondation Probitas ;
- D'une maternité et d'un site PTME en charge de la Santé de la Reproduction ;
- Une salle d'accouchement avec deux toilettes : Deux (2) tables ;
- Hangar de vaccination
- Pharmacie avec dépôt ▪ Deux Magasins
- Salle pour l'agent comptable
- Salle pour le gardien
- Quatre Toilettes
- Deux salles de garde
- A l'étage des salles de consultations externes : ORL, Stomatologie, Cardiologie.

#### **4.2 Type d'étude :**

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

#### **4.3 Période d'étude :**

Dans notre étude les données rétrospectives ont été recueillies sur une période allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2018 au 31 Décembre 2018 et le recueil des données prospectives sur la période allant du 1<sup>er</sup> novembre 2019 au 31 Décembre 2019.

#### **4.4 Population d'étude :**

La population d'étude était composée de l'ensemble des femmes en âge de procréer résidant dans les 2 quartiers et ayant voulu participer à notre étude.

##### **4.4.1 Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans notre étude les femmes :

- Qui ont accepté de participer à l'étude ;
- Résidant dans l'un des deux quartiers ;
- Ayant accouché à domicile sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié ;
- Dont le poids du nouveau-né était supérieur ou égal à 1000 g ;
- Dont l'âge de la grossesse était supérieur ou égal à 28 SA ;

##### **4.4.2 b. Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus les femmes qui ont :

- Refusé de participer à notre étude ;
- Eu des accouchements assistés,
- Accouché à domicile sans assistance et qui n'ont pas été vu dans les centres pendant la période étude

##### **4.4.3 Echantillonnage :**

###### **- Procédure d'enquête :**

Tous les cas enregistrés dans le CSCOM de TSF (Pablo Valentin) et celui de l'Hippodrome (ASACOH) du 1er janvier au 31 Décembre 2018 pour accouchement à domicile, et qui répondront aux critères d'inclusion ont été sélectionnées.

#### **4.5 Variables :**

Notre variable dépendante était l'accouchement non assisté.

Les variables indépendantes étaient :

- Le lieu de résidence
- Socio-économique et démographiques : lieu d'accouchement, âge, statut matrimonial, profession, scolarité, niveau d'instruction, perception du coût de soins.
- Raisons de l'accouchement à domicile : suivi prénatal, parité, motivation des femmes. - Complications liées à l'accouchement à domicile : pronostic vital, complications liées à l'accouchement.

#### **4.6 Mode de recueil des données :**

Nous avons recueilli les données par :



- Exploitations de dossiers médicaux (fiche opérationnelle, partogramme, registre).
- Appel téléphonique.

#### **4.7 Supports de collecte des données :**

Nous avons utilisé les supports suivants :

- La fiche individuelle ou questionnaire ;
- Le registre d'admission ;

#### **4.8 Traitement et analyses :**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 23.

La saisie et traitement de texte avec Word 2013.

Nous avons procédé à l'analyse bi-variable avec croisement entre le centre d'accueil (ASACOH) et les différentes variables indépendantes. Des tests de comparaisons de Kh2 ont d'abord été réalisés et dans certains cas nous avons déterminé les Odds Ratios (Rapports de cotes) avec leurs intervalles de confiance à 95%. Les p inférieurs à 0,05 seront considérés comme statistiquement significatifs.

#### **4.9 Considération éthique :**

- Il s'agissait d'une étude qui a porté sur des femmes. Nous les avons expliqués le but de l'étude et leurs intérêts à participer.
- Le consentement verbal libre et éclairé a été préalablement obtenu.
- La confidentialité et l'anonymat ont été garantis,
- Les données personnelles des femmes n'ont pas été diffusées

#### **4.10 Définition des concepts :**

Nous donnons ici la définition de certains termes utilisés.

- **Quartier défavorisé** : quartier caractérisé par la faiblesse du revenu, de la sécurité et de la qualité des logements.
- **Quartier favorisé** : quartier qui possède des atouts sur le plan géographique, socioéconomique et sécuritaire.
- **Accouchement non assisté** : c'est tout accouchement non assisté par un personnel qualifié.
  - **Les hémorragies du post partum Immédiat** : saignement durant les premières 24 heures suivant l'accouchement.

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

- **Hémorragie de la délivrance** : toute perte de sang ayant sa source dans la zone d'insertion placentaire, survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures suivant l'accouchement anormale par son abondance (plus de 500ml) et son effet sur l'état général.
- **Grossesse non suivie** : absence de soins liés à la grossesse dans une structure de santé.
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement ;
- **Nullipare** : zéro accouchement ;
- **Primipare** : un accouchement ;
- **Pauci pare** : deux à trois accouchements ;
- **Multipare** : quatre à cinq accouchements ;
- **Grande Multipare** : plus de six accouchements.

## V. RESULTATS

### 1. Fréquence :

**Tableau I : Répartition des femmes selon le lieu d'accouchement.**

Lieu d'accouchement	TSF (Sans Fil)	Hippodrome	P
Domicile	24 ( <b>4,43%</b> )	24 ( <b>3,43%</b> )	<b>0,48</b>
Maternité	518 (95,57%)	664 (96,51%)	
Total	542 (100%)	688 (100%)	

Dans notre étude la fréquence de l'accouchement à domicile était de 4,43% au TSF (sans fils) contre 3,43 % à L'hippodrome, il n'y a pas de différence statistiquement Significative P=0,48.

### 2. Caractéristiques socio démographiques dans les deux quartiers :

**Tableau II : répartition des femmes selon l'âge et la résidence**

Nom de la Structure Tranche d'Age	TSF (Terrain sans fil)	ASACOHI	P
15-24 ans	10 (41,7%)	9 (37,5%)	<b>0,8</b>
<b>25-34 ans</b>	<b>13 (54,2%)</b>	<b>13 (54,2%)</b>	
35-44 ans	1 (4,2%)	2 (8,3%)	
Total	24 (100,0%)	24 (100,0%)	

Les femmes entre 25-34 ans étaient les plus touchées par l'accouchement dans les 2 quartiers soit 54,4% Il n'y a pas de lien statistiquement significatif car P=0,8

**Tableau III : la répartition des femmes selon les professions et la résidence.**

Nom de la Structure Profession	TSF (Sans fil)	Hippodrome	P
Ménagère	<b>14 (58,3%)</b>	<b>16 (66,7%)</b>	
Commerçante	3 (12,5%)	2 (8,3%)	
Elève/Étudiante	1 (4,2%)	2 (8,3%)	0,7
Aide-Ménagère	<b>6 (25,0%)</b>	<b>4 (16,7%)</b>	
Total	24 (100%)	24 (100,0%)	

Les Ménagères étaient majoritaires dans les 2 quartiers (plus de 50%) suivis des aide-ménagères

**Tableau IV : Répartition des femmes selon des statuts matrimoniaux et la résidence.**

Nom de la Structure Statut matrimonial	TSF (Terrain Sans fil)	Hippodrome	P
Mariée	<b>16 (66,7%)</b>	<b>21 (87,5%)</b>	
Célibataire	8 (33,3%)	3 (12,5%)	0,8
Total	24 (100,0%)	24 (100,0%)	

**Les femmes mariées étaient majoritaires dans les 2 quartiers.**

**Tableau V**: répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et la résidence

Niveau de scolarisation	Nom de la Structure	
	TSF Pablo Valentin	ASACOH
Non Scolarisée	<b>16 (66,7%)</b>	<b>13 (54,2%)</b>
Primaire	2 (8,3%)	1 (4,2%)
Secondaire	5 (20,8%)	6 (25,0%)
Supérieur	1 (4,2%)	4 (16,7%)
Total	24 (100%)	24 (100%)

Les femmes non scolarisée étaient celle qui faisaient le plus d'accouchement non assisté à domicile.

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

**Tableau VI** : Répartition des femmes selon le suivi prénatal et la résidence.

Nom de la Structure	TSF (Terrain Sans fil)	Hippodrome	P
Suivi Prénatal			
Oui	9 (37,5%)	11 (45,8%)	
Non	<b>15 (62,5%)</b>	<b>13 (54,2%)</b>	<b>0,5</b>
<b>Total</b>	24 (100,0%)	24 (100,0%)	

Le nombre moyen de CPNs réalisé était de deux (2).

Il y a pas de différence statistiquement significative ; P=0,5.

**Tableau VII : Répartition des femmes selon la gestité et la résidence.**

Nom de la Structure Gestité des femmes	TSF (Sans fil)	Hippodrome
Primipare	<b>8 (33,3)</b>	2 (8,3%)
Pauci-pare	<b>10 (41,7%)</b>	<b>11 (45,8%)</b>
Multipare	3 (12,5%)	<b>8 (33,3%)</b>
Grande multipare	3 (12,50%)	3 (12,5%)
Total	24 (100,0%)	24 (100,0%)

Les paucipares et les primipares étaient les représentés au TSF (Sans fil) alors que les paucipares et les multipare à l'hippodrome.

**Tableau VIII : Répartition des femmes selon la perception du coût de l'accouchement dans les 2 quartiers.**

Nom de la Structure Appréciation du coût	TSF (Terrain Sans fil)	Hippodrome	P
<b>Elevé</b>	<b>11 (45,8%)</b>	5 (20,8%)	<b>0,4</b>
<b>Abordable</b>	<b>11 (45,8%)</b>	<b>19 (79,2%)</b>	
Très Abordable	2 (8,3%)	0 (0,0%)	
Total	24 (100,0%)	24 (100,0%)	

Plus de la majorité des femmes de l'hippodrome ont trouvé le coût étaient abordable tandis que celle du TSF (terrain Sans Fil) étaient partagé entre élevé et abordable **Il y a un lien statistiquement significatif ; P=0,04**

**Tableau IX : Répartition des femmes selon les motivations et le lieu de résidence des femmes.**

Nom de la Structure	TSF (Sans fil)	Hippodrome
<b>Motivations de l'accouchement à domicile</b>		
Mauvaise accueil	2 (8,3%)	1 (4,2%)
<b>Surprise par le travail d'accouchement</b>	8 (33,3%)	<b>11 (45,8%)</b>
<b>Manque de moyens financiers</b>	<b>10 (41,7%)</b>	7 (29,2%)
But abortif ou infanticide,	0 (0,0%)	2 (8,3%)
Accouchement à domicile habituel	1 (4,2%)	0 (0,0%)
Négligence et ignorance	1 (4,2%)	2 (8,3%)
Peur	1 (4,2%)	1 (4,2%)
Intention d'arrivée à dilatation cervicale complète	1 (4,2%)	0 (0,0%)
<b>Total</b>	<b>24 (100,0%)</b>	<b>24 (100,0%)</b>

La surprise par le travail d'accouchement a la raison la plus représentées à hippodrome contrairement au TSF (Sans fil) où la raison la plus avancées a été le manque de moyens financier

#### 4. Les complications survenues :

**Tableau X : Répartition des femmes selon la survenue des complications et le lieu de résidence des femmes.**

Lieu d'accouchement	TSF (Sans Fil)	Hippodrome
<b>Nature de la complication</b>		
RAS	22 (91,7%)	22 (91,7%)
Déchirure périnéale	1 (4,2%)	0 (0,0%)
Détresse respiration	0 (0,0%)	1 (4,2%)
HEMORRAGIE	1 (4,2%)	0 (0,0%)
HTA	0 (0,0%)	1 (4,2%)
<b>Total :</b>	<b>24 (100%)</b>	<b>24 (100%)</b>

Pas de décès maternels et néonataux.

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

### 1. Fréquence :

Au cours de notre étude, la fréquence de l'accouchement non assisté à domicile était de 4,43 % au TSF (Sans fil) et 3,43 % à l'hippodrome. Il n'existe pas de différence statistiquement significative quant au nombre d'accouchement non assisté à domicile entre ces deux quartiers ( $P=0,4$ ).

Keita A et coll. ont trouvé une fréquence de 3,01% en 2006 au CSRéf commune V (13). Diarra N et coll. en 2001 notent une fréquence de 4,02% dans une étude rétrospective sur 3 ans et demi réalisée à la maternité de la commune V du District de Bamako (14). Dans l'étude de Kamaté Y.D et coll. en 2019, la fréquence de l'accouchement non assisté à domicile était de 13,02 % à Sabalibougou et 3,16 % à Badalabougou(15).

Kane CS et col. en 2011 ont trouvé une fréquence de 5,1% dans son étude sur accouchements à domicile dans le Csref de commune II(16) ; une fréquence de 33,8% a été rapportée en 2011 par N.M. Paraiso et coll. dans la zone sanitaire de Pobè-Adja-Ouèrè-Kétou, Bénin (17).

Par ailleurs Diarra T et coll. en 2016 notent une fréquence de 1,04% dans une étude quantitative portant sur deux structures de la Commune V du district de Bamako (CSRéf et ADASCO) (18). M.-L. Nguyen et coll. ont trouvé 0,19 % sur la ville de Caen (19). Ces résultats sont inférieurs aux nôtres.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que TSF (sans fil) est un quartier précaire où règnent en plus de la pauvreté, et l'ignorance des risques liés à l'accouchement hors maternité reste très important.



## 2. Caractéristiques socio démographiques dans les deux quartiers

### 2.1 Age :

La tranche d'âge de 25-34 ans était la plus représentée dans les deux quartiers soit 54,2% ; avec un âge moyen de 25,98 ans et 16ans-44ans comme extrêmes. Il n'y avait pas de statistiquement significatif ( $P=0,8$ ).

Kamaté Y.D et coll. ont trouvé que la tranche d'âge 35 ans et plus était de 80,75% à Sabalibougou et 19,25% à Badalabougou avec un âge moyen de 28 ans et (15; 42) ans les extrêmes(15). Diarra T et coll. Dans le Csref commune V ont trouvé une moyenne d'âge de 28 ans en 2016(18),

Il apparait que la femme âgée de 25-35 ans serait la plus exposée aux accouchements non assistés selon la plupart des auteurs. Cela pourrait être dû au fait que dans notre population les moins jeunes filles étaient majoritaires car dans la commune II le taux de natalité reste relativement élevé.

### 2.2 Profession :

Les ménagères étaient majoritaires dans les deux quartiers, avec 66,7% à l'Hippodrome et 58,3% au TSF (Sans fil) ; toute fois les aides ménagères prédominaient plus au TSF (sans fil avec 25% contre 16,7% à l'Hippodrome). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative  $P=0,7$ .

En plus les partenaires avaient majoritairement un revenu faible (ouvrier, mécaniciens, saisonniers...) au TSF alors qu'à l'hippodrome ils avaient un revenu acceptable (salarié non fonctionnaire, chauffeurs, commerçants...).

Nos résultats concordent avec plusieurs autres menés dont une dans la commune II réalisée par Kane CS et coll. qui avaient trouvé que 78,8% pour les cas des femmes aient des aides ménagères et ménagères contre 70% pour les témoins (16) ; ainsi que celle de Diarra T et coll. dans la commune V du district de Bamako (18) ; Keita A et coll. dans la même commune (13). Cela peut être expliqué par la qualité de vie et des infrastructures socio-démographique ainsi les principales activités génératrices de revenu mené dans ces deux quartiers.

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

### 2.3 Statut matrimonial :

Les femmes mariées étaient les plus représentées dans les 2 quartiers cependant elles étaient majoritaires à l'hippodrome qu'au TSF avec respectivement 87,5% et 66,7% sans lien statistiquement significative  $P= 0,08$ .

Allant dans le même sens que nous Keita A. et Zouhairou S ont trouvé que femmes mariées étaient majoritaires avec respectivement 92,61% et 85.6% (12, 20).

Par contre Kamaté Y.D et coll. dans leurs études comparatives ont trouvé que les célibataires représentaient 85% des femmes de Sabalibougou contre 15% de Badalabougou ( $p=1,49$ ) (15). Ces données sont contraires aux nôtres.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que effectifs des mariées est largement supérieure à celui des célibataires dans notre étude ; Aussi l'incapacité de leurs époux à faire face aux dépenses pourrait influencer le suivi de la grossesse et le déroulement de l'accouchement conduisant certaines d'entre elles à opter pour l'accouchement à domicile.

## **2.4 Scolarisation :**

Les femmes non scolarisées ont été les plus représentées dans notre échantillon dans les deux quartiers avec une légère augmentation de 12,5% au TSF sans fils.

Nos données (66,7% au TSF et 54,2% à l'hippodrome) sont comparables à celles de Traoré Y et coll. ainsi que celle de Kamaté YD et coll. (15) et de Kane CS et coll. (16) qui ont trouvé respectivement 62,9% ;74,4% et 81,2%.

La non scolarisation semble être un facteur qui exposerait plus à l'accouchement non assisté à domicile par manque de niveau de compréhension.

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

### **1.1 Suivi prénatal :**

Dans notre étude plus de la moitié des femmes venant TSF n'avaient pas été suivies au cours de leur grossesse soit 62,5% contre 54,2% de l'hippodrome. Le nombre de CPN par grossesse avec suivi était de 2 en moyenne. Il n'y avait pas de lien statistiquement significative  $P= 0,5$ .

Kamaté YD et coll. ont trouvé que plus de la moitié des femmes venant Sabalibougou n'étaient pas suivies au cours de leur grossesse 88,96% à Sabalibougou et 11,04% à Badalabougou (15). Conformément à notre étude, une autre étude de type Cas/Témoin été réalisée dans la commune II du district de Bamako par Kane CS et coll. a révélé que le mauvais suivi prénatal et la CPN non faite étaient majoritairement retrouvés chez les cas soit 82,9% contre 55,3% pour les témoins (16).

L'importance des CPN semble toujours ne pas être perçue par les femmes qui, très souvent ne font pas de CPN, où alors ne respectent pas les rendez-vous pour leurs prochaines CPN.

### **1.2 Parité :**

Les paucipares et les primipares étaient les plus représentées au TSF (Sans fil) respectivement 41,7% et 33,3%. Les paucipares et les multipares étaient majoritaires à l'hippodrome avec 45,8% et 33,3%.

Kane CS et coll. Ont trouvé que les primipares représentaient 32,1%.(16) et Diarra N et coll. A trouvé que 32,42% étaient des paucipares .(14) à l'opposé Kamaté YD et coll. Ont trouvé que 83,23% de multipare étaient de Sabalibougou et 16,77% à Badalabougou (15).

Le fait que les multipares et les grandes multipares accouchent à domicile peut s'expliquer par la durée du travail d'accouchement trop rapide et également par la notion « d'expérience acquise » lors des accouchements précédents. La fréquence élevée chez les paucipares pourrait être expliquée par la méconnaissance des signes imminents de l'accouchement, la négligence ou un manque de moyens financiers.

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

La grande majorité des patientes de l'hippodrome trouvait le coût de la prise en charge relativement abordable (79,2%) alors que moins de la moitié de celles qui habitent au TSF (sans fi) (45,8%) le trouvaient assez élevé par rapport à leurs revenus.

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif quant au nombre d'accouchement non assisté à domicile entre ces deux quartiers ( $P=0,04$ ).

Selon Kamaté YD et coll. 88,89% des femmes de Sabalibougou avaient trouvé que le coût de l'accouchement était élevé contre 32,26% de Badalabougou. Cette différence était statistiquement significative ( $p=10^{-5}$ ) (15).

Une étude faite par Joseph Bénie Bi. v et coll en Côte d'Ivoire en 2009, avait trouvé que 54% des femmes ayant accouché à domicile trouvaient un coût élevé de l'accouchement dans les centres de santé contre 46% qui le trouvaient abordable (21).

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

### **1.4 Motivation des femmes :**

Dans notre étude les raisons les plus évoquées à l'hippodrome étaient la surprise du travail d'accouchement avec 43,8% contre le manque de moyens de finance et de transport 35,4% au TSF. La négligence/ignorance et la peur (8,3% à l'hippodrome et 4,2% au TSF), le mauvais accueil (4,2% au TSF) et les buts abortifs/infanticide (8,2%) était quelque fois cité.

Keita A, trouve que 62,07% des accouchements à domicile étaient dues à un manque de moyen financier et 15,76% par méconnaissance du travail d'accouchement. Il n'y avait pas de lien statistiquement significative  $P=0,5$ .

Dans notre sens, Touré. B et coll. au Burkina Faso 59,22 % des cas un travail d'accouchement rapide (22), le manque de moyens financiers a été évoqué dans 23,1% des cas contre 8,5% dans la série d'AKPADZA J. K à Lomé (23).

Par contre dans l'étude de Kamaté YD et coll. 37,10% des femmes de Sabalibougou ont évoqué un mauvais accueil des agents de santé contre 10,65% de Badalabougou avec une différence statistiquement significative ( $p=10^{-6}$ ) (15).

Le manque de moyen financier et de transport ; la méconnaissance des dangers lié aux non suivis de grossesse constitue une véritable barrière non seulement à la fréquentation des structures sanitaires et aussi l'effectivité des prises en charge.

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

Nous n'avons pas enregistré de décès maternels et néonataux dans les deux quartiers.

Notre étude a révélé que les rares complications à l'hippodrome étaient hypertension du post partum et l'hémorragie du post-partum par atonie utérine contre la déchirure périnéale et la détresse respiratoire aigüe au TSF (sans fil), soit 4,2% pour chaque complication citée. Il n'y avait pas de lien statistiquement significative  $P=0,4$ .

Ouologuem A. rapporte 28,3% d'hémorragie du post partum immédiat (HPPI) par atonie utérine ; 17,7% de lésions périnatales et 12,4% de rétention placentaire (après un accouchement à domicile) (24). Keita A et coll. ont rapporté 25,62% d'hémorragie du post-partum par atonie utérine après un accouchement à domicile (13). Kamaté YD et coll. ont enregistré 3 cas de décès maternels suite à l'hémorragie du post-partum par atonie utérine venant de Sabalibougou, soit 75% et 1 cas venant de Badalabougou soit 15%. Il a également révélé que la complication la plus fréquente était l'hémorragie du post-partum par atonie utérine dans les 2 groupes de femmes, soit 72,92% à Sabalibougou et 27,08% à Badalabougou (15).

## VII. CONCLUSION

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


Nous avons voulu étudier les déterminants socio-démographiques liés à l'accouchement non assisté à domicile dans deux (2) quartiers de commune II du district de Bamako, Mali. Au terme de notre étude nous n'avons enregistré aucun décès maternel et néonatal.

En effet nous pouvons déduire de ces résultats que la complication plus fréquente non moins la plus dangereuse est l'hémorragie du post partum par atonie utérine cependant dans notre étude les femmes se sont immédiatement rendu dans les centres de santé ou leurs soins a été assuré par des personnels compétents cela pourrait expliquer pourquoi le taux de complication était relativement bas.

## VIII. RECOMMANDATIONS

### **Aux personnels de santé**

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

- Accueillir les femmes avec douceur en les rassurant une prise en charge correcte.
- Sensibilisation sur l'importance de la consultation prénatale (CPN),
- Sensibilisation sur les conséquences néfastes des accouchements non assisté à domicile
- Renforcer la collaboration entre différents acteurs y compris les socio-anthropologues ;
- Prendre les coordonnées de localisation de chaque parturiente à l'admission.
-  **Aux gestantes**
- Respecter les recommandations faites par les prestataires de santé ;
- Se doter d'un minimum de ressources économiques dès la conception ;
- Abandonner certaines pratiques ou considérations de mœurs par rapport aux accouchements à domicile ;

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

- Renforcer des efforts visant à accroître le taux de scolarisation des filles.
- Renforcer les efforts visant à accroître l'alphabétisation des adultes.

### **Au Ministère de la Santé :**

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

### **Aux Autorités Politiques :**

- Promouvoir des campagnes de sensibilisation sur les risques d'accouchement non assiste ;
- Améliorer les conditions de vie de la population en particulier celles des femmes.

## IX. REFERENCES :

1. Siri S, Vincent F, France D. MISE À JOUR 2004 SUR LA MORTALITÉ MATERNELLE [En ligne]. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA); 2004 [cité le p. 30. Rapport no 21. Disponible: [http://www.unicef.org/health/index\\_maternalhealth.html](http://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html)
2. Labama L. Accouchement à domicile, un risque pour la mère et l'enfant. Panorama médical Kinsangani (RDC). RDC; 1995:723.
3. multi-page.pdf. [En ligne]. [cité le 23 décembre 2019].
4. Hart RH, Belsey MA, Tarimo E, Organization WH. L' intégration des services de santé maternelle et infantile dans les soins de santé primaires : considérations pratiques [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1991 [cité le 23 décembre 2019]. Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41769>
5. Santé O mondiale de la. Tendances de la mortalité maternelle: 1991-2015: estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies: résumé d'orientation. 2015 [cité le 25 octobre 2019]; Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204113>
6. DJITEYE M. LES ACCOUCHEMENTS ASSISTES A L'HÔPITAL DE GAO A PROPOS DE 799 CAS [Thèse de Médecine N° 346]. Bamako,Mali: USTTB/FMOS; 2006.
7. Nguyen M-L, Lefèvre P, Dreyfus M. Conséquences maternelles et néonatales des accouchements inopinés extrahospitaliers. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016;45(1):86\_91. DOI: 10.1016/j.jgyn.2015.02.002
8. Traoré Moussa S, Dr Maiga A A. EDSM 5 Mali 2013.pdf. Mali: INFO-STAT, Gouvernement Malien, USAID, UNFPA, MSHP,; 2013 p. 577. Rapport no 5.
9. Nora L. Profil de référence de l'économie des ménages (méthodologie HEA) Sous--zone urbaine inférieure de la Ville de Bamako (Mali) [En ligne]. Bamako,Mali: USAID; SAP; Aout 2015 [cité le 20 novembre 2019] p. 26. Disponible: <https://hea-sahel.org/wp-content/uploads/2018/02/ZU-profil-urbain-bamakomali-aout-20152246316.pdf>
10. WHO [En ligne]. OMS | Pour que l'accouchement soit une expérience positive, il est essentiel d'apporter des soins individualisés [cité le 14 avril 2019]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/fr/>
11. ROBERT M, J L, J M. Le ROBERT MERGER 6ème édition.pdf. 6eme éd. Masson. (Masson).
12. Soumounou F. Analyse de la situation.docx. Csref Commune II; 2015.
13. Keïta Alexander. Les accouchements à domicile : pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako. [Thèse de Médecine N° 214]. Bamako,Mali: USTTB/FMOS; 2006.

14. Diarra N. Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako, Mali [Thèse de Médecine N°48]. Bamako,Mali: USTTB/FMOS; 2001.
17. Kamate YD. Etude comparative de la précarité et de l'accouchement non assisté à domicile de deux quartiers du district sanitaire de la commune v de Bamako/Mali. [Thèse de Médecine N°43]. Bamako,Mali: USTTB/FMOS; 2019.
16. Kane S. Les Accouchements Non Assistés Dans Le Centre De Sante De Reference De La Commune Ii Du District De Bamako Etude Cas/Temoins Les Accouchements Non Assistés Dans Le Centre De Sante De Reference De La Commune Ii Du District De Bamako. [Thèse de Médecine N°35]. Bamako,Mali: USTTB/FMOS; 2011.
17. Paraiso NM, Agueh VD, Nkwidjan H, Soglohoun C, Makoutodé M. Accouchements à domicile dans la zone sanitaire de Pobè-Adja-Ouèrè-Kétou en 2011, Bénin. :1.
18. Diarra T. Les accouchements non assistés à domicile dans le district sanitaire de la commune V de Bamako. Médecine : Bamako : 2016 ; 87. [Thèse de Médecine]. Bamako,Mali: USTTB/FMOS; 2016.
20. Souleymane MZ. Accouchement non assisté à l'hôpital régional de Tombouctou [Thèse de Médecine N°233]. Bamako,Mali: USTTB/FMOS; 2010.
21. Vroh JBB, Tiembré I, Zengbé-Acray P, Doua JG, Dagnan NS, Tagliante-Saracino J. Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire. Sante Publique. 2009;Vol. 21(5):499\_506.
22. Toure B, Dao B, Nacro B, Sankara N, KONE B. Accouchement à domicile: aspects épidémiologiques et cliniques en milieu urbain au BURKINA FASO. Elsevier. 5<sup>e</sup> éd. Burkina Faso; 2004:41.
23. Kaouakou KP, Djanhan Y, Doumbia Y. LE PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DES ACCOUCHEMENTS HORS MATERNITE : À PROPOS DE 124 CAS COLLIGÉS AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL D'ABOISSO (CÔTE D'IVOIRE). science Médicale. 2006;8(N°1):39.
24. Ouologuem AD. Accouchements non assistés dans le centre de santé de référence de la commune I [Thèse de Médecine N°353]. Bamako,Mali: USTTB/FMOS; 2006.



## X. ANNEXES

### ANNEXE 1 :

#### Fiche D'enquête

**Accouchement non assisté à domicile dans deux quartier de la commune II du district de Bamako.**

#### I-IDENTIFICATION DE LA FEMME :

N° Dossier / \_\_\_\_\_ /

Entrée : Date :

Heure :

Q1-Nom et Prénom : / \_\_\_\_\_ /

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

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

Q4-Ethnie : / \_\_\_\_ / (1=bambara, 2=malinké, 3= peul, 4= senoufo, 5= Dogon, 6= Sonrhäi, 7= bobo).

Q5-Etat matrimonial : / \_\_\_\_ / (1=Mariée, 2= Célibataire, 3=Veuve, 4= Divorcée, 5= Union libre).

Q6- profession \ \_\_\_\_\_ \ :1=Ménagère, 2=Aide-ménagère, 3= Fonctionnaire privée, 4=

Fonctionnaire d'état, 5= Commerçant, 6= Vendeuse ambulante, 7=étalagiste, 8= Elève \ Etudiante, 9=

Autres .....

Q7- Niveau d'instruction : / \_\_\_\_\_ / (1= non scolarisée,2= coranique,3= Primaire, 4= Secondaire, 5= Supérieur, 6= Alphabétisée en langue nationale, 7 : Autres.....)

Q8- Antécédents médico : .....

Q9- Antécédents obstétricaux : .....

1= Gestité : \\_\_\_\_\_\

2= Parité : \\_\_\_\_\_\

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

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

6= Mort nés : \\_\_\_\_\_\

Q10- Profession du procréateur : \\_\_\_\_\_\  
(1= Cultivateur, 2 Chauffeur, 3= Fonctionnaire d'état, 4= Fonctionnaire Privé, 5= Commerçant, 6=élève, 7= Etudiant, 8= Chômeur, 9= Mécanicien, 10= Gardien, 11= Ouvrier, 12= Autres à préciser...)

Q11-Motif d'admission : \\_\_\_\  
1= désir personnel, 2=Meilleur prise en charge, 3= nécessite d'obtenir l'acte de naissance 4= Obliger par les parents ou proches 5= survenue d'une complication.

## **II- HISTORIQUE DE LA GROSSESSE**

Q12-Consultation prénatale \\_\_\_\  
1= Oui 2 Non

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

b) Prophylaxie : SP \\_\_\_\  
1= Oui 2= Non

c) Si Oui le nombre : \\_\_\_\_\_\

d)- Prophylaxie VAT/\_\_\_\_\_/1=Oui 2= Non

e) - Si Oui nombre : \\_\_\_\_\_\

f) - Supplémentions en fer \\_\_\_\  
1=Oui 2= Non

g) - Dysurie\\_\_\_\_\_\  
1=Oui 2=Non

h) - Prurit\\_\_\_\_\_\  
1=Oui 2=Non

i)- Pollakiurie\\_\_\_\_\_\  
1=Oui 2=Non

j) - Leucorrhée\\_\_\_\_\_\  
1=Oui 2=Non

k) - à terme \\_\_\_\_\_\  
1=Oui 2=Non

l)- Gr RH : .....

M)-Taux hb \\_\_\_\_\_\

N) - Toxo \\_\_\_\_\_\  
1=Positif ; 2=Négatif ; 3= Non fait

O) -SRV \\_\_\_\_\_\ 1=Positif ; 2=Négatif ; 3= Non fait

Q13- Pathologie Associée :.....

### III- EXAMEN A L'ENTREE :

Q14- Examen physique :

- Température \\_\_\_\_\_\
- Pouls maternel \\_\_\_\_\_\
- Taille \\_\_\_\_\_\ 1=+1,50m ; 2=-1,50m

Q15-Etat général de la patiente \\_\_\_\_\_\ (1= bon, 2= passable, 3= altéré)

Q16- lieu d'accouchement\\_\_\_\_\_\ 1= TSF Pablo Valentin ; 2= ASACOHI

Q17- Qualification de l'accoucheur : \\_\_\_\_\_\ 1= Sans aucune aide, 2= Parent (belle-mère, grand-mère, tante, sœur), 3= une assistance domestique, 3= un chauffeur de taxi, 4= sage- femme, 5= interne, 6=matronne 7= autre : à préciser

Q18- Complication /\_\_\_\_\_/ 1=Oui ; 2= Non

Si Oui la Nature :..... **IV-**

### EXAMEN DU NOUVEAU – NE

Q19- Nombre d'enfant : /\_\_\_\_\_/

Q20- Section du cordon \\_\_\_\_\_\ 1= Lame Neuve, 2= Lame déjà Utilisée, 3= Ciseaux Stériles, 4= Ne sait pas

Q21- Survie du nouveau-né /\_\_\_\_\_/ 1= Vivant, 2= Décédé

Q22- Score D'APGAR à l'arrivée : /\_\_\_\_\_/

Q23- Réanimation : /\_\_\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

Q24- Sexe /\_\_\_\_\_/ 1= M 2= F

Q25- Poids (en gramme) /\_\_\_\_\_/g

Q26- Taille (en centimètre) /\_\_\_\_\_/cm

Q27- Température (Degré Celcius) : /\_\_\_\_\_/°C Q28-

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

- Si oui la nature : .....

Q29-Autres lésion /\_\_\_\_\_/ : 0= Rien à signalé, 1=traumatisme, 2=fracture, 3=bosse sérosanguine,

4=Ecchymoses, 5=aucune

## V SATISFACTION DES REpondantes

Q30- appréciation cout : /\_\_\_\_\_/

1= élevé ;

2= Abordable ;

3= très abordable

Q31-Raison des accouchements hors maternité:/\_\_\_\_\_/

1= Mauvaise accueil et comportement des personnels ;

2= Peur/angoisse

3= Surprise par le travail d'accouchement ;

4= Manque de moyens financiers et de transport

5=But abortif ou infanticide,

6=Accouchement à domicile habituel,

7= Négligence et ignorance,

8= Absence du mari ou des parents,

9= intention d'arrivée à dilatation cervicale complète

10= Autres : .....

Q32- Comportement du personnel à l'arrivée /\_\_\_\_\_/

1= très Appréciable

2= Peu appréciable

3= pas appréciable.

## **ANNEXE 2 :**

### **FICHE SIGNALTIQUE**

**Nom :** Sidibe

**Prénom :** Alhassane

**Titre de la thèse :** Les accouchements non assistés à domicile dans deux quartiers du district sanitaire de la commune II de Bamako, Mali

**Directeur de thèse :** Professeur Hamadoun SANGHO

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays de soutenance :** Mali

**Année de soutenance :** 2020

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** La bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Sante publique et Gynecologie-Obstetrique.

#### **Résumé français :**

##### **Introduction :**

Du désir d'enfants à la première année de vie du nouveau, la période qui entoure la grossesse et la naissance est susceptible d'influencer de façon importante et durable la santé physique, mentale et sociale de la mère et de l'enfant, et de leur entourage.

Un accouchement non assisté est un accouchement non médicalement assisté, c'est à dire en l'absence de personnel de la profession médicale tels que sage-femme, obstétricien, gynécologue, ou médecin généraliste. Dans le monde moderne, une telle naissance se passe le plus souvent à la maison, c'est donc aussi une forme d'accouchement à domicile mais pas un accouchement assisté à domicile.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale, analytique avec recueils rétrospectives et prospectives des données. Nous avons voulu comparer deux groupes de femmes résidant dans deux quartiers différents et ayant accouché à domicile sans assistance médicale.

**Résultats :** Nous avons enregistré durant l'année 2018, 518 accouchements soit 24 non assistés à domicile dans le centre de santé Pablo Valentin et 664 accouchements soit 24 non assistés à domicile à l'ASACOHI. Les fréquences étaient de 4,43 % au TSF (Sans fil) et 3,43 % à l'hippodrome. La tranche d'âge de 25-34 ans était la plus représentée ; avec un âge moyen de 25,98 ans. Les femmes non scolarisées ont été la plus représenté dans notre échantillon dans les deux quartiers avec une légère augmentation de 12,5% au TSF sans fils. Les femmes Bambara étaient les représentées avec 37,5% au TSF et 41,7% à l'Hippodrome suivi des Peulhs avec

16,7% au TSF et 12,5% à l'Hippodrome. On a noté une prédominance des paucipares au TSF (Sans Fil) alors que c'étaient les multipares qui étaient représentées à l'Hippodrome. La grande majorité des patientes de l'hippodrome trouvait le cout de la prise en charge relativement abordable (79,2%) alors que moins de la moitié de celles qui habitent au TSF (sans fi) (45,8%) le trouvais assez élevé par rapport à leurs revenus. Dans notre étude les raisons les plus évoquées à l'hippodrome étaient la surprise du travail d'accouchement avec 43,8% contre le manque de moyens de finance et de transport 35,4% au TSF. La négligence/ignorance et la peur (8,3% à l'hippodrome et 4,2% au TSF), le mauvais accueil (4,2% au TSF) et les buts abortifs/infanticide (8,2%) était quelque fois cité.

**Mots clés : Santé Communautaire ; Accouchements ; Non Assisté ; Domicile ; Commune II ; Aspects Socio-Démographiques.**

## **IDENTIFICATION SHEET**

Family Name : SIDIBE

First Name : Alhassane

Thesis Title Unassisted home births in 2 district sanitaire of Commune II in Bamako District

Director of Thesis : Professor Hamadoun SANGHO

City of Procurement : Bamako

Country of Procurement: Mali

Year of Procurement :2019-2020

Place of registration Library of the faculty of Medicine and Odonto Stomatology.

Sector of interest : Public health, gynecology and obstetrics English

Summary:

Introduction: From the desire to have a child to the first year of life of the newborn, the period around pregnancy and birth is likely to have a significant and lasting influence on the physical, mental and social health of the mother, child and their entourage.. An unassisted childbirth is a non-medically assisted delivery, that is to say in the absence of personnel from the medical profession such as, midwife, obstetrician, gynecologist, or general practitioner. In the modern world, such a birth occurs most often at home, so it is also a form of home birth but not an assisted home birth.

Methods: it was an analytical study with retrospective and prospective data collections. We wanted to compare two groups of women living in two different district who gave birth at home without medical assistance.

Results : During the year 2018, we recorded 518 childbirth and 24 unassisted home childbirth at the Pablo Valentin health center and 664 childbirth or 24 unassisted home births at ASACOHI. The frequencies were 4.43% at the TSF (sans fil ) and 3.43% at Hippodrome. The 25-34 age group was the most represented ; with an average age of 25.98 years. Out-of-school women were the most represented in our sample in the two districts with a slight increase of 12.5% in the wireless TSF. There was a predominance of pauciparous at the TSF (sans fil) while it was the multiparous who were represented at Hippodrome. The vast majority of patients found the cost of care relatively affordable (79.2%) while less than half of those who live at the TSF (sans fil), (45.8%) found it fairly high compared to their income. In our study the most cited reasons at the racetrack were the surprise of childbirth with 43.8% against the lack of finance and transport 35.4% at TSF. Neglect / ignorance and fear (8.3% at the racetrack and 4.2% at the TSF), bad reception (4.2% at the TSF) and abortive / infanticide goals (8.2%) were sometimes cited.

Keywords : Community Health ; Childbirth ; Unassisted ; Home ; Commune II ;  
SocioDemographic Aspects.



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant

L'effigie d'**Hippocrate**, je promets et je jure, au nom de l'**Être Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

**Je** donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

**Admis** à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

**Respectueux** et reconnaissant envers mes maitres, 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 méprise de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !**