

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONAL

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple – Un but – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

DIRECTION NATIONALE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Année 2005 - 2006

No....

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

TITRE :

**Accouchements non assistés dans le centre
de santé de référence de la commune I**

THESE:

Présentée et soutenue publiquement le **06/ 09/ 06**
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'odonto-
stomatologie.

Par Mr **OUOLOGUEM ALY DAOUDA**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président du jury : Professeur Traoré Mamadou

Membres : Docteur Soumaré Modibo
Docteur Touré Samba

Directeur de thèse : Professeur Sy Aida Sow

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATION

DOYEN:

Anatole TOUNKARA
Professeur

1^{er} ASSESSEUR:

Drissa DIALLO
MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR:

Sékou SIDIBE
MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL:

Yénimegue Albert DEMBELE
Professeur

AGENT COMPTABLE:

Mme COULIBALY Fatoumata TALL
CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
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

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 Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique

▪ D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie

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

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie

Mr Bougouzié SANOGO Gastro-entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra 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 DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

▪ D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique Chef de D.E.R
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique

▪ CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie-Organique

▪ ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie



**DEDICACES/
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Je dédie affectueusement ce travail à :

Allah le Tout Puissant

Vous qui m'avez guidé mes pas chaque jour, merci pour cette volonté et ce courage que vous m'avez donné. Aidez-moi par cette formation à sauver des vies et aussi peut-être à apaiser des cœurs blessés.

Mes pères : Moussa Ouologuem, Abdoulaye Ouologuem, Idrissa Ouologuem, Aly Ouologuem, Diadié Ouologuem, Issa Ouologuem et Nouhoum Ouologuem,

Feu Djibril Ouologuem : Paix a son âme :

Merci pour vos multiples conseils et bénédictions.

Vous n'avez ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail.

Chers pères trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Mon père : Daouda Laya Ouologuem

Je suis fière d'être votre fils, vous vous êtes battus afin que nous puissions tous aller à l'école. Et vous avez su inculquer en nous les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Vous n'avez ménagé aucun effort, aucun sacrifice pour que vos enfants bénéficient de la meilleure éducation que vous puissiez leur offrir. Infatigable papa pour la réussite de ses enfants.

Trouvez ici cher père la récompense de vos immenses sacrifices.

Ma mère : Adama Ouologuem

Courageuse et dévouée mère, vous avez toujours su nous inculquer les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse.

Les mots me manquent aujourd'hui pour vous exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices et le labeur que vous avez endurés pour nous.

Que Dieu le Tout Puissant vous accorde longue vie, bonne santé et surtout plein de bonheur.

Mes frères et sœurs:

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

Soyons et restons unis dans la vie, seul le travail est souverain pour éviter l'humiliation et vaincre l'ennemi. Puisse le Tout Puissant nous donner longue vie et bonne santé pour que nous accomplissions dignement notre devoir. Puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeure inébranlable.

Ce travail est le vôtre.

A ma chère Tante : Aissata Ouologuem :

Votre courage, votre amour pour vos enfants et votre souci pour le bien être humain font de vous une personne remarquable. Votre soutien moral et matériel ne m'a jamais fait défaut tout au long de mes études. Je ne saurais jamais vous remercier assez.

Ce travail est le fruit de vos sacrifices et de vos bénédictions.

Que le Tout Puissant vous accorde longue vie et bonne santé.

A mes deux défuntés grands-mères : Feu ISSA Ouologuem et Feu Mariam Tembely.

Que la terre vous soit légère et vos âmes reposent en paix.

Merci pour l'affection et les bénédictions.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements à :

Toutes les familles Ouologuem à Banconi, Sikoroni, Faladjé, Hippodrome et à Magnambougou.

Merci pour l'affection et le soutien.

A mon homonyme : Docteur Tembely Aly

Votre humanisme, votre disponibilité et votre souci pour le travail bien fait sont constants. Vous avez été pour moi un exemple de réussite. Trouvez ici mes profonds sentiments de reconnaissance.

Qu'Allah le Tout Puissant vous garde encore longtemps près de nous.

Mes cousins et cousines :

Merci pour l'affection et le soutien tout au long de mes études

Mes oncles et tantes maternels :

Merci pour le soutien à l'endroit de votre neveu.

A la famille Kane Diallo à Magnambougou.

Au centre de santé communautaire de Banconi (ASACOBA)

Merci pour le soutien matériel tout au long de ce travail.

Mes tantes et mamans: Rokia Guindo, Malado Ouologuem, Aissata Ouologuem, Neissa, Dindin, Ambaga, Hassanatou.

Merci pour le soutien, ce travail est le vôtre.

Mes aînés :

-Dr Yattara sidy :

Vous m'avez donné goût à la confraternité. Votre soutien moral et matériel ne m'a jamais manqué tout au long de ce travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Puisse le Tout Puissant nous donner longue vie et bonne santé.

Puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeure inébranlable.

Ce travail est aussi le vôtre.

**-Dr Diassana Mohamadou, Dr Traore Samba, Dr Togola,
Dr Bagayogo:**

Merci pour la qualité de l'enseignement :

-A mes collègues et ami (es) de la FMPOS

-Tous les personnels du CSRef CI ;

Les aides soignantes du CSRef CI;

A tous les internes du CSRef CI ;

Au corps professoral de la FMPOS.

A tous ceux de loin ou de près qui ont contribué à ma formation et/ou à l'élaboration de ce travail.



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et Président du jury : Professeur Traoré Mamadou

Professeur Agrégé de gynécologie obstétrique,

Chef du service du Centre de Santé de Référence de la CommuneV,

Secrétaire Adjoint de la SAGO (Société Africaine de Gynécologie Obstétrique),

Membre du réseau Malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Cher Maître :

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury en dépit de vos multiples occupations. Votre enseignement de qualité, votre rigueur scientifique et votre simplicité font de vous un maître admiré.

Soyez assuré cher Maître de notre immense gratitude et de notre profond respect.

Puisse le seigneur vous accorder toute sa grâce.

**A notre maître et juge de thèse Docteur Soumaré Modibo :
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique,
Chef de l'Unité Gynéco obstétrique du centre de santé de
référence de la commune I.**

Cher maître :

Votre sens pratique et votre grande disponibilité ne peuvent inspirer que respect et admiration.

En plus de l'enseignement remarquable dont nous avons bénéficié, vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité et d'humilité.

Puisse l'éternel vous accorder une carrière longue et brillante.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

.

A notre maître et juge de thèse : Docteur : Samba Touré
Spécialiste en Gynécologie 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 Directeur de thèse : Professeur SY Aida SOW :
Maître de conférence en gynécologie et obstétrique de la Faculté,
de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie du Mali,
Chef de l'Unité Gynéco Obstétrique du Centre de Santé de
Référence de la Commune II.**

Cher maître :

Nous vous sommes gré de l'insigne honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger cette thèse. Vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admiré et respecté. Vos encouragements et Votre sympathie nous ont toujours soutenus.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude, de notre admiration et notre attachement indéfectibles.

Que le seigneur vous accorde une longue vie et bonne santé.

ABREVIATIONS :

AAD : Accouchement à domicile

ASACOBBA : Association de santé communautaire de Banconi

ASACOBOUL : Association de santé communautaire de Boulkassoumbougou

ASACODJE : Association de santé communautaire de Djélibougou

ASACODIAN : Association de santé communautaire de Dianguinebougou

ASACODOU : Association de santé communautaire de Doumantzana

ASACOFADJI : Association de santé communautaire de Fadjiguila

ASACOKONORD : Association de santé communautaire de Korofina Nord

ASACOKOSA : Association de santé communautaire de Korofina Sud.

ASACOMSI : Association de santé communautaire de Mekin-Sikoro

ATCD : Antécédent

AV JC : Avant Jésus Christ

AP JC : Apres Jésus Christ

CPN : Consultation prénatale

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREFCI : Centre de santé de référence de la commune I

CU : Contraction utérine

CUD : Contraction utérine douloureuse

DNS : Direction nationale de la santé

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie

GATPA : Gestion active de la troisième période d'accouchement

HTA : Hypertension artérielle

HU : Hauteur utérine

HGT : Hôpital Gabriel Touré

IIG : Intervalle intergénésiq

IM : Intra musculaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

RPM : Rupture précoce des membranes

SA : Semaine d'aménorrhée

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION.....	1
II –GENERALITES.....	4
III – METHODOLOGIE.....	27
1 - Cadre d'étude.	
2 – Type d'étude.	
3 – Période d'étude	
4 - Population d'étude ;	
5 - Critères	
6 - Variables.	
7 - Collecte des données	
8 – Aspect éthique.	
IV – RESULTATS.....	33
V – COMMENTAIRES/ DISCUSSION.....	80
VI – CONCLUSION / RECOMMANDATIONS.....	87
VII – REFERENCES.....	92
VIII – ANNEXES.....	97



INTRODUCTION

I – INTRODCUTION:

A – justification de l'étude:

L'accouchement non assisté qui a disparu dans les pays développés depuis les années 1950, persiste dans les pays en développement et en particulier au Mali [12].

Nombreuses sont les femmes qui n'ont pas accès à des services de soins de santé moderne dans ces pays [18].

Dans le monde, la fréquence des accouchements non assistés varie d'une région à une autre [32].

En Afrique, on estime de 60 à 80 % selon l'OMS [37], les femmes qui accouchent sans assistance médico-obstétricale. La majorité d'entre elles accouche sans aucune aide, certaines avec l'aide de personnes non qualifiées. Ces accouchements se déroulent d'ordinaire dans un environnement peu salubre, et aussi la plupart de ces femmes ne bénéficient pas de soins prénatals, ni de conseils de planifications familiales [18].

A Bamako, 10,8 % des naissances ont eu lieu sans assistance médicale [18]. En effet, le lieu de ces accouchements 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 [32].

Le plus souvent l'accouchement non assisté est accidentel et non préparé [12].

Plusieurs études ont été réalisées sur le sujet en Afrique et au Mali [1, 24, 42].

Ces différents travaux ont mis en évidence non seulement une fréquence élevée des accouchements non assistés, mais également des complications graves.

Pour pallier ce phénomène aux conséquences obstétricales et socio-économiques lourdes, depuis plus d'une dizaine d'années environ, de nombreuses restructurations ont été opérées par le Gouvernement Malien, dans le but de rapprocher d'avantage les services de soins de santé à la population, de même que l'amélioration de la qualité des services.

Parmi ces différentes reformes, on peut citer :

- Le programme de Maternité Sans Risque.
- La Politique de Population qui accorde une place de 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 à accoucher sans assistance médico-obstétricale, même en milieu urbain.

Pour comprendre ce phénomène, nous avons entrepris cette étude dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako en nous fixant comme objectifs :

B – OBJECTIFS :

1 - Objectif Général :

- Etudier les accouchements non assistés dans le centre de santé de référence de la commune I (CSRCI)

2 - Objectifs spécifiques :

- Décrire le profil socio-démographique des accouchées sans surveillance médico-obstétricale ;
- Déterminer la fréquence des accouchements non assistés ;
- Identifier les facteurs de risque des accouchements non assistés ;
- Evaluer le pronostic maternel et néonatal ;
- Identifier les raisons qui sous-tendent ces accouchements.



GENERALITES

II GENERALITES :

A-Historique des soins de santé maternelle et pratiques : actuelles de la santé:

1- Historique :

L'une des plus anciennes composantes des soins de santé est certainement l'obstétrique, l'aide à l'accouchement, que ce soit par les soins d'une parente ou d'une accoucheuse du village, se trouve dans presque toutes les civilisations[12].

Une enquête de l'OMS [36] en 1980 sur les pratiques traditionnelles de l'accouchement montre que bon nombre d'entre elles sont physiologiquement fondées et parfois bénéfiques, qu'il s'agisse d'adopter une posture traditionnelle (accroupie, agenouillée ou debout) pour accoucher, attendre que le placenta ait été expulsé pour couper le cordon ; de pratiquer l'accouchement dans les cases spéciales comportant une source de chaleur etc.....

Cependant, il est vrai que certains rituels accompagnant la naissance sont inoffensifs, et à l'occasion peuvent être dangereux.

La professionnalisation de l'accouchement remonte à la fin du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle [12]. L'importance des soins prénatals est apparue avec la reconnaissance des facteurs de risques. Le souci d'offrir des prestations de qualité et des soins plus spécialisés à déplacer progressivement les accouchements du domicile ou du village vers les structures sanitaires. Les nouveaux aspects techniques de l'accouchement se trouvaient ainsi privilégiés aux pratiques anciennes et la tâche du personnel de santé ainsi facilitée, au point que beaucoup d'aspects personnels et familiaux de la naissance furent abandonnés.

Dans ces dernières années la notion de lien familial a été découverte et réintroduite dans les pays développés tels que la Hollande, la Suède..... [12].

Il faut espérer que cet aspect de l'accouchement sans complication pourra être sauvegardé, sans porter préjudice aux autres améliorations.

2-Pratiques actuelles :

Au cours de l'histoire récente des services de santé maternelle, l'impact du développement des techniques et de l'accroissement des efforts en personnel médical et paramédical a été considérable.

L'identification des facteurs de risque de la grossesse, le perfectionnement des techniques d'accouchement (GATPA, monitoring) [32] ainsi que l'apparition d'option de recours plus performant sont autant d'éléments qui ont contribué aux progrès constatés.

Relativement plus ancienne, la consultation prénatale est à nos jours le service de santé maternelle à orientation clinique le mieux établi, même s'il n'est pas toujours facile de persuader les gestantes d'y recourir suffisamment tôt et fréquemment.

Dans le programme de soins de santé primaire, ce sont en générale les sages femmes ou les infirmières chargées des soins prénatals dans les structures de santé qui s'occupent également des accouchements. De ce fait, il arrive souvent qu'elles connaissent les mères et leurs antécédents médicaux et obstétricaux.

Certaines femmes ne viennent pas aux consultations prénatales, mais se présentent aux centres de santé pour y accoucher. D'autres au contraire se rendent aux consultations prénatales, mais pour une raison ou une autre, accouchent chez elles, avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle ou d'un membre de la famille, mais le plus souvent sans aucune aide.

Avec l'accroissement des efforts en infrastructure sanitaire, en personnel médical qualifié et l'apparition d'option de recours plus performants, la maternité sans risque, que ce soit dans les centres privés où dans les établissements publics de soins, reste à l'ordre du jour.

L'étude de l'évolution historique de la mortalité maternelle et néonatale au Mali a permis de mettre en évidence trois grands axes d'actions comme facteurs de réduction de la mortalité maternelle et néonatale [33]:

A savoir.

- Les consultations prénatales de qualités (CPN) ou CPN recentrées,
- Les accouchements en maternité par un personnel de santé qualifié,
- La planification familiale.

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 [12]:

-Hippocrate : (460-370 av JC) 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 présentation du sommet.

-Avicenne (980-1037 ap JC) pratiquait la version par manœuvre interne dans les présentations de l'épaule et du siège.

-Chamberlain (1531-1596) inventa le FORCEPS.

B GENERALITES:

ACCOUCHEMENT :

A-Définition :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence l'expulsion du fœtus et des ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 SA)

L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^{ème} semaines (259 jours) et la fin de la 41^{ème} semaines (293 jours) est dit à **terme**. S'il se produit avant la 37^{ème} semaine de grossesse, il est dit **prématuré**.

L'accouchement est dit **spontané** s'il se déclenche de lui-même, il est **provoqué** lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure. Il est **naturel** s'il se fait sous l'influence de la seule physiologie. Il est **artificiel** quand il est le résultat d'une intervention.

Enfin, il est **eutocique** quand il s'accomplit suivant un déroulement normal, il est **dystocique** dans le cas contraire.

B- Mécanisme général de l'accouchement:

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- L'effacement et la dilatation du col,
- L'expulsion du fœtus,
- La délivrance (expulsion des annexes : placenta et membranes)

Ces trois périodes portent aussi le nom du travail.

1) L'effacement et la dilation du col :

Ils sont initiés par l'apparition des contractions utérines du travail et de leurs conséquences et se terminent lorsque la dilatation est complète.

Les conséquences des contractions utérines :

- Effets sur utérus lui-même : formation et ampliation du segment inférieur, effacement et dilatation du col.
- Effets sur le pôle fœtal : Formation de la poche des eaux.
- Effets sur le mobile fœtal : Progression du fœtus dans la filière pelvienne ou phénomène mécanique de l'accouchement.

L'accommodation s'opère :

- par orientation,
- par amoindrissement.

La traversée de la filière pelvienne comprend trois temps :

- L'engagement : le franchissement du détroit supérieur
- La descente, qui s'accompagne de rotation,
- Le dégagement : le franchissement du détroit inférieur.

Ces mécanismes se répètent pour chaque segment du mobile fœtal :
Tête, épaule, siège ou inversement.

2) Période d'expulsion :

Elle s'étend de la dilatation complète jusqu'à la naissance, elle comprend en fait deux phases :

- l'achèvement de la descente et celui de la rotation de la présentation,
- L'expulsion proprement dite, au cours de laquelle les efforts expulsifs maternels contrôlés et dirigés viennent s'ajouter aux contractions utérines.

- **Physiologiquement** : Divers phénomènes se passent :

- Phénomènes dynamiques : Les contractions utérines se renforcent par des contractions volontaires des muscles striés de la sangle abdominale ; la poussée qui caractérise cette action met en jeu le mécanisme de l'effort abdominal : ampliation thoracique par inspiration profonde et fermeture de la glotte ; abaissement du diaphragme tandis que la contraction des muscles abdominaux comprime l'utérus de haut en bas et d'avant en arrière, chassant le mobile fœtal vers l'orifice vulvaire
- Phénomène mécanique (dégagement) : possible lorsque la dilatation est complète, présentation descendue et orientée, les membranes rompues.
- Phénomènes plastiques : Ce sont des déformations subies par le fœtus lors de son passage dans toute la filière pelvi-génitale.
- Déformations intrinsèques : Ce sont le chevauchement des os du crâne, et la bosse séro-sanguine.

- **Cliniquement** :

La contraction s'accompagne du besoin de poussée, qui ne devra être, effectif que lorsque la présentation sera sur le périnée et bien orientée. Sous l'influence simultanée de la contraction et de l'effort abdominal, le bassin bascule [32]. On note la poursuite de la dilatation vulvaire conformément aux dimensions de la présentation. Celle-ci ayant franchi l'orifice, le retrait du périnée en arrière dégage complètement la présentation

➤ **La conduite à tenir pratique du travail d'accouchement :**

A l'arrivée en salle d'accouchement, on commencera par un interrogatoire minutieux, un examen général et obstétrical.

Pendant le travail : On appréciera la HU, le rythme cardiaque fœtal, les CU, la dilatation cervicale, le type et la variété de la présentation, le degré d'engagement, le bassin et la coloration du liquide amniotique (si poche des eaux rompue), les paramètres maternels. Tous les résultats des différents examens et thérapeutiques sont consignés sur le partographe.

A dilatation complète lorsque la tête fœtale est appliquée contre le périnée et orientée suivant l'axe antero-postérieur de l'ouverture périnéale commence la période d'expulsion

C'est le moment propice de faire pousser la parturiente.

Le dégagement de la présentation doit s'opérer lentement en observant le périnée dont il faut éviter la déchirure en le protégeant.

L'accouchement dirigé :

Pratiqué par un personnel averti, il met la mère et l'enfant dans de meilleures conditions.

Les interventions :

- la rupture artificielle des membranes,
- l'utilisation d'ocytociques, et d'analgésiques,
- L'anesthésie péridurale si possible.

3) La délivrance :

C'est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle comprend :

- la phase de décollement,
- la phase d'expulsion,
- l'hémostase.

➤ **Délivrance naturelle :**

Bien des accidents en rapport avec la délivrance sont dus qu'à trop de hâte ou à une faute technique. La phase de décollement doit être respectée. Pendant ce temps la tension artérielle et le pouls sont évalués, le saignement vulvaire est surveillé et l'on vérifie si l'utérus est bien rétracté.

On intervient qu'à la troisième phase lorsque le placenta décollé se trouve dans le vagin.

➤ **La délivrance active dirigée : Où gestion active du troisième stade de travail [32]:**

La délivrance du placenta le plutôt possible après l'accouchement prévient la perte de sang.

La prise en charge active du 3^{ème} stade du travail permet d'accélérer la délivrance et diminue la perte sanguine. Il a été démontré que la prise en charge active du 3^{ème} stade du travail réduisait l'incidence de l'hémorragie du post-partum immédiat.

Cette prise en charge consiste à :

- Administrer de l'ocytocine à la femme immédiatement en IM après l'expulsion du fœtus, et s'être assuré de l'absence d'un autre fœtus ;
- Exercer une traction mesurée sur le cordon, tout en stabilisant l'utérus

• **Ocytocine :**

- Dans la minute qui suit l'accouchement, palper l'abdomen de la femme pour s'assurer de l'absence d'un autre fœtus et administrer 10 UI d'ocytocine en IM.
- On recommande d'utiliser l'ocytocine parce que d'une part, elle agit dès la 2^{ème} ou 3^{ème} minute après injection et d'autre part ses effets secondaires sont minimes. A défaut on peut injecter 0,2mg d'ergométrine en IM ou donner 600 mcg de misoprostol par voie orale.

NB : Ne jamais donner d'ergométrine aux femmes présentant une pré-éclampsie, une éclampsie, une hypertension artérielle ou une hémoglobinopathie (drépanocytose), ou porteuse fibrome utérin. Car cela accroît le risque de convulsion ou d'accident vasculaire.

- Traction mesurée sur le cordon ombilical :

- * Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte-tampons. Maintenir le cordon et la pince dans une main.
- * Exercer une contre pression sur le fond utérin
- * Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes s'enroulent sur elles-mêmes
- * Examiner soigneusement le placenta et les membranes pour être sûr qu'il est complet.
- * Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se rétracte.
- * Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures.

➤ LE MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT :

Figure N° 1: Cylindre de descente et axe de progression [32]. Vue de profil, postérieure droite :

La traversée de ce cylindre constitue le phénomène mécanique de l'accouchement.

- 1-cylindre de descente
- 2-plan du détroit inférieur
- 3- premier axe de descente
- 4-deuxième axe de descente
- 5-axe de sortie

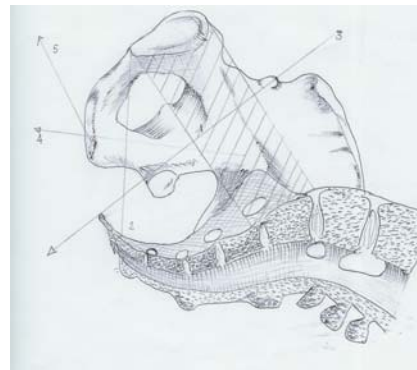
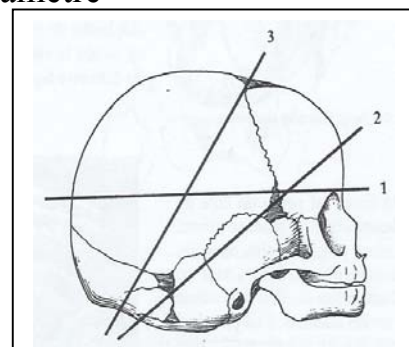


Figure N°2: Diamètres céphalique fœtal [32] Vue de profil :

La tête se fléchi et se présente par son plus petit diamètre

- 1 - occipito-frontal
- 2 - sous occipito-frontal
- 3 - sous occipito-bregmatique

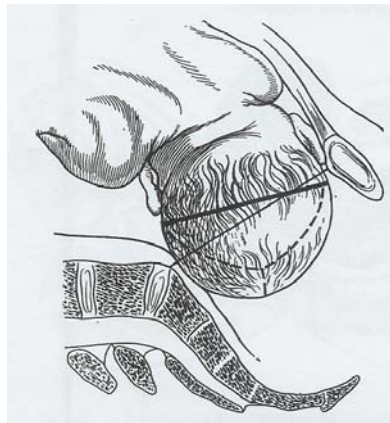


Le franchissement de la filière pelvienne comporte trois étapes qui s'enchaînent et se chevauchent :

- **L'engagement** : Il est précédé par deux phénomènes préparatoires qui sont :
- **L'orientation** de son grand axe suivant l'un des diamètres obliques du bassin qui mesure 12 cm.
- **L'amoindrissement** est assuré par la flexion de la tête.

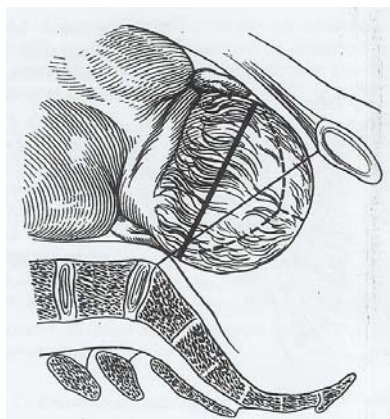
Le diamètre occipito-frontal se substitue au diamètre sous occipito-bregmatique. L'engagement proprement dit se fait soit par synclitisme ou par asynclitisme.

Figure N°3: Asynclitisme postérieur [32]. Vue de profil :



La bosse pariétale postérieure passe par inclinaison latérale de la tête vers l'épaule antérieure.

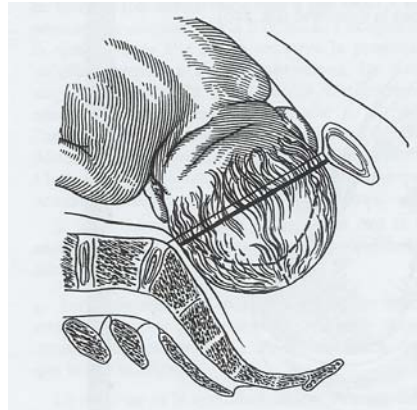
Figure N° 4 : Asynclitisme antérieur [32]. Vue de profil :



La bosse pariétale antérieure passe par inclinaison latérale de la tête vers l'épaule postérieure.

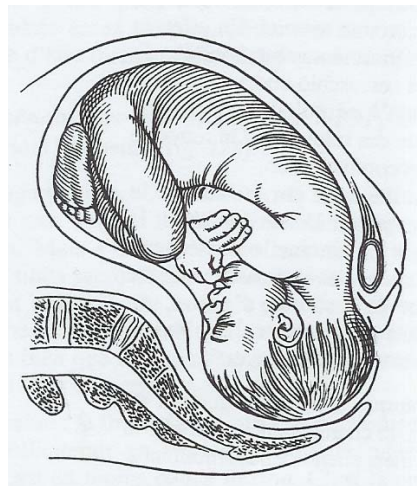
L'asynclitisme est nécessaire en cas de disproportion-foeto-pelviennne.

Figure N° 5 : Le synclitisme [32]. Vue de profil :



La tête accommodée va glisser à travers le déroit supérieur ; les deux bosses pariétales passent simultanément.

Figure N° 6: Descente et rotation en OP. [32]. Vue de profil :

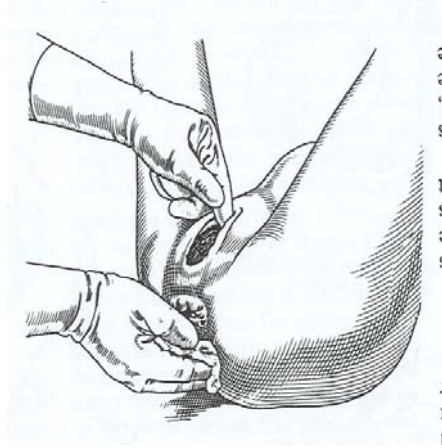


La tête descend suivant l'axe ombilico-coccygien de la mère, puis tourne de 45° de gauche à droite dans l'excavation pelvienne. L'occiput arrive ainsi au bord inférieur de la symphyse pubienne, la tête est dès lors en occipito-pubienne bien orientée pour se dégager.

DEGAGEMENT :

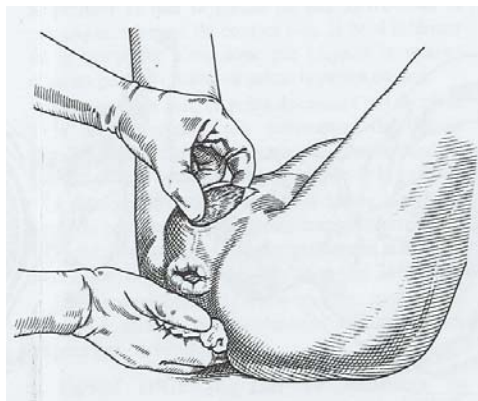
Le dégagement n'est possible qu'après le parachèvement des phénomènes de la période précédente : modifications segmento-cervicales, ovulaires et mécaniques.

Figure N° 7 : Accentuation de la flexion de la tête. Vue de face [32].



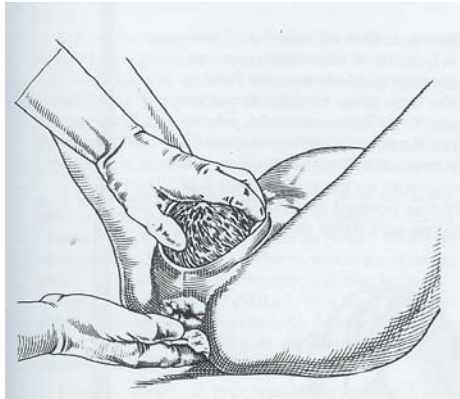
La main droite agit sur la tête à travers le périnée pour en aider la déflexion, la main gauche agit sur la tête directement pour modérer le mouvement.

Figure N° 8 : Déflexion de la tête [32]. Vue de face :



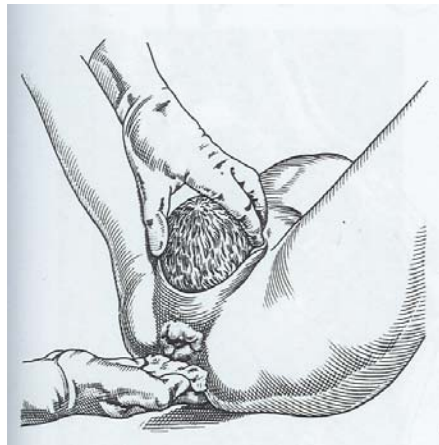
Les doigts de la main droite commencent à aider la déflexion en exerçant une pression sur le front. Puis ils cherchent en arrière, entre l'anus et la pointe du coccyx, à accrocher le menton.

Figure N° 9 : Suite de la déflexion de la tête. [32]. Vue de face :



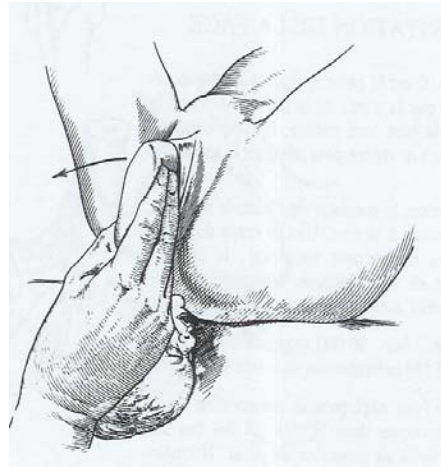
La main gauche posée à plat sur le crâne, retient une déflexion parfois trop brutale, surtout pendant les contractions utérines.

Figure N° 10 : Franchissement de la grande circonférence céphalique de l'anneau vulvaire. [32]. Vue de face



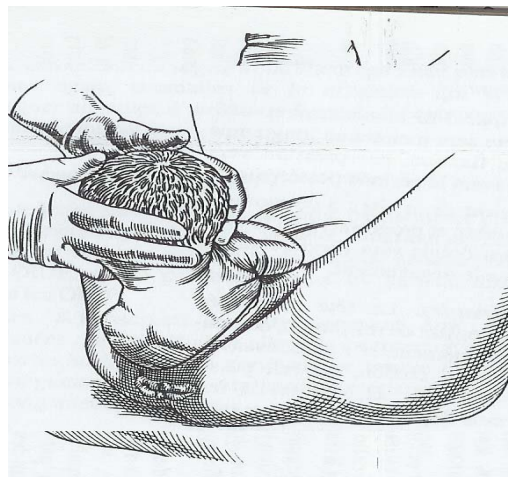
Le périnée postérieur se distend, la main droite peut aider à le rabattre au-delà du menton. L'accouchement de la tête est terminé

Figure N° 11 : Dégagement de l'épaule et du bras antérieur [32]. Vue de face



L'opérateur saisit la tête de ses deux mains placées latéralement et exercent une traction vers le bas jusqu'à bien fixer l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne; le moignon de l'épaule doit être bien dégagé.

Figure N° 12 : Dégagement de l'épaule et du bras postérieur. [32]. Vue de face :



On relève la traction ; l'épaule postérieure se dégage de la commissure postérieure. On rabaisse un peu la traction vers l'horizontal, les membres supérieurs se dégagent sans difficulté

Délivrance

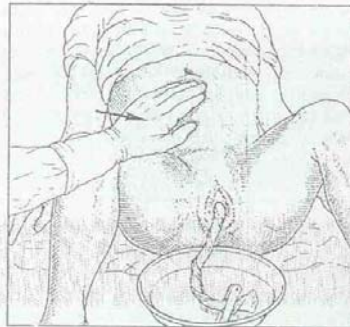
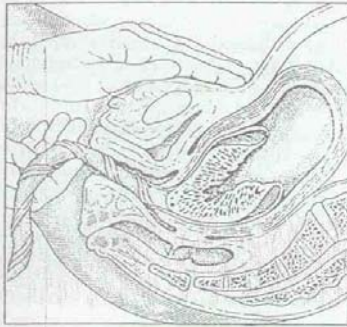


Figure 13 : Décollement placentaire. Vue de profil et de face [32]: Après le décollement du placenta. La main droite appuie sur le fond utérin réduit l'antéversion par une pression d'avant en arrière.

Figure 14 : [32] Apparition du placenta à la vulve. Vue de face : l'antéflexion corrigée, la main droite refoule la masse utérine vers le bas, faisant du même coup pression sur le délivre qui est recueilli à la vulve par la main gauche.

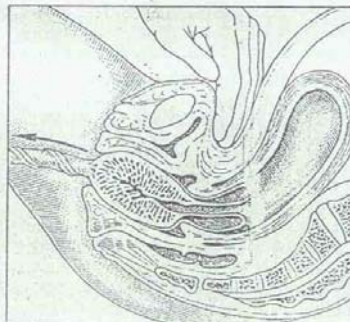
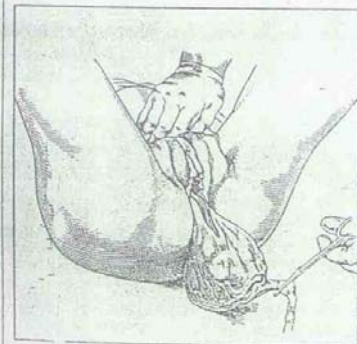
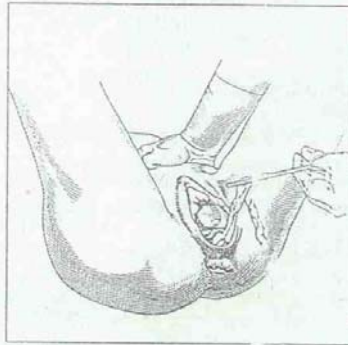


Figure 15 : Expulsion du placenta et membranes respectivement vue de face et profil : l'expulsion du placenta aidée par le déplissement du segment inférieur. Il ne faut pas tirer sur le cordon [32].

B- COMPLICATINS DE L'ACCOUCHEMENT:

1- Déchirures vulvo-périnéales : Elles sont fréquentes au cours de l'accouchement.

Ces lésions se divisent en deux groupes :

- les déchirures postérieures qui sont les plus importantes,
- Les déchirures latérales ou antérieures.

* lésions anatomiques

La déchirure est incomplète lorsqu'elle n'intéresse pas le sphincter anal ; elle est complète lorsque ce muscle est sectionné ; elle est compliquée en plus, la paroi ano-rectale est intéressée

Les déchirures de la vulve intéressent les lèvres ; mais elles atteignent aussi les racines du clitoris. Le périnée profond est moins intéressé par les déchirures de la vulve.

- Etiologie, pathogénie :
 - Causes tenant au périnée lui-même : la valeur du périnée dépend de :
 - . *Sa qualité* appréciée par le toucher, par la sensation de souplesse ou d'inextensibilité ;
 - . *Sa longueur* : les périnées longs se déchirent facilement, mais les périnées courts se déchirent gravement ;
 - . *Son étirement* : le périnée des luxées de la hanche est particulièrement fragile ;
 - . *Son atrophie* ;
 - . *Sa pathologie acquise* : les périnées cicatriciels, les périnées œdémateux et ceux infectés sont fragiles.
 - Causes fœtales : le grand volume de la tête fœtale, certaines présentations (occipito-sacrée, face)
 - Causes obstétricales : Certaines viciations pelviennes (luxation de la hanche), la cyphose.
 - Les applications de forceps, l'extraction de la tête dernière.

- **Examen clinique :**

Les déchirures périnéales peuvent être hémorragiques :

On distingue :

- ***Les déchirures incomplètes*** : qui se divisent en 3 degrés :

.Premier degré : déchirure de la commissure,

. Deuxième degré : le bulbo-caverneux et la partie antérieure du noyau fibreux centrale sont intéressés,

. Troisième degré : tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés.

- ***Les déchirures complètes*** : elle atteint le sphincter de l'an.

- ***Les déchirures complètes et compliquées*** : Atteinte de la paroi anorectale.

➤ **Les lésions vulvaires :**

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

2 – Déchirures du vagin : elles se divisent en trois groupes :

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

3- Déchirures du col :

- Etiologies : les déchirures du col sont spontanées ou provoquées.
 - Spontanées : il s'agit de toutes altérations du tissu qui peuvent être antérieures à la grossesse (traumatismes : déchirures obstétricales précédentes, amputation ou pathologie du col : cancer, lésions inflammatoires),
 - Provoquées : Si au cours de l'accouchement normal on fait pousser la femme trop tôt avant dilatation complète; lors d'une prise de forceps ou une extraction de la tête dernière avant dilatation cervicale complète.
-
- **Complications** : il s'agit de la propagation au segment inférieur qui est même un des mécanismes des ruptures utérines.

4 - Ruptures utérines pendant le travail :

Rares mais se sont les conséquences les plus redoutables

Elles s'observent dans des conditions fort différentes :

a- Certaines soit 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.

C -LES COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE :

1- *Rétention placentaire* :

- Etiologies :
 - Les altérations de la muqueuse utérine (curetage, césarienne corporéale, hystéro plasties, une myomectomie sous muqueuse)
 - Les anomalies placentaires qui peuvent être de siège (placenta praevia) ; de conformation (excès de volume et de surface dans les grossesses gémellaires, macrosomies fœtales) ; ou d'implantation (placenta increta ou percreta ...)
 - Les anomalies de la rétraction utérine : l'inertie utérine, l'hypertonie localisée de l'utérus.
- Variantes anatomiques : La rétention partielle ou totale:

2- *Hémorragies de la délivrance* :

- Etiologie
 - Les rétentions placentaires, l'inertie utérine,
 - Certains troubles de la coagulation : afibrinogénémie.
 - Certaines causes d'ordre thérapeutique : les expressions utérines, une application de forceps, certains produits anesthésiques (fluothane).
- **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 aiguë, le collapsus et parfois le choc)

Délivrance artificielle et Révision utérine :

Matériel :

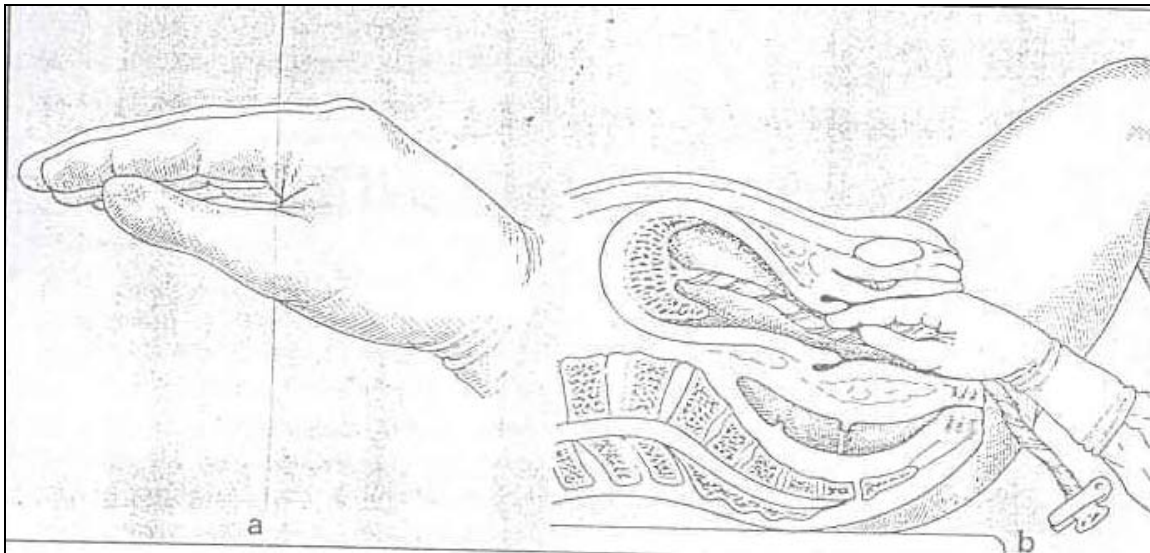
Des champs propres
Liquide aseptique pour nettoyer la vulve

Indication :

Rétention placentaire totale ou partielle
Hémorragie de la délivrance, Extractions instrumentales.

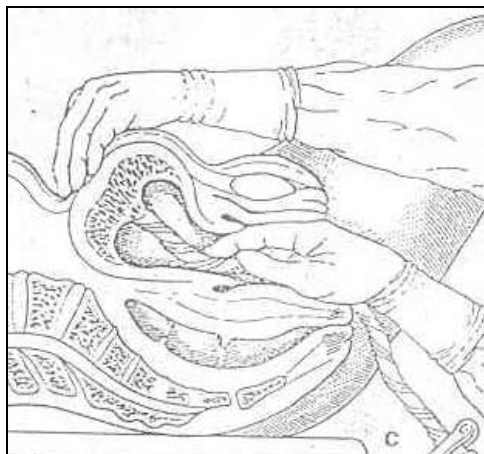
Technique :

Figure 16 : Introduction de la main aseptique. Vue de profil [32] :



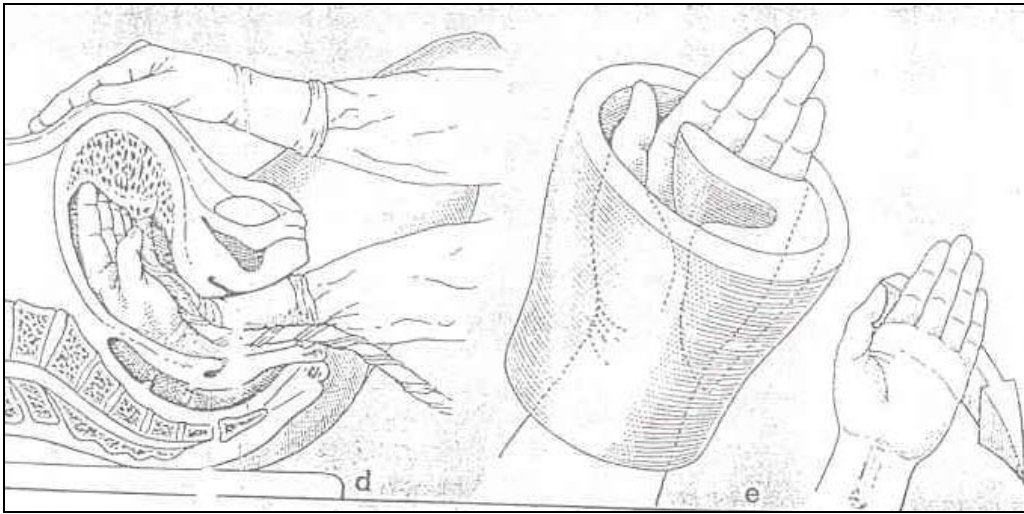
- 1- Réaliser l'asepsie des mains et mettre les gants
- 2- Réaliser l'asepsie de la vulve.
- 3- Introduire la main droite repliée dans le vagin puis dans l'utérus pour la délivrance artificielle ou la révision utérine (a) –Introduire la main gantée dans les voies vaginales, suivre le trajet du cordon (b).

Figure 17 : Direction de la main dans la filière génitale. Vue de profil [32]:



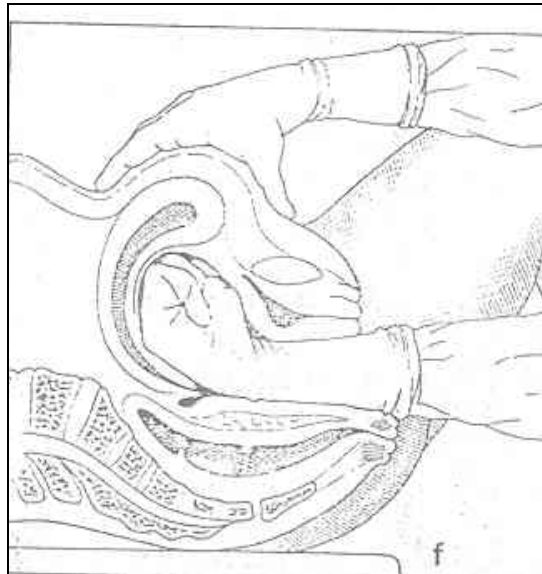
- 4 - La main droite étant introduite dans les voies génitales et dans l'utérus, empaumer le fond utérin avec la main gauche et abaisser le fond utérin vers le pubis (c).

Figure 18 : Décollement du placenta par le bord cubital. Vue de profil [32] :



5 – Repérer l’insertion placentaire (d) puis décoller le placenta à l’aide du bord cubital de la main (e) . 6- Ramener le placenta dès qu’il est décollé

Figure 19 : Révision utérine. Vue de profil [32]:



7- Révision utérine : réintroduire la main dans l’utérus pour vérifier qu’il ne reste plus rien. On sent bien la zone d’insertion placentaire qui est rugueuse.

8- Masser le fond utérin avec la main gauche pour sentir la rétraction utérine, le muscle utérin devient ferme et dur.

9- Faire injecter le Methergin en i.v. ou accélérer la perfusion de syntocinon pour entraîner la rétraction utérine.

Figure 20 : Compression intra utérine par le poing. Vue de profil [32] :



10- Compression avec le poing en cas de d'hémorragie de la délivrance (g).



**METHODOLOGIE/
MATERIEL**

III – METHODOLOGIE/ MATERIEL :

A- CADRE D’ETUDE :

Notre étude s’est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la commune I (CSRCI)

1) Description:

a) La commune I du District de Bamako:

La commune I du District de Bamako s’étend sur une superficie de 34,23 km² soit 12,83% de la superficie totale de Bamako (267km² pour une densité qui est passée de 5345,9 hbts/km² en 1995 à 7528,5 en 2005). La population de la commune I d’après le recensement de 1998 était estimée à 195081 hbts/km² (recensement général de la population source DNSI) [14].

La commune I du District de Bamako est limitée :

- Au Nord et à l’Est par le cercle de Kati.
- Au Sud par le fleuve Niger.
- A l’Ouest par la commune II.

Les principaux quartiers de la commune I sont :

- Banconi
- Boukassoumbougou
- Djelibougou
- Korofina
- Doumantzana
- Fadjiguila
- Mekin-sikoro
- Sotuba

b- Le centre de santé de référence de la commune I :

La carte sanitaire de la commune I :

Le centre de santé de référence de la commune I encadre 10 centres de santés communautaires (cscm) qui sont :

ASACOBA, ASACOMSI, ASACODJE, ASACOFADJI, ASACODOU, ASACOBOUL I, ASACOBOUL II, ASACOKOSA, ASACODIAN, et ASAKONORD.

Le personnel est composé de :

- 13 médecins dont un médecin-chef, un **gynécologue obstétricien**, un pédiatre, un ophtalmologue, un chirurgien, un odonto Stomatologiste, un agent de santé publique, 6 médecins généralistes.
- 23 sages femmes.
- 6 assistants médicaux (3 anesthésistes, 2 agents de santé publique et un odonto-stomatologiste)
- 10 techniciens supérieurs spécialistes (2 ophtalmologues, un anesthésiste, un odonto Stomatologiste, un agent de santé publique, 2 ORL, 3 agents de laboratoire)
- 11 Infirmières 2ème cycle :
- 8 Infirmières 1ère cycle :
- 1 technicien de santé ;
- 15 matrones/ aides soignantes :
- 2 comptables
- 2 chauffeurs :
- 2 manœuvres :
- 4 agents assainissement
- 1 Gardien ;
- 1 Secrétaire :
- 21 Contractuels (2 gynécologues obstétriciens dont un gynécologue stagiaire, 1 médecin-chef, 6 infirmiers de bloc opératoire, 2 surveillants généraux, 1 administration, 2 médecins généraliste, 4 comptables 1 laborantin, 2 pharmaciens)

Les activités : comprennent :

- Les consultations prénatales,
- Les accouchements,
- Les consultations de planification familiale,
- Le suivi des malades hospitalisés,
- Les interventions chirurgicales,
- Les analyses biologiques,
- Les examens échographiques,
- Les consultations des malades externes ;
- Les consultations ORL ;
- Les consultations Ophtalmologiques ;
- Les consultations en Odontologie.

c- La maternité du centre de santé de référence de la commune I :

Situation :

Elle est située vers le coté sud du Csréf entre le bloc des hospitalisations à l'ouest et la pharmacie du centre à l'Est. Au nord par le bloc opératoire.

Elle reçoit les patientes, les gestantes et parturientes des structures de la commune et celles des autres communes du district de Bamako et d'ailleurs.

Les activités sont programmées comme suit :

- Pour les médecins :
- Les consultations sont faites par le médecin Gynécologue obstétricien.
- L'échographie est réalisée tous les jours dans l'après midi, sauf les cas d'urgence.
- 2 jours d'activités chirurgicales.
- La journée commence par le compte rendu de la garde puis la visite des malades hospitalisées, visite au cours de laquelle le Gynécologue Obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires.
- Une fois par semaine se tient un staff pour discuter la prise en charge de certaines pathologies fréquemment rencontrées ;
- Une équipe de garde quotidienne 24h/24, composée d'un médecin, des thésards, d'une sage-femme d'une aide soignante et 2 manœuvres.
- Les accouchements eutociques, les consultations prénatales, consultations post natales et les consultations pour la planification familiale sont assurés par les sages femmes.
- Les accouchements dystociques sont effectués par le médecin aidé par les thésards.

Le bloc de la maternité comprend :

- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement
- Une salle de surveillance du post-partum immédiat (mise en observation), qui sert aussi de salle d'attente des parturientes.
- Une salle pour les sages femmes (sage femme de garde)
- Une salle pour les urgences gynécologiques
- Une salle pour le planning familial et post-natal.
- Une salle pour les consultations gynécologiques externes

- Deux salles pour les consultations prénatales
- Les salles d'hospitalisations sont détachées du bloc de la maternité et situées au coté ouest du Csréf CI et constituées de :
 - 3 grandes salles avec une capacité de 6 lits
 - 2 salles à 2 lits/ salle
 - Une salle pour les thésards
 - Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation
 - Une salle de soins post-opératoires.

Le personnel de la maternité : il est composé de :

- Deux médecins Gynécologue obstétricien (dont un bénévole : personnel d'appui)
- 3 médecins généralistes (personnel d'appui)
- 15 sages femmes réparties dans les différentes unités de la maternité
- 19 thésards (faisant fonction)
- 8 aides soignantes/ matrones

2 -TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective cas- témoin avec appariement 1/1 d'une même tranche d'âge.

3 -PERIODE D'ETUDE :

- l'étude a été menée sur une période de 12 mois (du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006)

4 -POPULATION D'ETUDE :

Notre étude s'est portée sur tous les accouchements non assistés par un personnel de santé qualifié pour le cas. Les accouchées consultant 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 des femmes ayant accouché dans la maternité et enregistrées immédiatement à la suite de la patiente cas.

5-CRITERES :

A- Critères d'inclusion :

Il s'agissait de toutes les patientes âgées de 14ans et plus ayant accouchées à domicile ou en cours de route sans assistance médico-obstétricale et consultant au centre de santé de référence de la commune I.

B -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.

6 -VARIABLES ETUDIEES :

- Ont été étudiés au cours de cette étude : Age, niveau d'instruction ; ethnie ; profession de la parturiente ; statut matrimonial, distance du domicile à la maternité; parité, suivi prénatal ; Accouchement antérieur hors maternité ; Personne ayant assistée la patiente ; lieu de l'accouchement ; lieu de la section du cordon ; lieu de la délivrance ; motif de consultation en maternité; les complications; données néonatales (vitalité et paramètres anthropométrique); raisons des accouchements hors maternité ; sentiment après l'accouchement ; inconvénients des accouchements sans assistance médico-obstétricale.

7- COLLECTE / ANALYSE DES DONNEES :

-Le recueil des données a été effectué à l'aide de questionnaire individuel (fiche d'enquête) portée 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 et l'OR (ood-ratio).

Les différences constatées étaient considérées significatives pour une $P < 0,05$.

8- ASPECT ETHIQUE :

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.



RESULTATS

IV -RESULTATS:

1- Fréquence :

Au cours de la période d'étude, 3010 accouchements ont été enregistrés dont 113 accouchements non assistés, soit une fréquence de 3,8%.

2- Caractéristiques socio-démographiques :

Répartition mensuelle des accouchements non assistés :

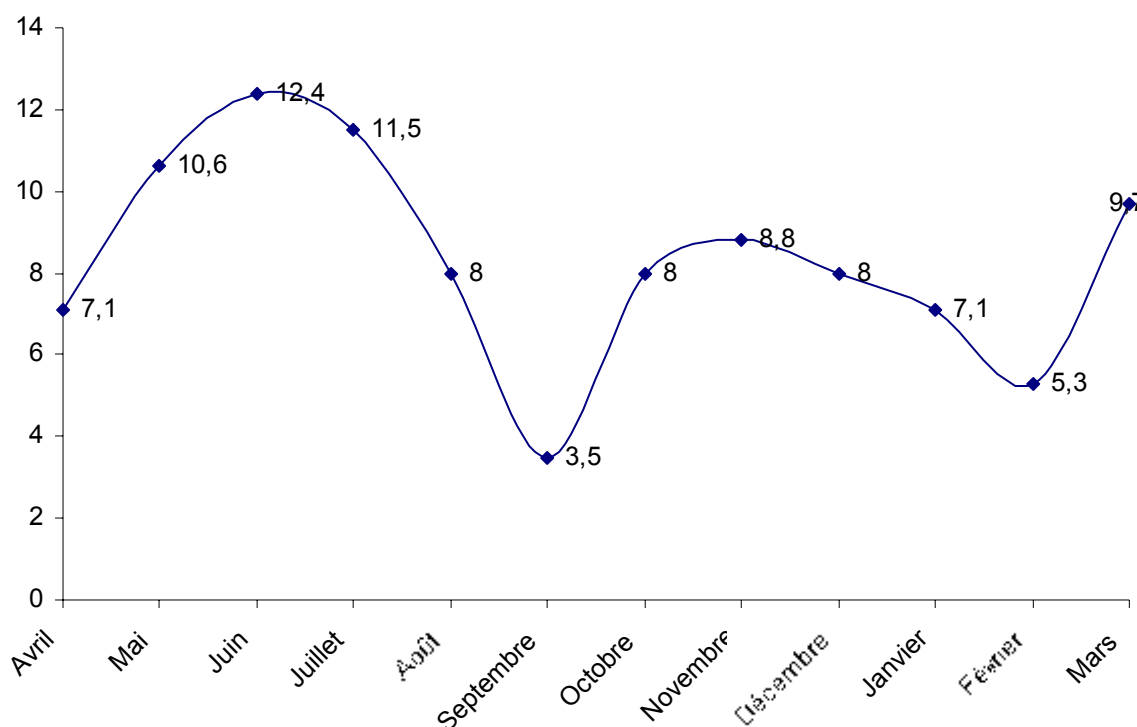


Figure 1 :

C'est au mois de juin que nous avons enregistré plus d'accouchements non assistés soit 12,4% (14 /113)

Répartition par tranche d'âge des femmes de notre étude:

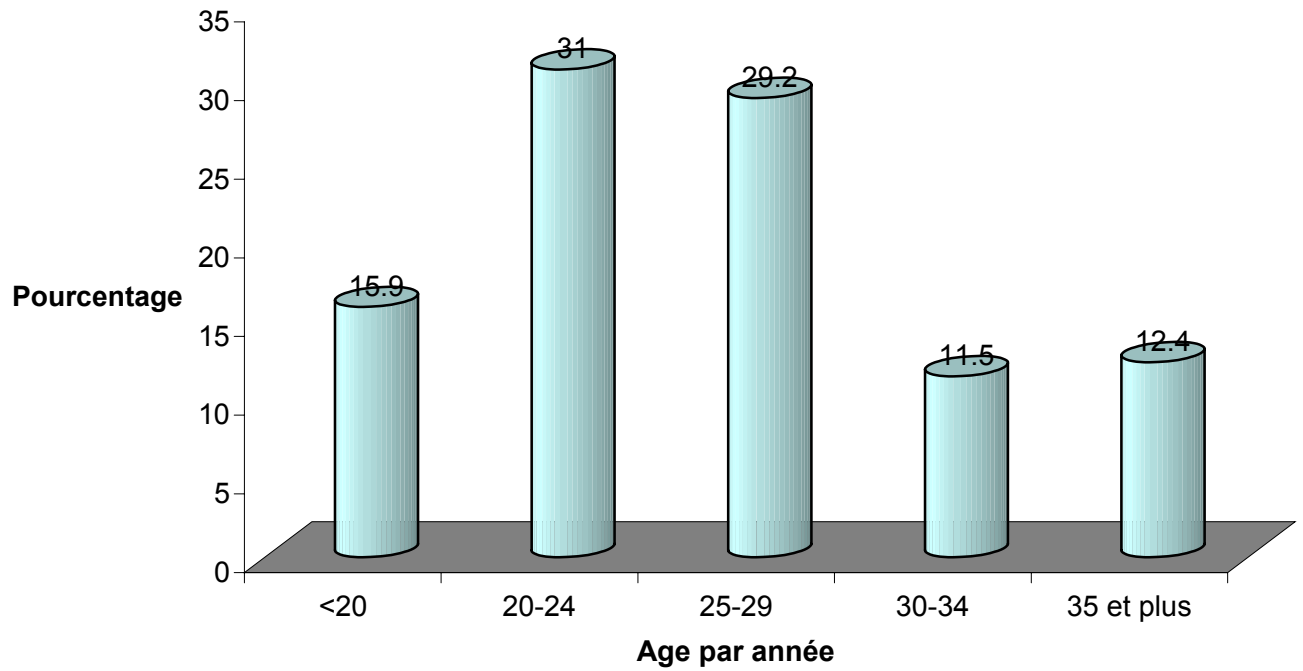


Figure 2 : $\text{Khi}^2=0,27$ $\text{ddl}=3$ $p= 0,96$ (NS)

L'âge moyen des cas était de 25,2 ans avec des extrêmes à 14 et 42ans
Celui des témoins était de 25 ans.

Répartition des femmes selon la résidence :

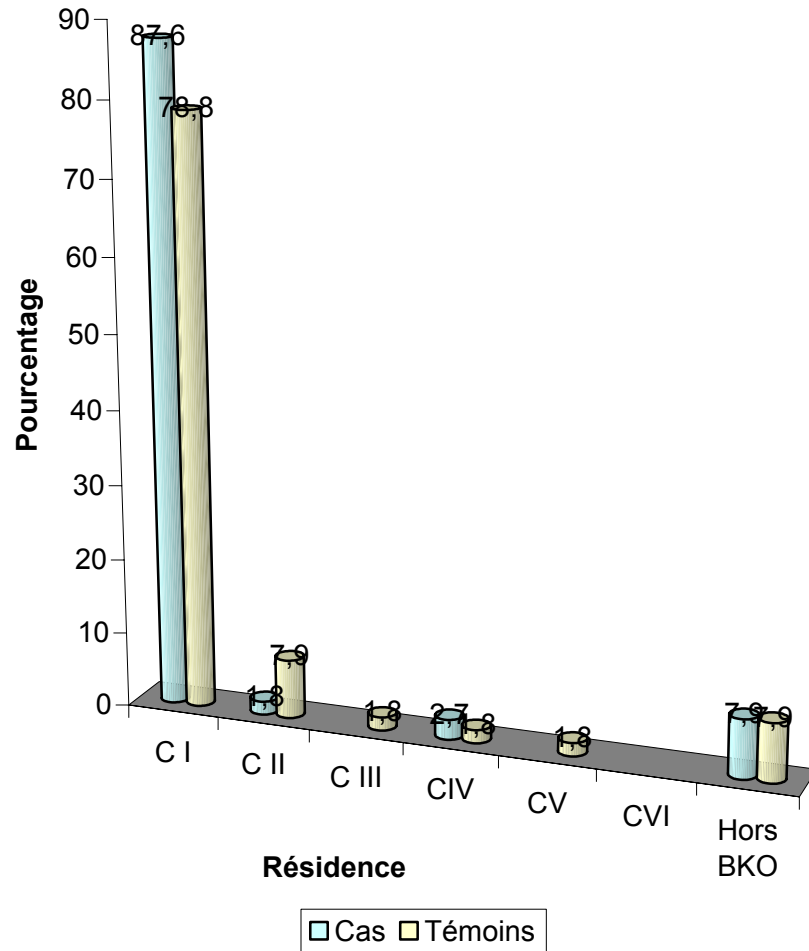


Figure 3 :

On constate que $\frac{3}{4}$ des femmes des deux groupes résidaient en commune I soit 87,6% des femmes pour les cas et 78,8% des femmes pour les témoins.

Répartition des femmes selon la distance entre leurs domiciles et le centre :

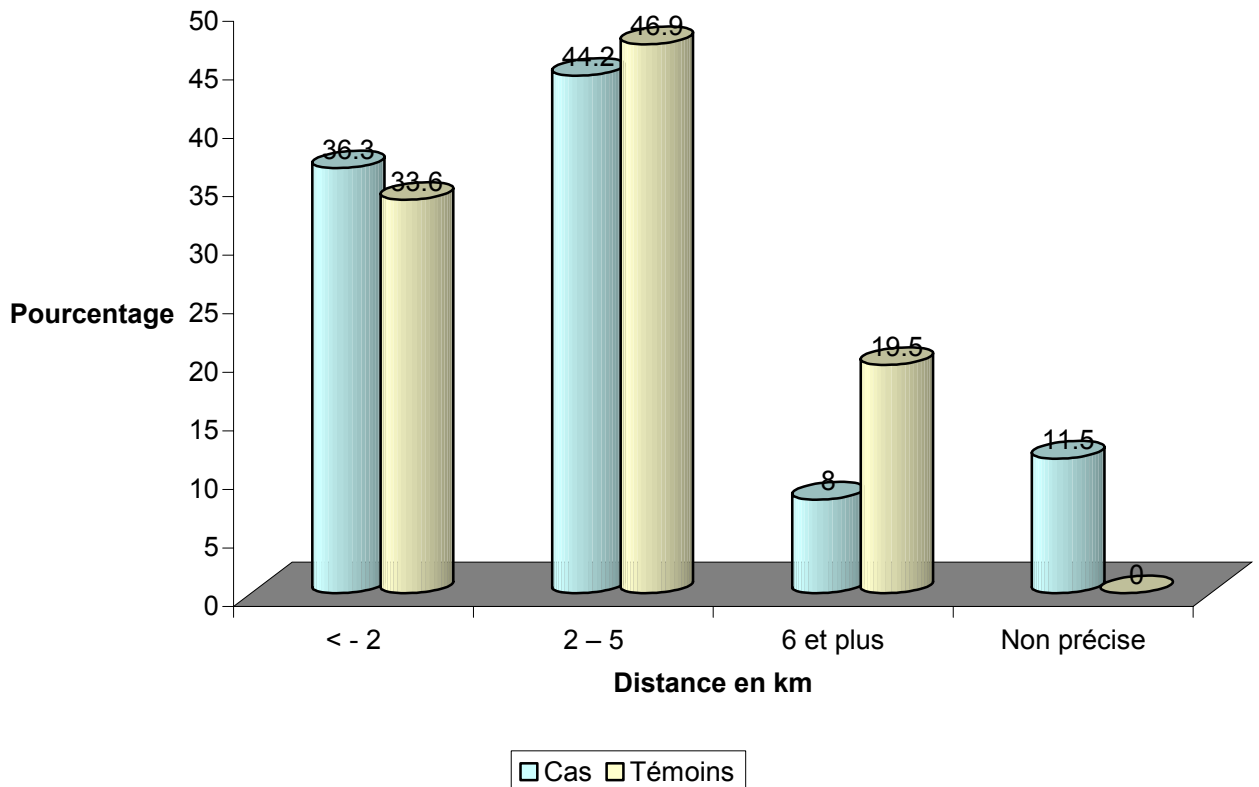


Figure 4: $\text{Khi}^2=27,22$ $\text{ddl}=2$ $P=0,05$

44,2 % des femmes de la série cas habitaient à une distance moyenne de 3,4 km de la maternité contre 46,9% pour témoins.

Répartition des femmes selon l'état des routes :

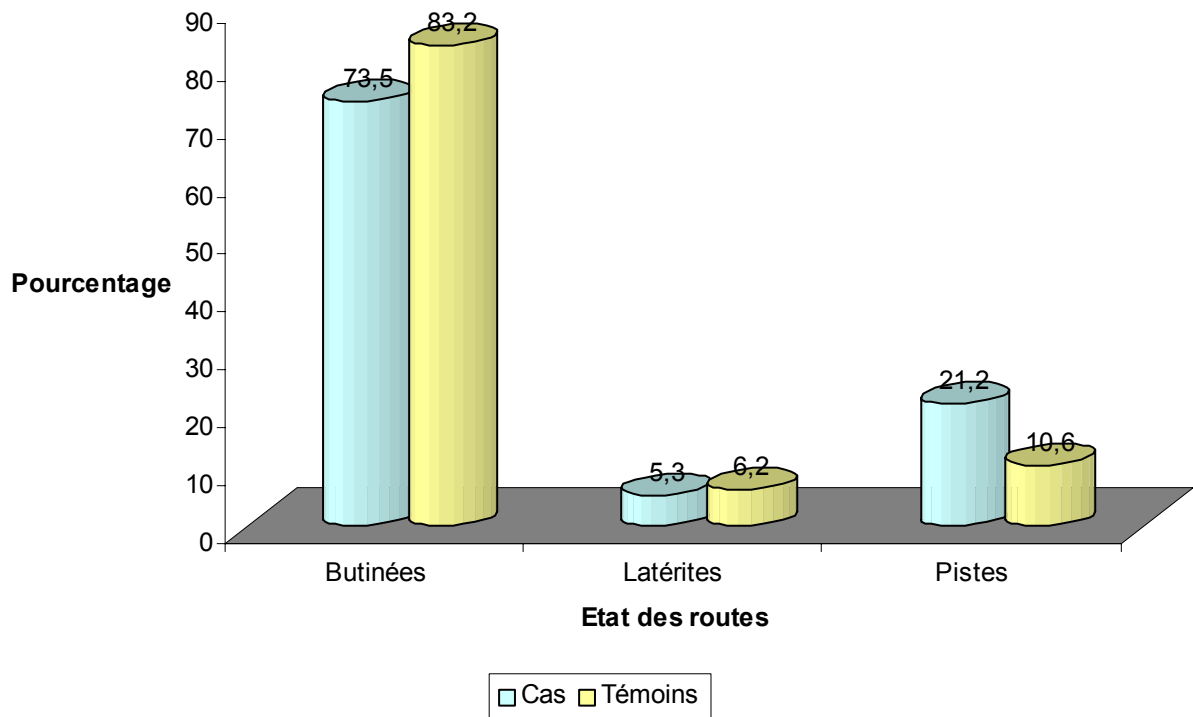


Figure 5: $\text{Khi}^2=4,72$ $\text{ddl}=2$ $p=0,092$ (NS)
73,5 % des accouchements non assistés ont eu lieu au niveau des zones goudronnées contre 83,2 % pour les témoins. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes. Cela veut dire la non fréquentation des structures de santé n'est pas liée à l'aspect géographique.

Tableau I: répartition des femmes selon l'ethnie:

<i>ethnie</i>	<i>Cas</i>		<i>Témoins</i>	
	Effectifs	%	effectifs	%
Bambara	43	38,1	38	33,6
Soninke	22	19,5	30	26,5
Peuhl	10	8,9	16	14,2
Manlike	5	4,4	7	6,2
Dogon	6	5,3	4	3,5
Sonrhäï	7	6,2	7	6,2
Bobo	5	4,4	1	0,9
Sénoufo	4	3,5	4	3,5
Bozo	5	4,4	2	1,8
Mossi	1	0,9		
Maure	5	4,5	3	2,7
Autres			1	0,9
Total	113	100,0	113	100,0

Autres : nigériane

La majorité de nos femmes sont Bambara, dans 35 % des cas.

Répartition des femmes selon le statut matrimonial:

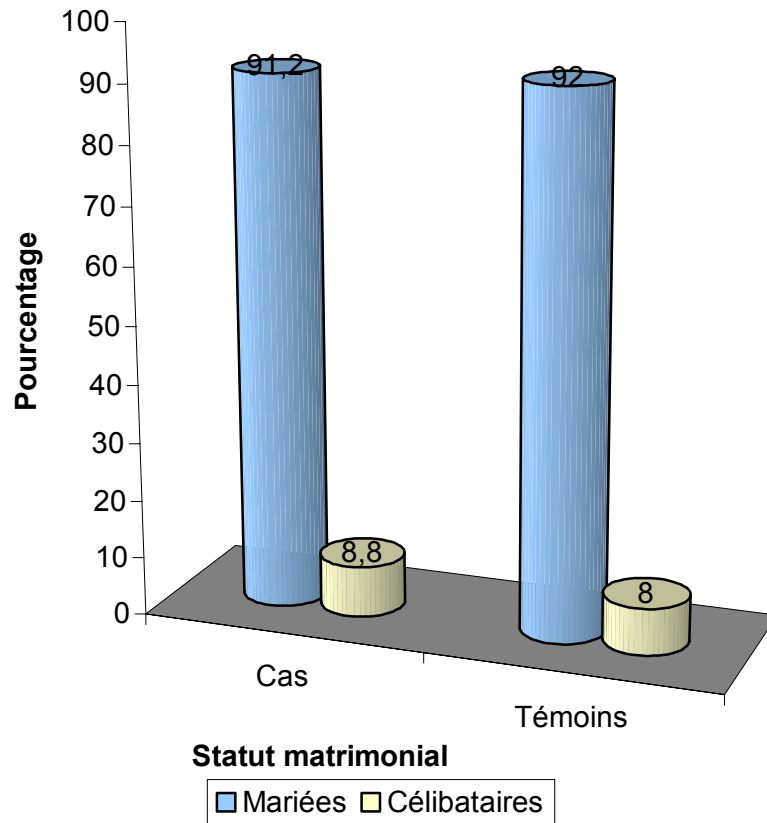


Figure 6 : $Kk_2=0,06$ $p= 0,81(NS)$:

Il s'agissait de femmes mariées dans 91,2% pour les cas et 92 % pour les témoins. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes.

Répartition des femmes selon leur profession :

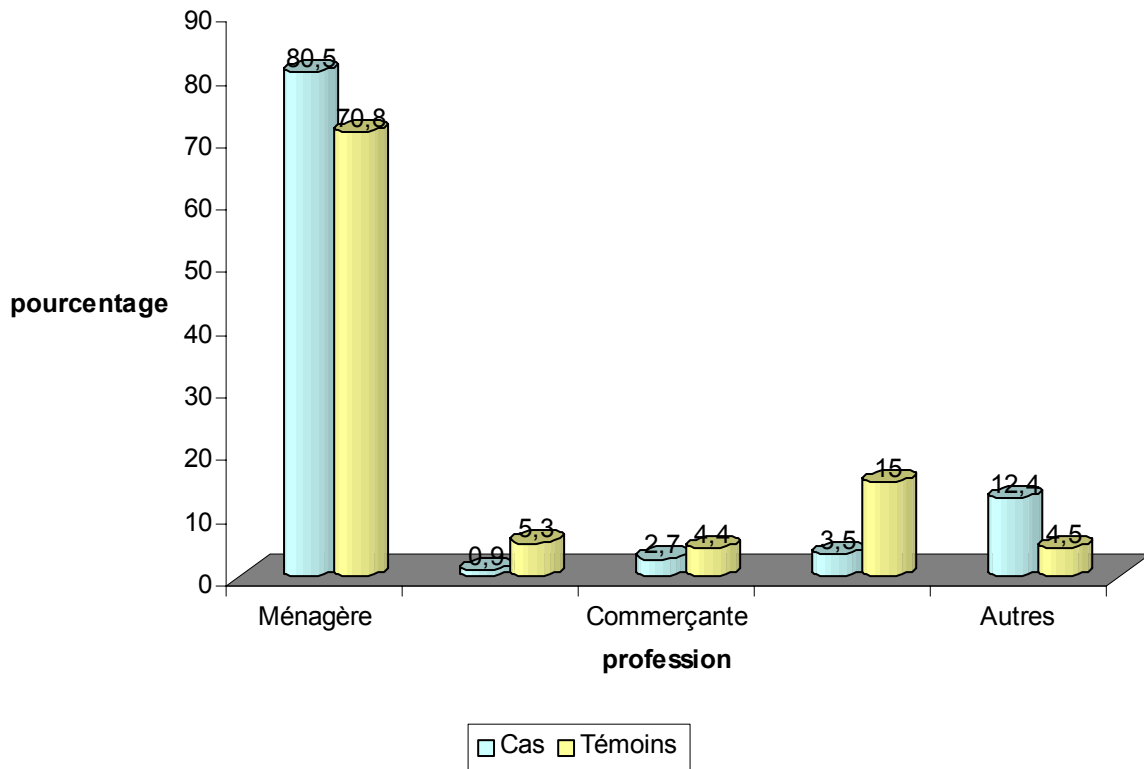


Figure 7:

OR = 4,32; IC à 95% =1,77-10,91 $\chi^2=17,09$ ddl =4
p=0,0012(S).

Les accouchées sont en majorité ménagères, dans 80,5 % pour les cas et 70,8 % pour les témoins.

Autres : teinturières, coiffeuses, vendeuses.

Répartition des femmes selon le niveau d'instruction :

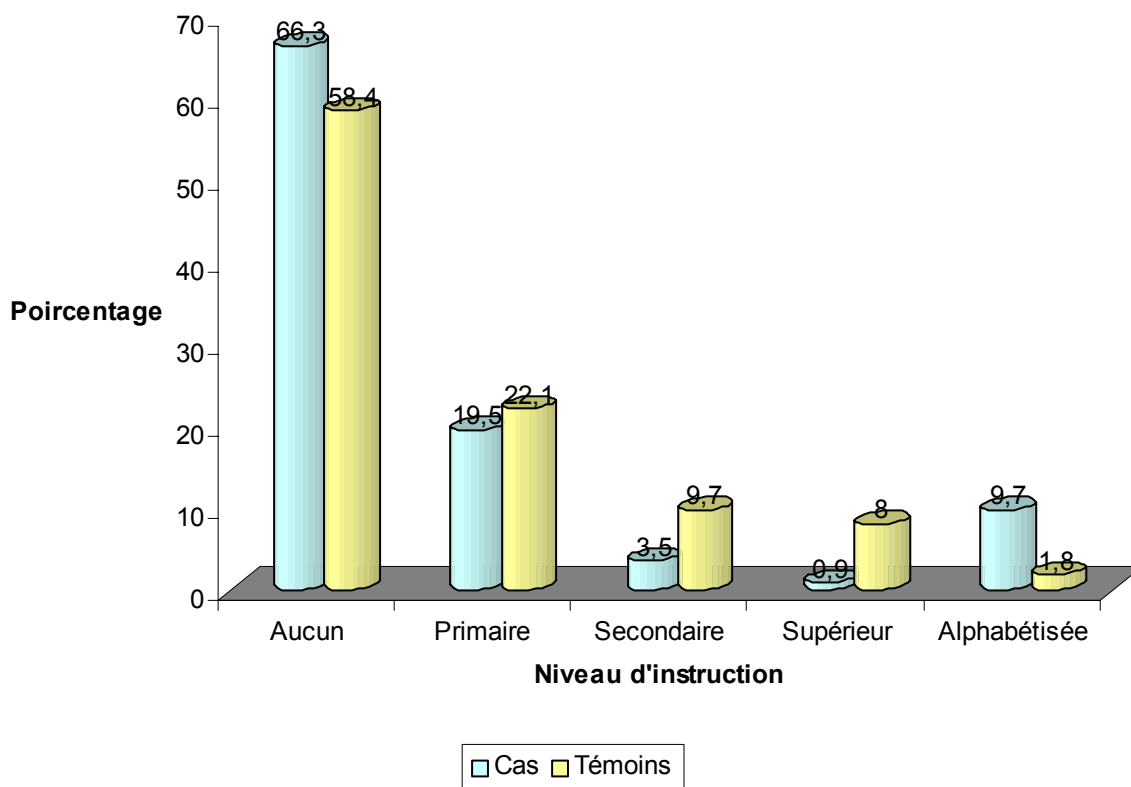


Figure 8 :

$\text{Khi}^2=16,67$ $\text{ddl}=5$ $p=5.10^{-2}$ $\text{OR} = 2,11$; $\text{IC à } 95\% = 1,4-3,90$.

L'absence d'instruction a été retrouvée dans 66,3% pour les cas et dans 58,4% pour les témoins. La différence est statistiquement significative entre les 2 groupes.

3- Clinique :

a- Antécédents :

Répartition des femmes selon la parité :

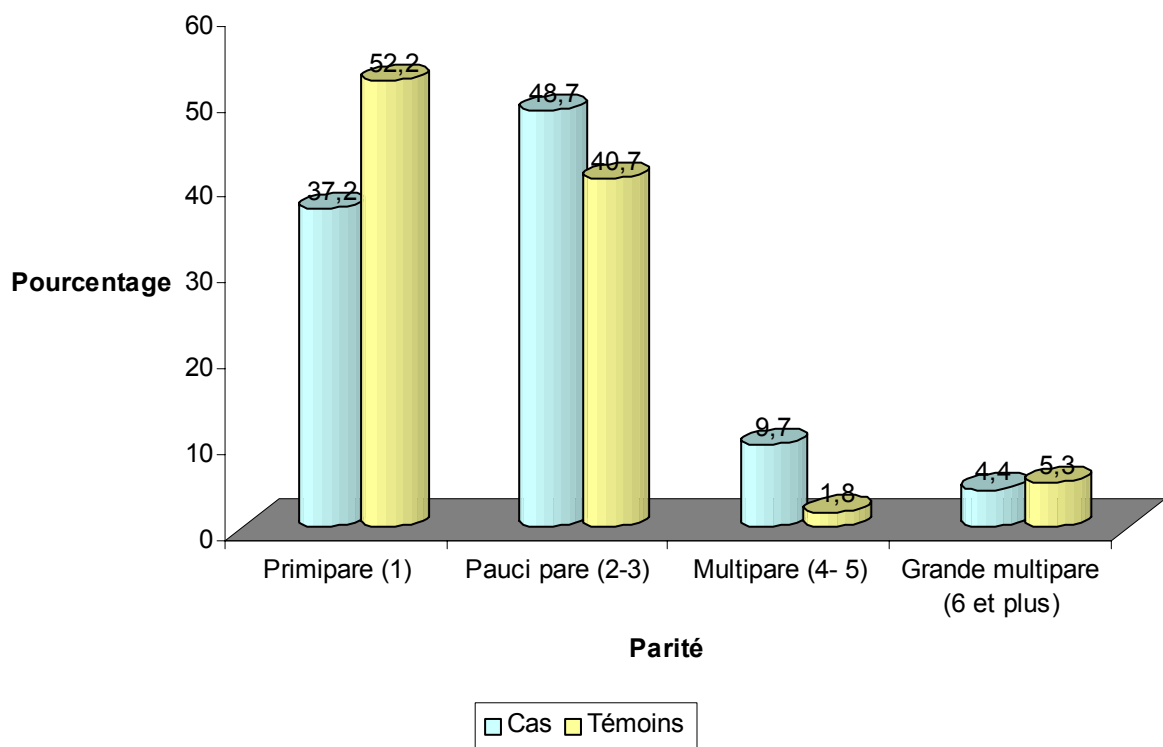


Figure 9:

$\text{Khi}^2=10,19$ ddl=4 $p=0,037(s)$. OR= 5,99 ; IC à 95% = 1,21-40,11

La parité moyenne des cas était de 2,4 et de 1,8 pour les témoins et avec des extrêmes à 1 et 8.

Répartition des femmes selon le nombre d'enfants vivants :

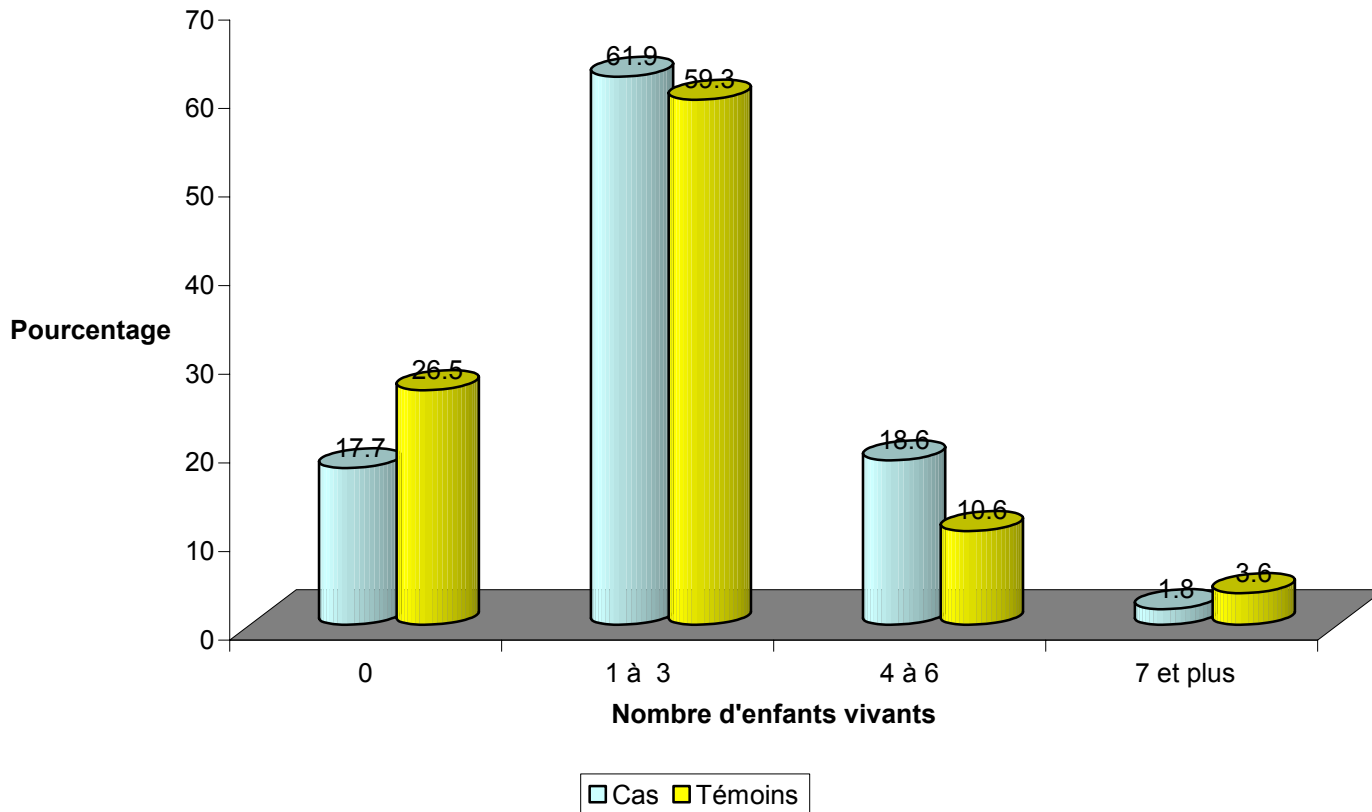


Figure 10 :

61,9 % des femmes de la série des cas et 59,3 % des femmes témoins avaient au moins 1 enfant vivant.

Répartition des femmes selon l'intervalle intergénésiq (IIG) :

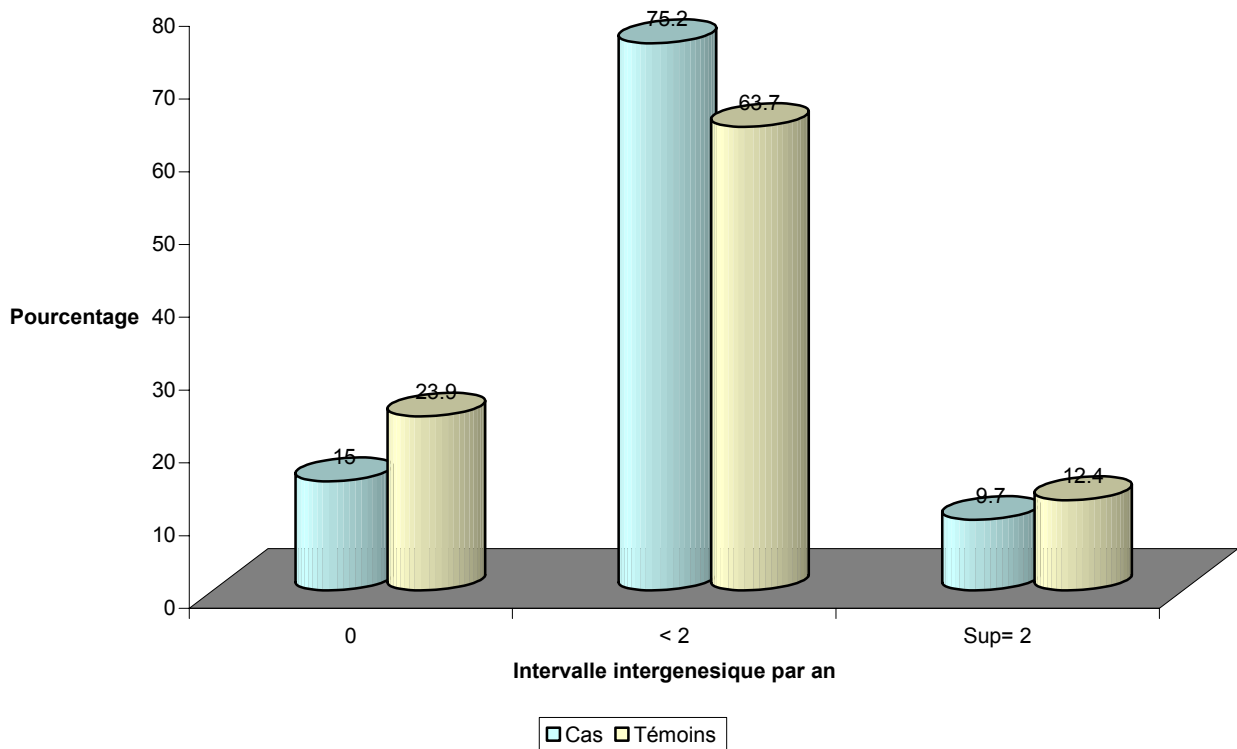


Figure 11:

La majorité de nos femmes avaient 1 an d'intervalle intergénésiq dans 75,2 % pour les cas et 63,7 % pour les témoins.

Tableau II : répartition des femmes en fonction des antécédents de mort nés :

<i>Mort né</i>	<i>Cas</i>		<i>Témoin</i>	
	Effectifs	%	effectifs	%
OUI	5	4,4	4	3,5
NON	108	95,6	109	96,5
Total	113	100,0	113	100,0

Khi2=0,12 p= 0,50 (NS) :

4,4% des femmes de la série des cas contre 3,5 % des femmes témoins avaient un antécédent de mort-né.

Tableau III : répartition des femmes en fonction des antécédents d'avortement spontanés :

<i>Avortement</i>	<i>Cas</i>		<i>Témoins</i>	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	18	15,9	15	13,3
Non	95	84,1	98	86,7
Total	113	100,0	113	100,0

Répartition des femmes en fonction des ATCD d'AAD :

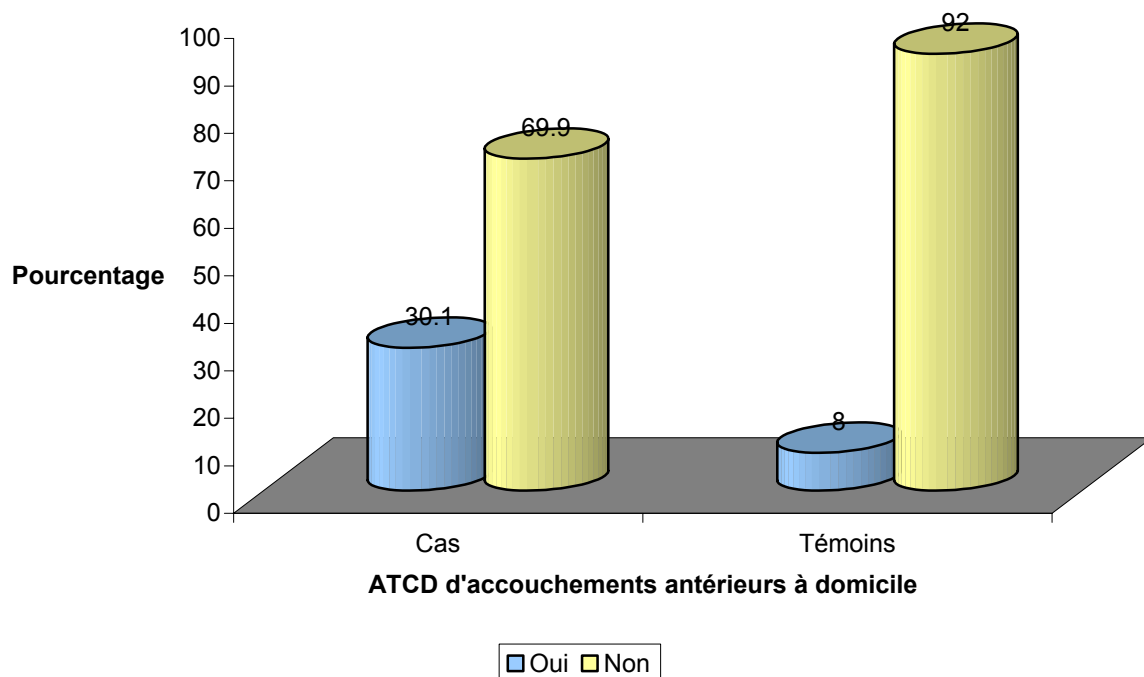


Figure 12 :

$\text{Khi}^2=17,95$ $P=2.10^{-4}$ (s). OR = 4,97; IC à 95% = 2,14- 11,89.

30,1% des femmes de la série cas contre 8,0 % des femmes de la série des témoins avaient une fois « accouché sans assistance médico-obstétricale ». Il existe une différence statistiquement significative entre les 2 groupes ($p < 0,05$)

Répartition des femmes en fonction des antécédents chirurgicaux :

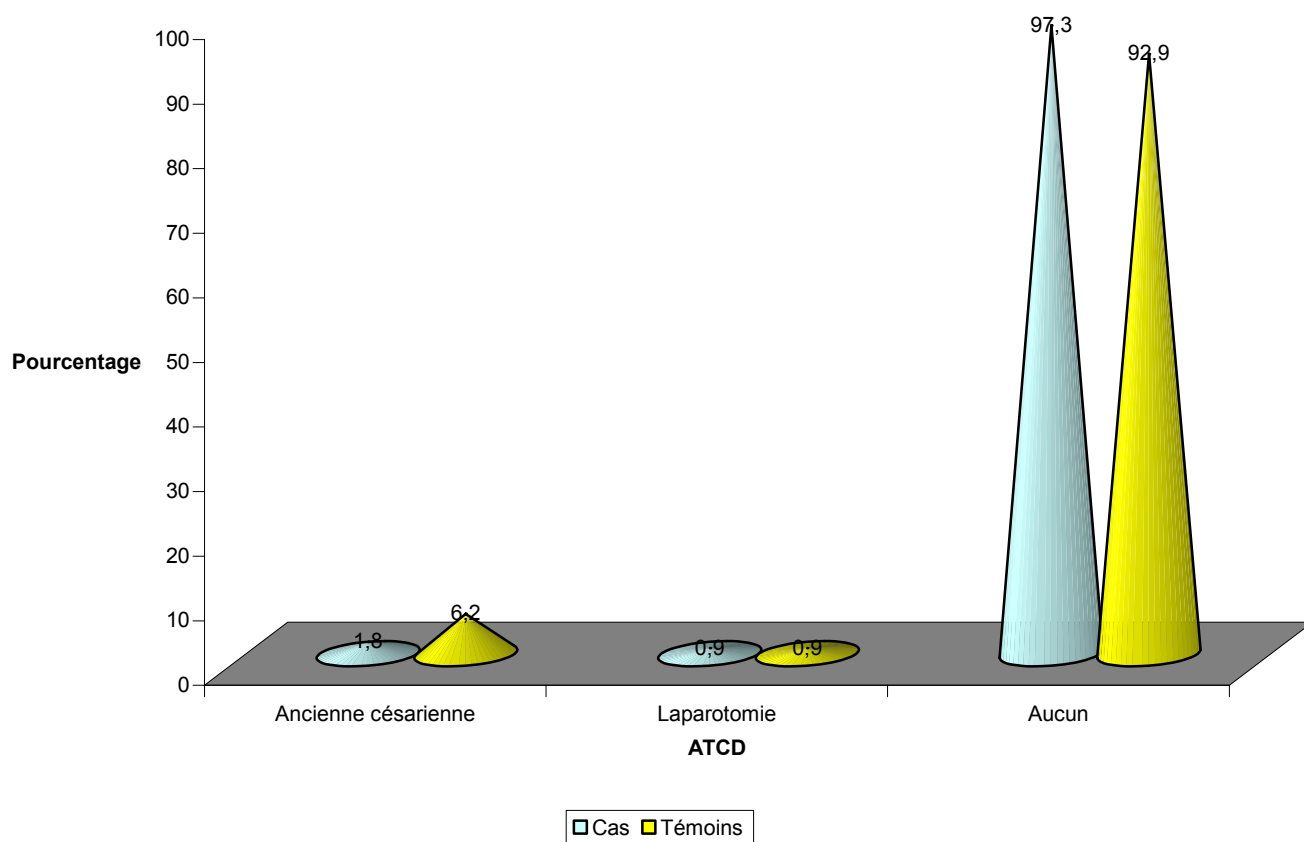


Figure 1 3 :

Nous avons colligé un ATCD d'utérus cicatriciel chez 1,8% des femmes de la série des cas contre 6,2 % des femmes de la série des témoins.

Répartition des femmes en fonction des antécédents médicaux

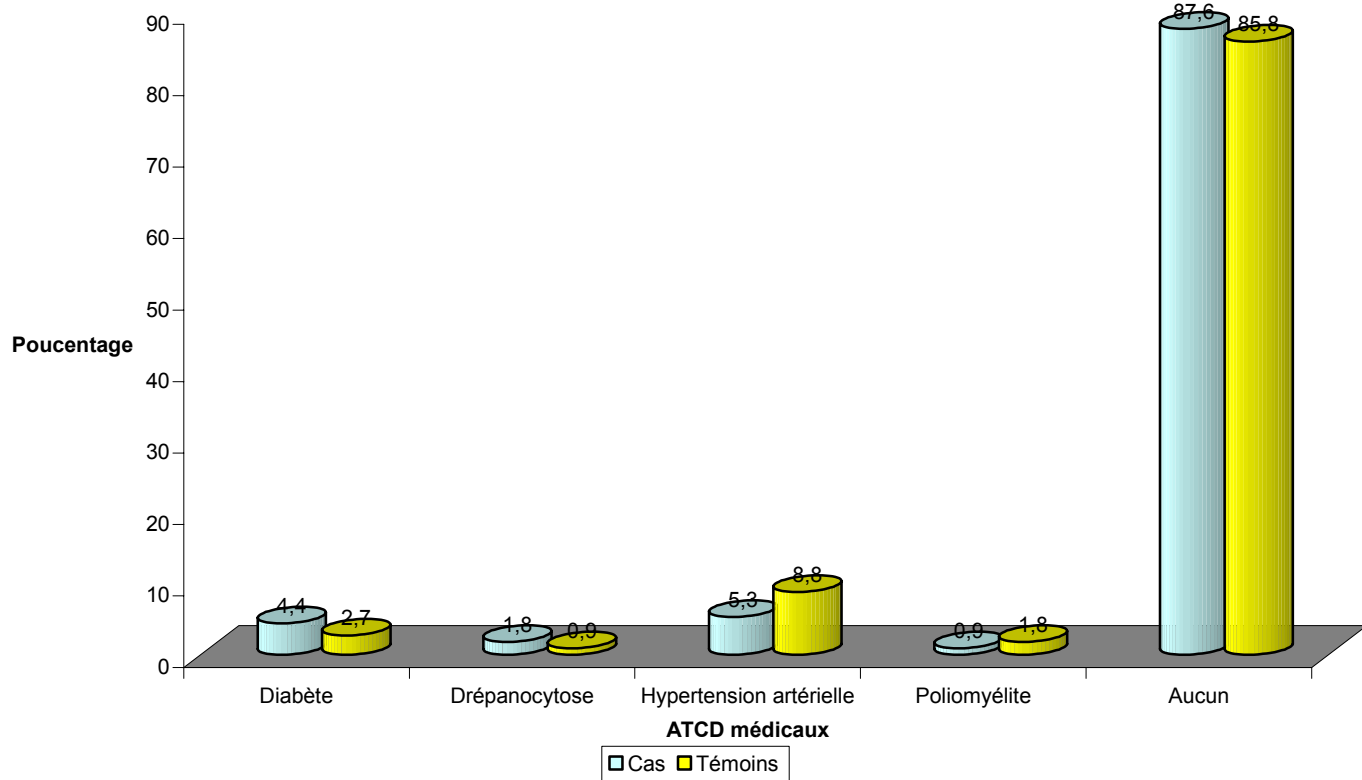


Figure 14 :

La majorité des femmes des deux groupes étaient sans ATCD médicaux personnels particuliers dans 86 % des cas

Répartition des femmes selon la profession du procréateur :

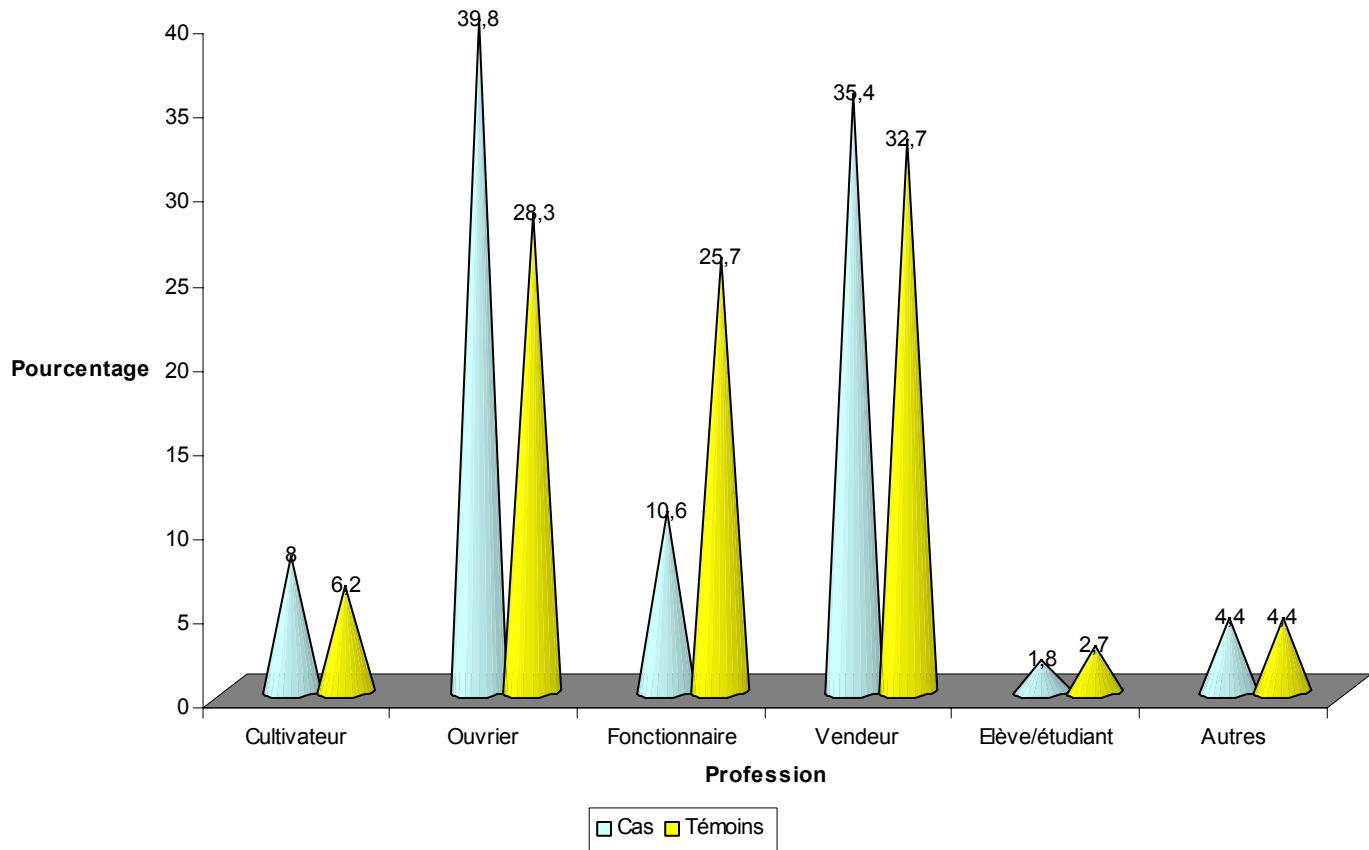


Figure : 15 $kh2 = 0,30$ $ddl=4$ $p= 0,08$ (NS)

Dans 39,8 % des cas le procréateur est ouvrier, et vendeur dans 35,4 % des cas.

b- Motif d'admission :

Répartition des femmes selon le motif de consultation à la maternité après accouchement à domicile :

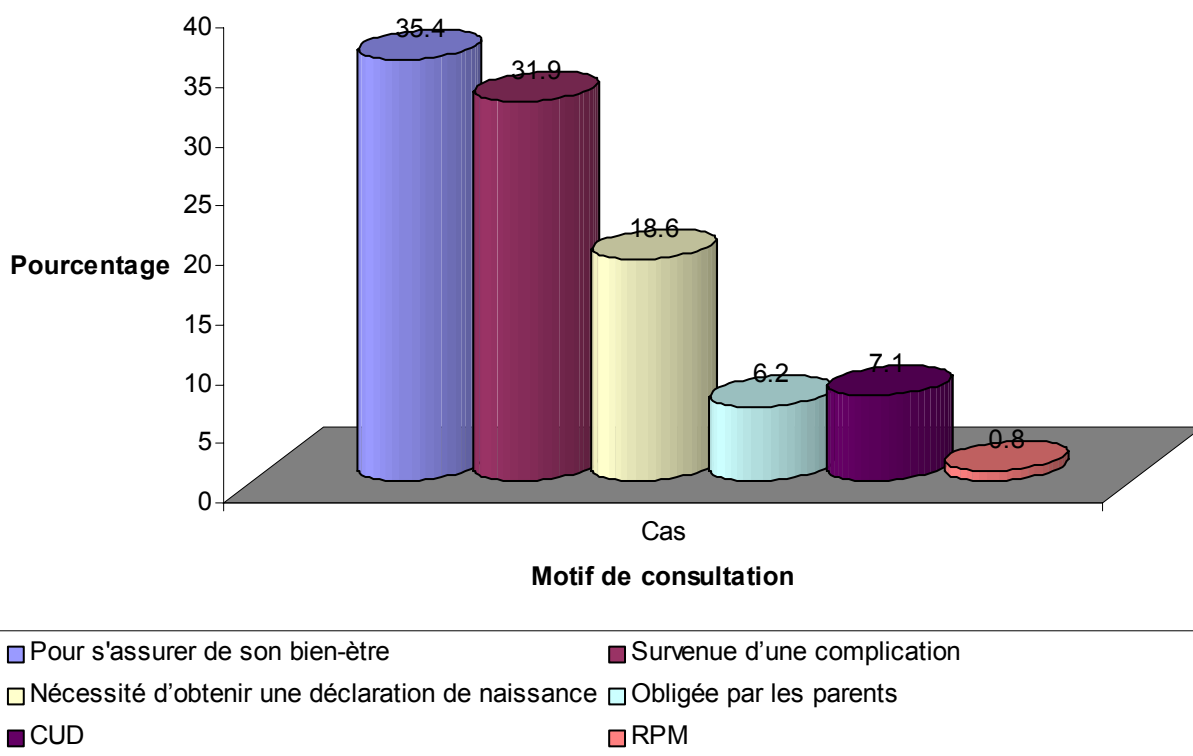


Figure 16 :

Les principaux motifs de consultation sont :

- De s'assurer qu'au plan obstétrical que tout allait bien : 35,4 % des cas.
- La survenue d'une complication dans 31,9% des cas
- La nécessité d'obtenir une déclaration de naissance dans 18,6 % des cas.

Répartition des femmes selon le mode d'admission :

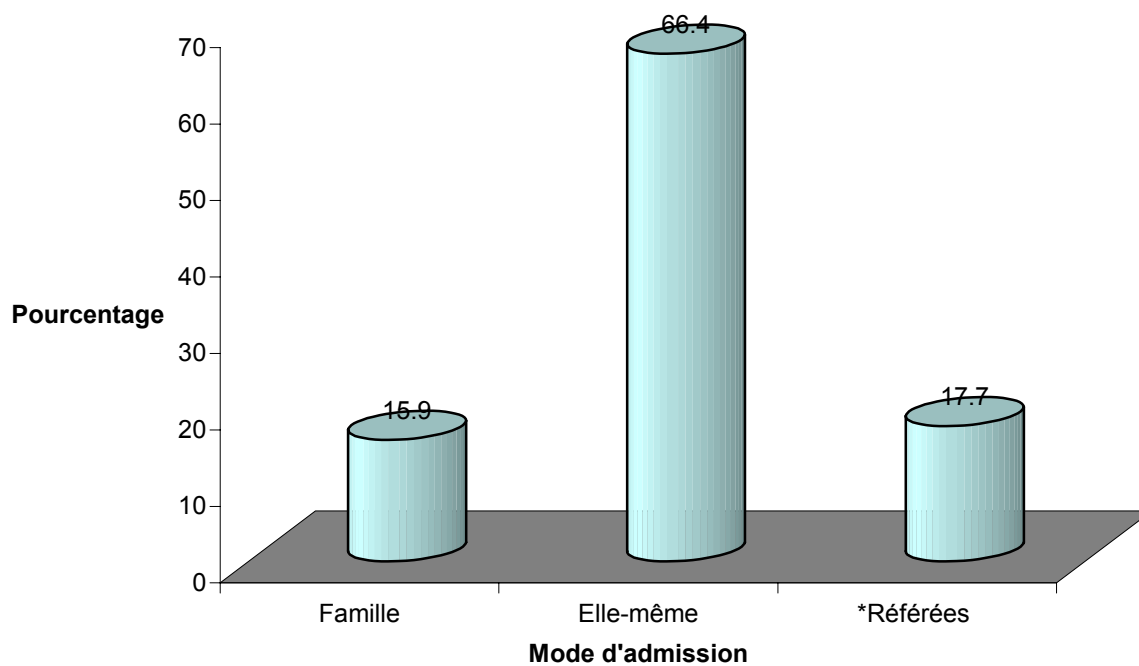


Figure 17 :

66,4% de nos femmes cas sont venues d'elle-même.

18 % des nos patientes ont été référées ou évacuées d'autres structures.

c- suivi prénatal :

Répartition des femmes en fonction du suivi prénatal (CPN) :

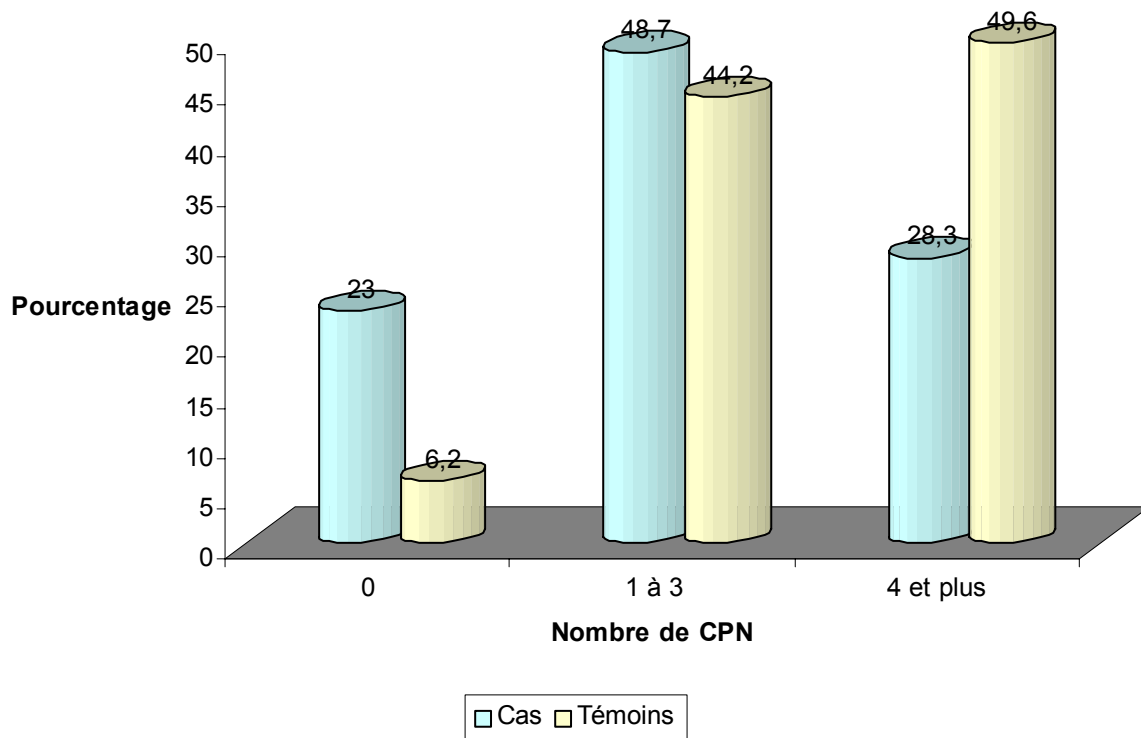


Figure 18 :

$\text{Khi}^2=9,32$ $P=34.10^{-2}$ (s). OR = 4,53; IC à 95% = 1,76-12,08

23 % des femmes de la série des cas n'ont suivies aucune CPN contre 6,2 % pour les témoins. Il existe une différence statistiquement significative entre les 2 groupes.

Répartition des femmes en fonction de la qualification des prestataires du suivi prénatal :

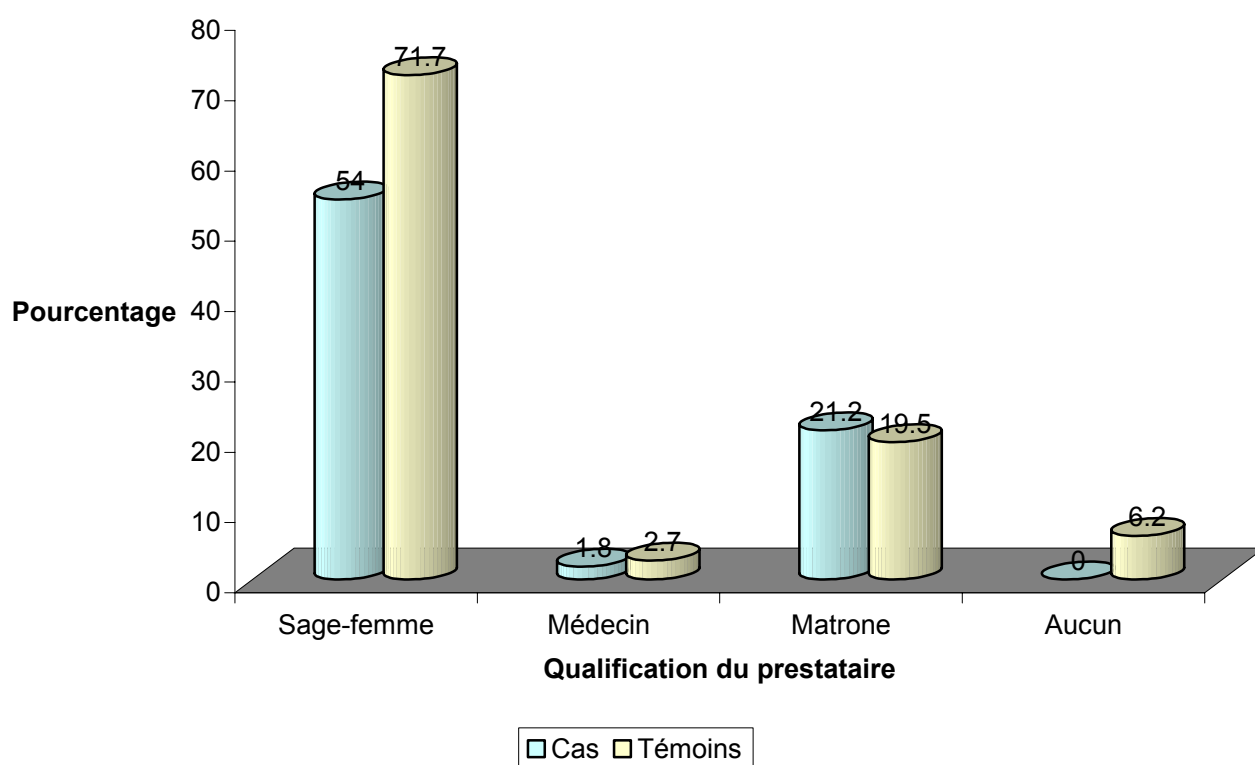


Figure 19 :

Ce sont les sages femmes et les matrones qui ont assuré la prise en charge des gestantes dans la majorité des cas, dans 75,2% des femmes cas et 91,2 % des femmes témoins.

Répartition des femmes en fonction du lieu du suivi prénatal :

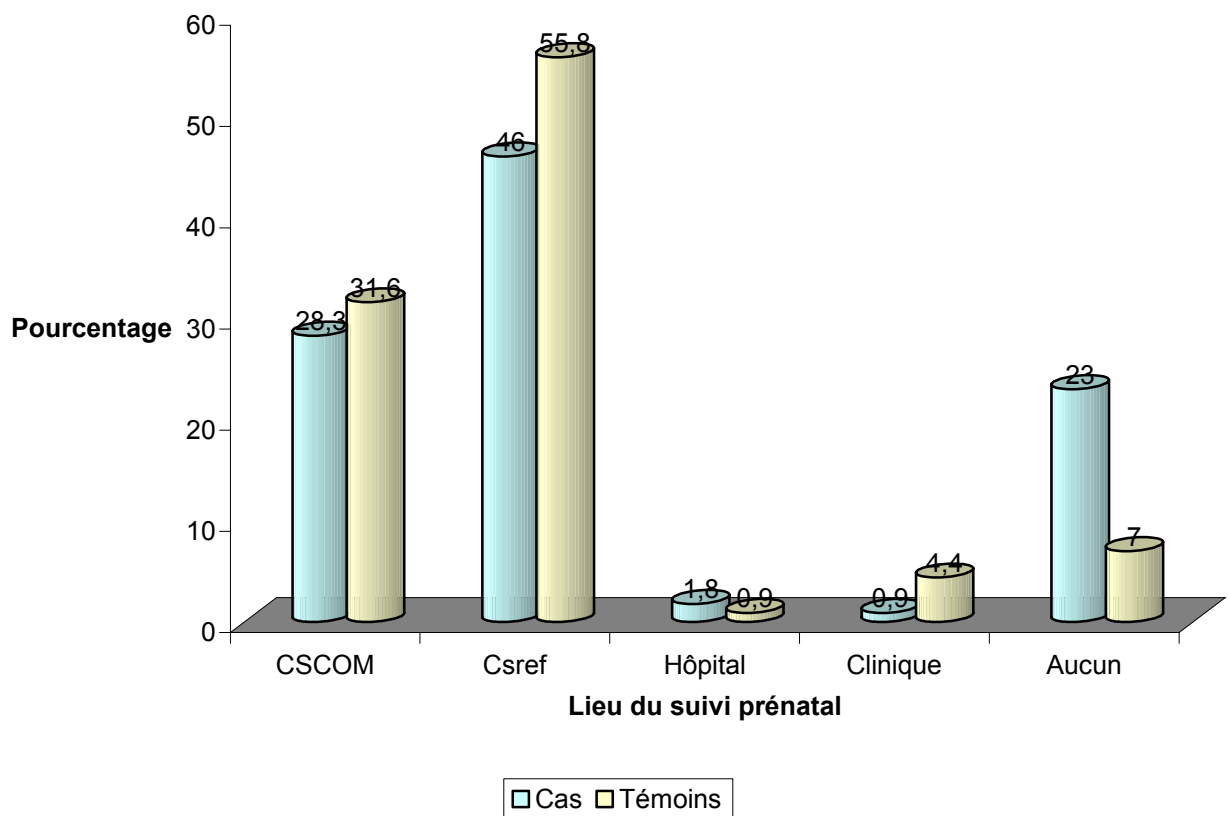


Figure 20 :

46% des femmes de la série des cas ont été suivies dans un centre de santé de référence contre 55,8 % pour les témoins.

Tableau IV : répartition des femmes en fonction des chiffres tensionnels à l'admission :

<i>Tension artérielle</i>	<i>Cas</i>		<i>Témoins</i>	
	Effectifs	%	effectifs	%
< 10 0/60	22	19,5	5	4,4
<140/90	87	77,0	101	89,4
Sup = 140/90	4	3,5	7	6,2
Total	113	100,0	113	100,0

Etat général des femmes cas à l'entrée:

15% des femmes de la série des cas avaient un mauvais état général à l'admission contre 0,9% des témoins.

La différence est statistiquement significative entre les 2 groupes.

d –Conditions de l'accouchement :

Répartition des femmes en fonction du lieu d'accouchement :

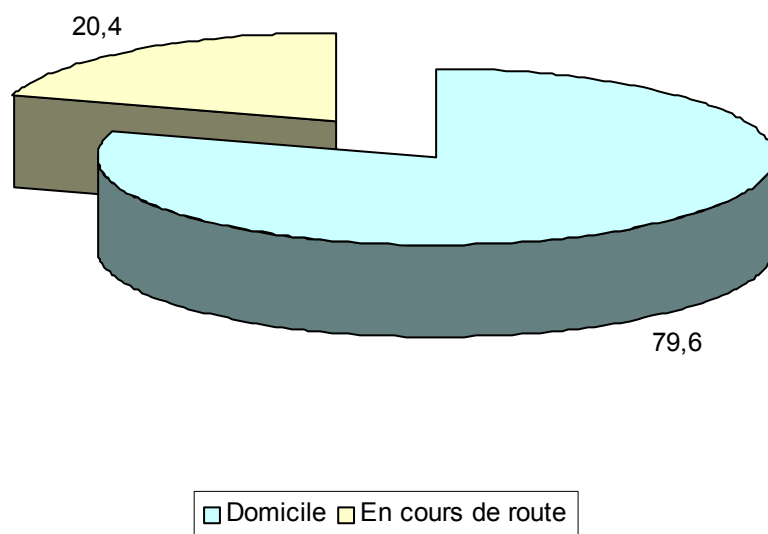


Figure 21 :

Nous avons colligé 79,6% accouchements à domicile et 20.4% accouchements en cours de route.

Répartition des femmes en fonction de la qualification de l'accoucheur :

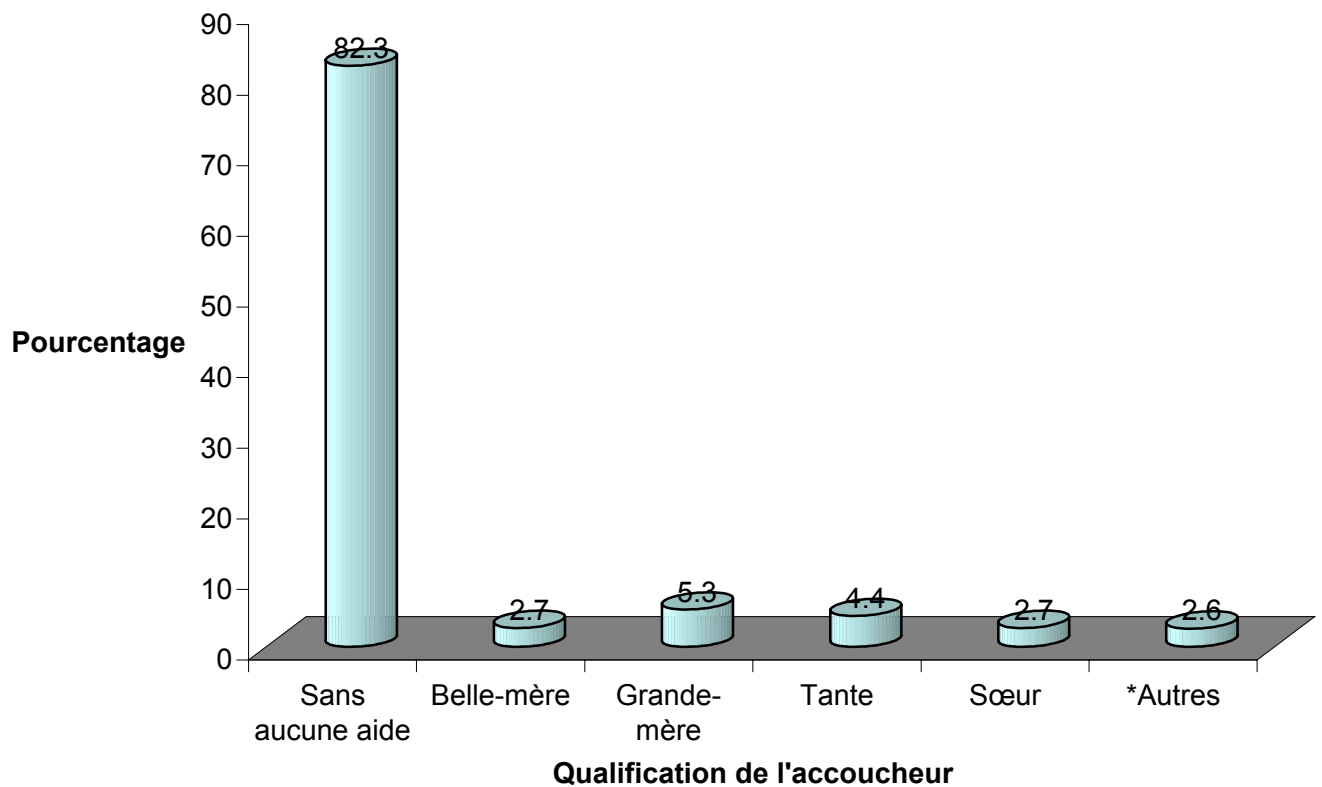


Figure 22 :

Une femme sur deux a accouché sans aucune aide dans 82,3 % des cas, cependant elles ont été assistées par la grand-mère dans 5,3 % des cas et par la tante dans 4,4 % des cas.

*= aide soignante, voisine.

Répartition des femmes en fonction du délai entre l'heure d'admission et l'heure dite d'accouchement :

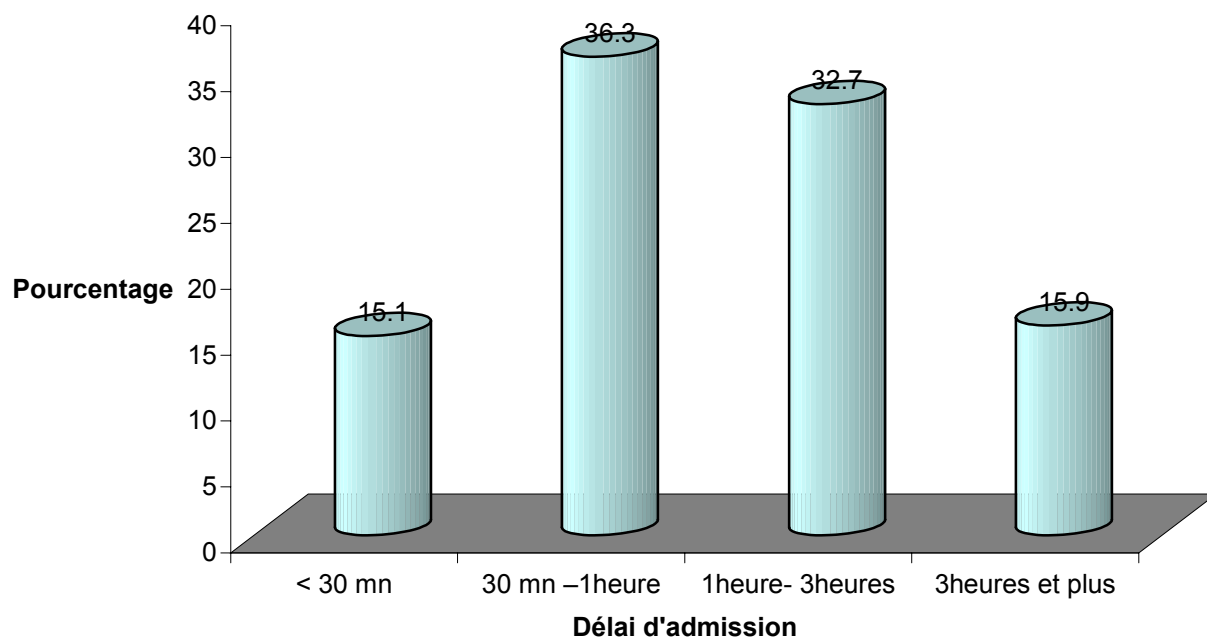


Figure 23:

Seulement 15,1 % des femmes de la série cas ont consulté dans un délai de 30mn après accouchement non assisté ; bien que la majorité de nos femmes résident à moins de 30 minutes de la maternité.

Tableau XI : répartition des cas en fonction du lieu de la délivrance:

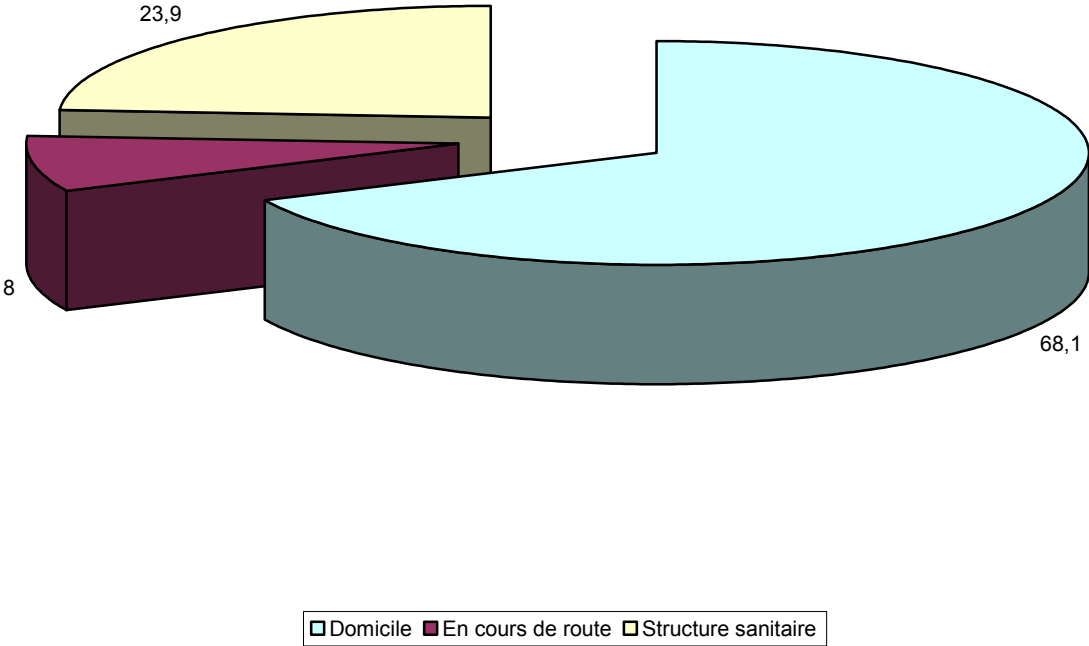


Figure 24 :

Dans 68,1 % des cas, la délivrance a été faite à domicile.

Répartition des cas en fonction du type de délivrance :

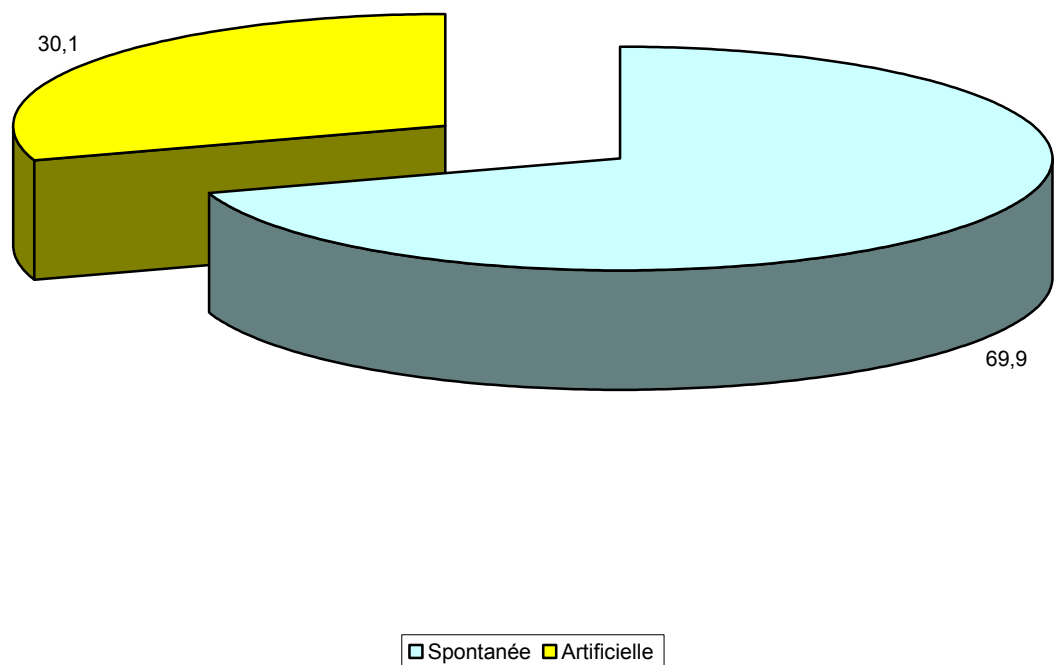


Figure 25 :

Dans 69,9 % des cas la délivrance a été spontanée.

Répartition des cas en fonction du lieu de la section du cordon :

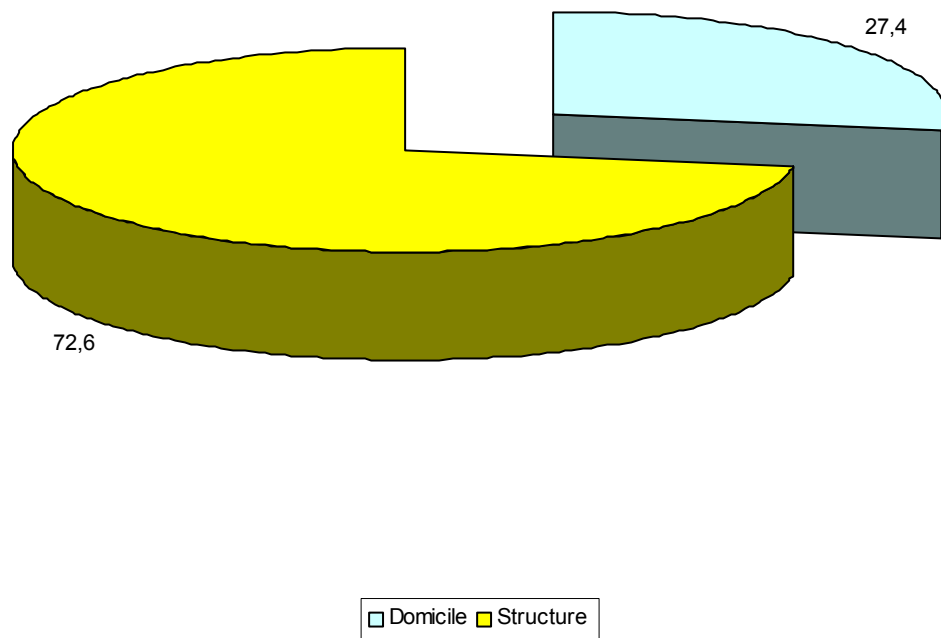


Figure 26 :

Dans 72,6 % des cas la section du cordon a eu lieu à la maternité.

Répartition des cas en fonction de la qualification de celui qui a fait la section du cordon :

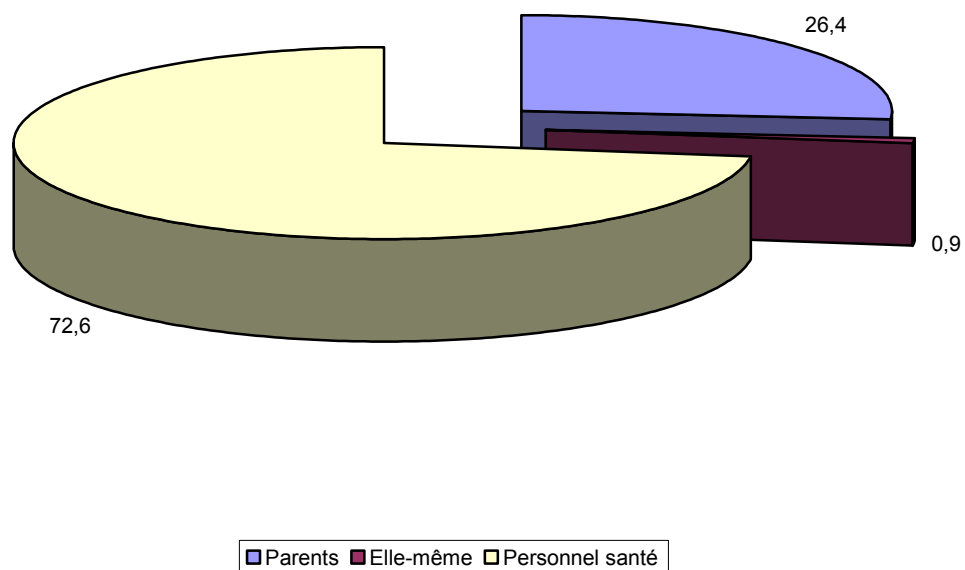


Figure 27:

Dans 26,4 % des cas la section du cordon a été faite à domicile par les parents en utilisant comme matériel des lames commerciales neuves à mains nues.

Répartition des femmes en fonction de l'état du placenta et membranes :

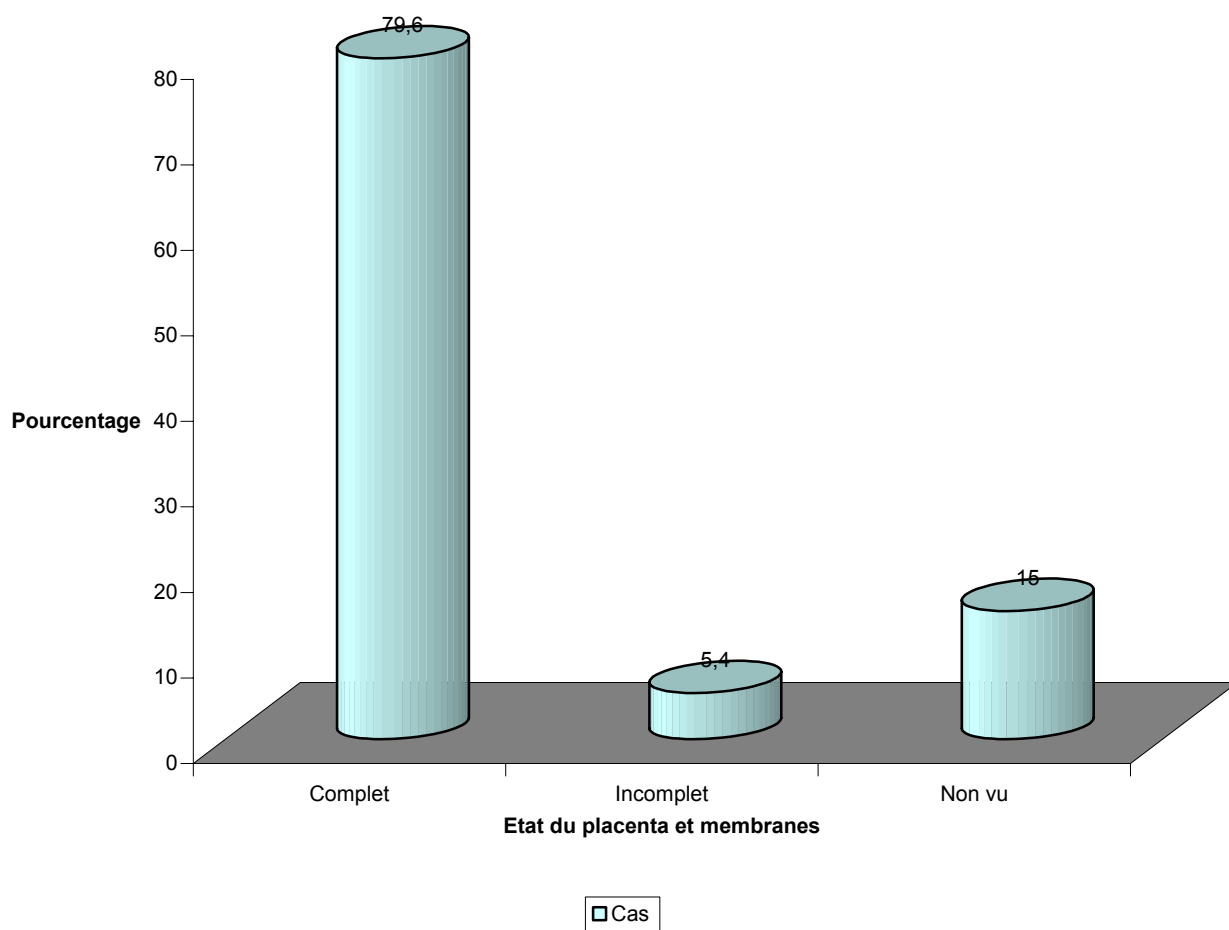


Figure 28 :

Dans 79,6 % des cas le placenta et membranes étaient au complet.

Répartition des femmes selon le type d'accouchement :

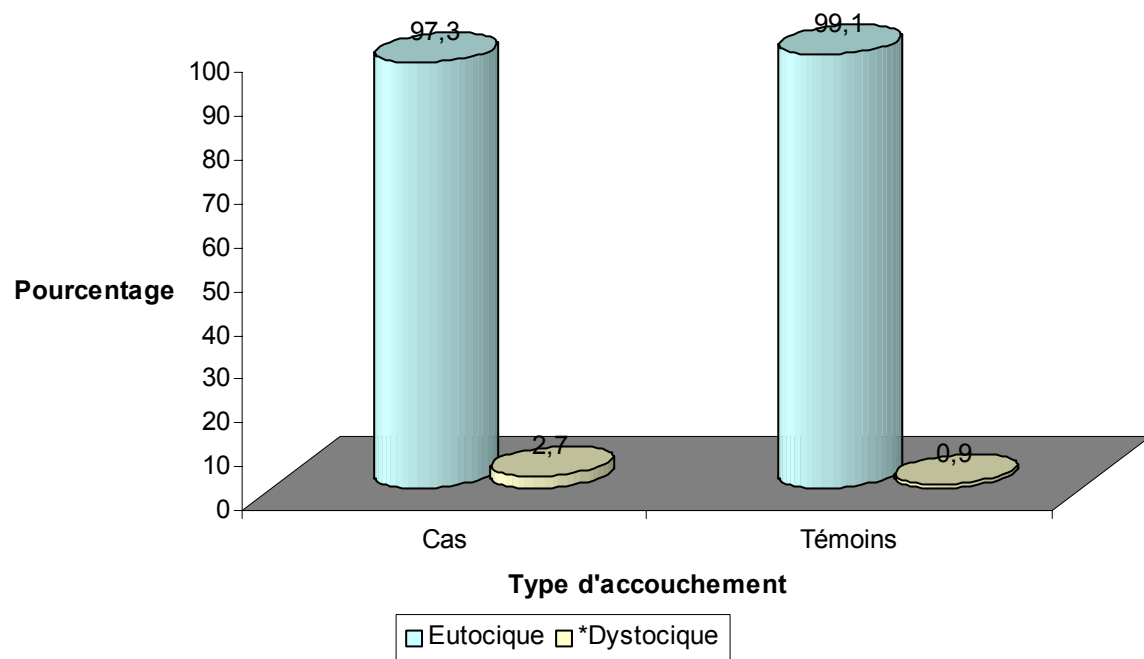


Figure 29:
Dans 97,3 % des cas l'accouchement a été eutocique.
* : rétention de la tête dernière.

e- Complications maternelles :

Tableau V : répartition des femmes en fonction du type de complications :

Type de complications	Cas		Témoins		P
	effectifs	%	effectifs	%	
Hémorragie de la délivrance	32	28,3	6	5,3	P=3.10 ⁻⁵ OR=7,05 IC : 2,65-19,78
Lésions périnéales	20	17,7	8	7,1	P=0,015 OR=2,82 IC : 1,11-7,36
Déchirures du col	3	2,7	1	0,9	0,3
Lésions vaginales	2	1,8			
Rétention placentaire	14	12,4	2	1,8	P=0,0018 OR= 7,85 IC : 1,64-51,32
HTA du post partum	4	3,5	1	0,9	0,18
Rupture utérine	1	0,9			
Anémies cliniques	22	19,5	1	0,9	P= 3.10 ⁻⁵ OR= 27,08 IC: 3,77-549,72
Total					

Le taux global de complications était plus élevé chez les cas (86,7 %) que chez les témoins (16,8 %) et cette différence est statistiquement significative (p<0,05)

Répartition des femmes ayant été hospitalisé :

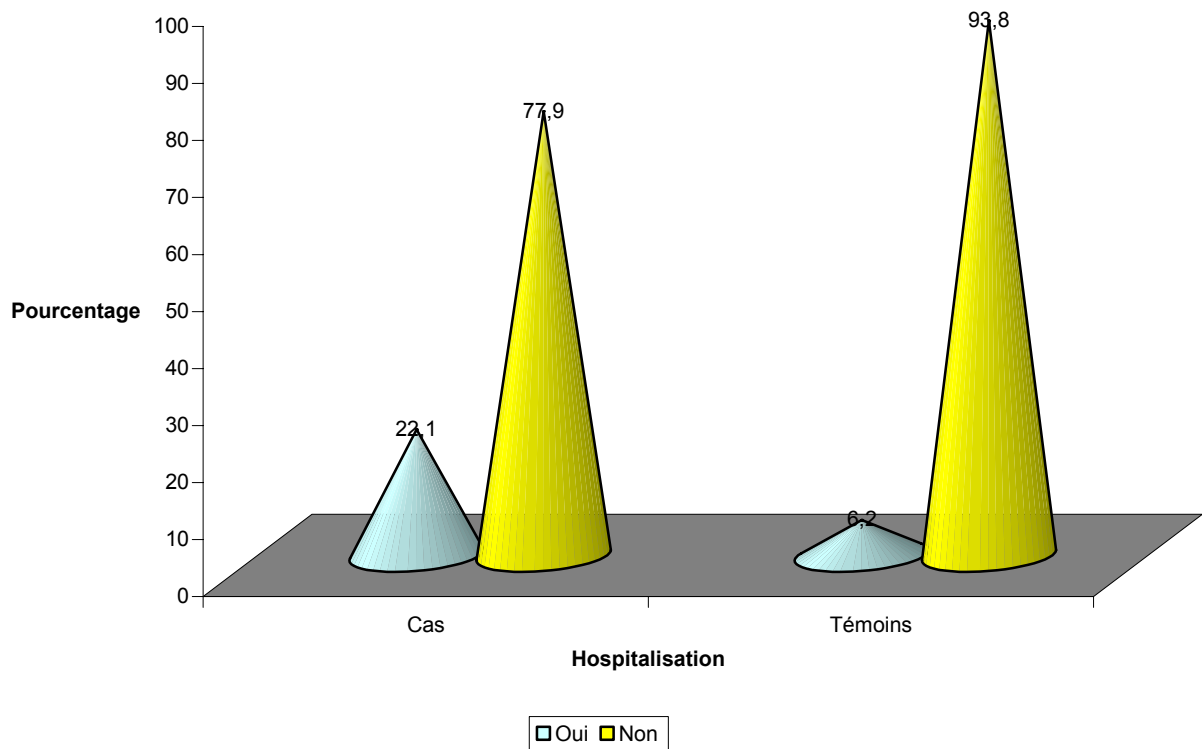


Figure 30 :

Chi²=11,81 P= 510⁻³(s) OR =4,30; IC à 95% = 1,67- 11,52.

Il y a eu 22,1% d'hospitalisation dans la série des cas contre 6,2% pour les témoins. La différence est statistiquement significative entre les 2 groupes.

Causes d'hospitalisations :

L'anémie clinique représentait la première cause d'hospitalisation avec un taux de 19,5 % pour les cas contre 0,9 % pour les témoins. La différence est significative entre les 2 groupes (P= 10⁻⁴)
Deux femmes soit 1,8% de la série des cas ont subi une transfusion sanguine de sang iso-groupe isorhésus.

Répartition des femmes ayant bénéficié d'une révision utérine :

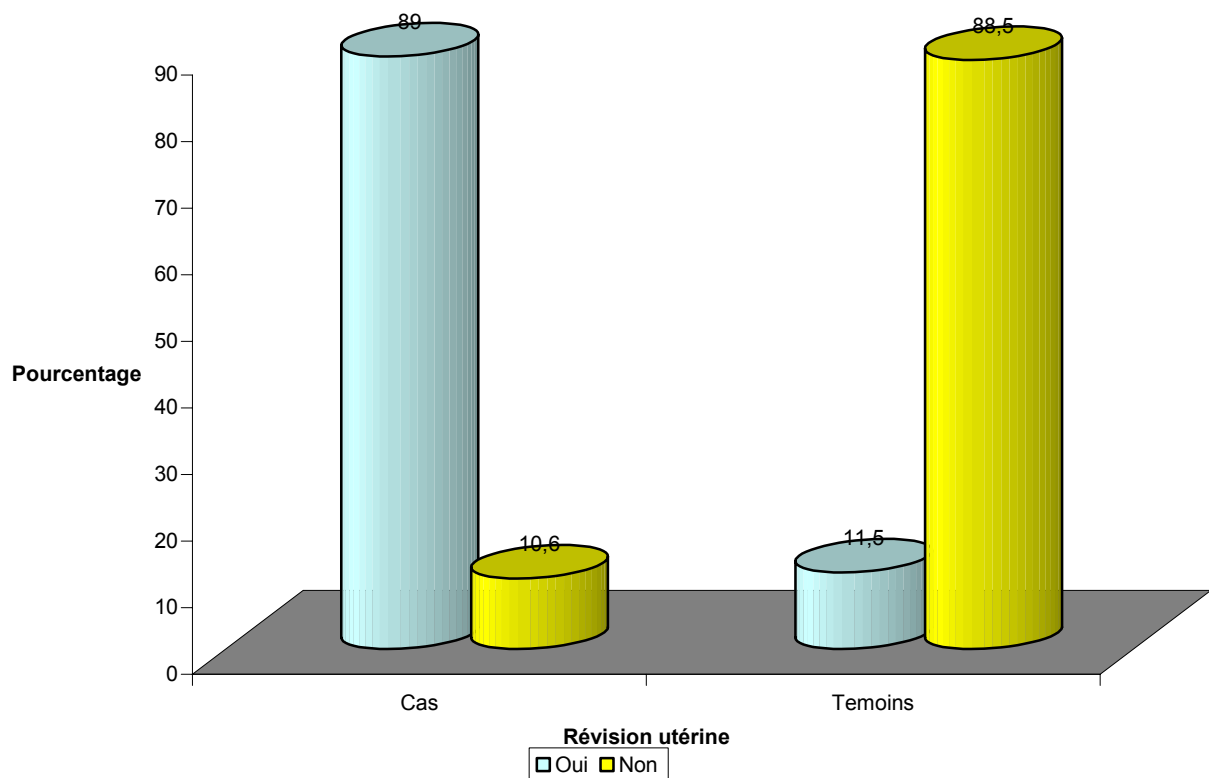


Figure 31 :

$\text{Khi}^2=137,07$ $p=7.10^{-7}$ (très S) $\text{OR}=64,74$; $\text{IC à } 95\% = 26,31- 104,47$

89,0% des femmes de la série des cas contre 11,5% pour les témoins ont bénéficiées une révision utérine. La différence est statistiquement significative entre les 2 groupes.

Raisons d'accouchement non assisté :

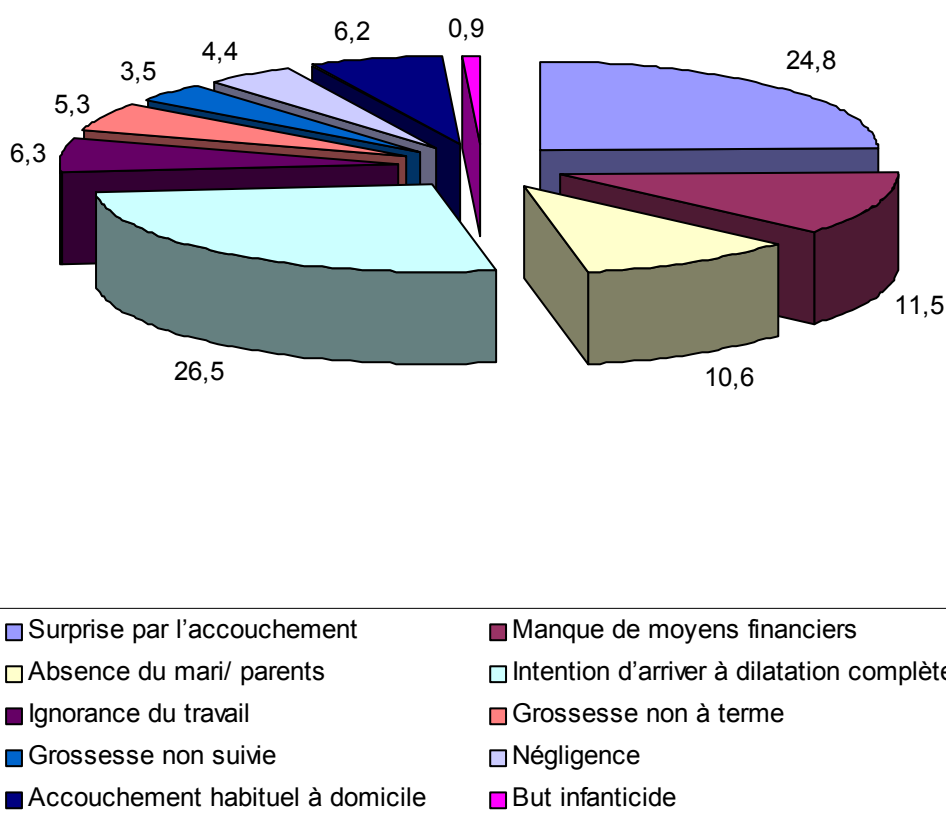


Figure 32:

Les principales raisons évoquées pour expliquer l'accouchement non assisté sont :

- L'intention d'arrivée à dilatation complète (26,5 %),
- La surprise par le travail d'accouchement trop rapide (24,8 %)
- Le manque de moyens financiers (11,5 %)

Connaissance des inconvénients de l'accouchement non assisté :

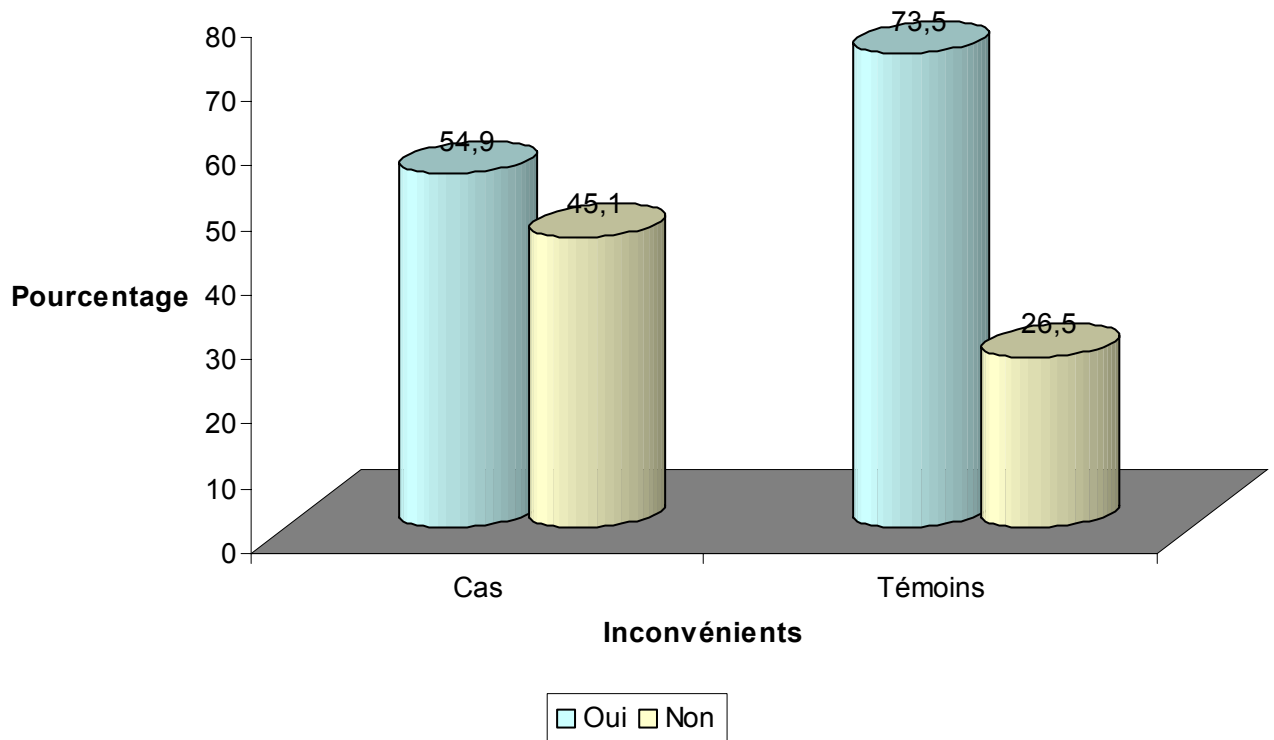


Figure 33:

$$\text{Khi}2=8,49 \quad p=3.10^{-2} \text{ (s)}$$

A la question de savoir si l'accouchement non assisté avait des inconvénients :

- 54,9 % des femmes de la série des cas et 73,5 % des femmes de la série des témoins avaient répondu OUI.

Répartition des femmes en fonction des risques encourus connus :

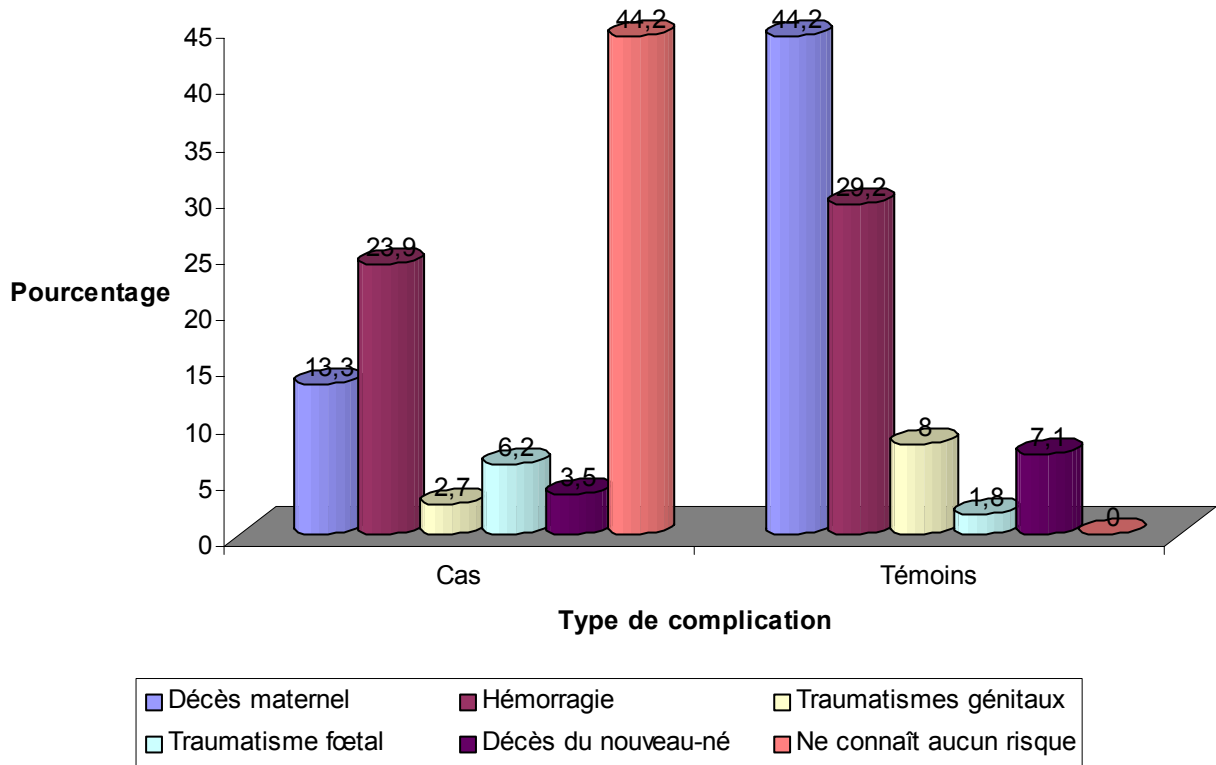


Figure 34:

Les risques encourus les plus cités sont l'hémorragie dans 23,9 % des cas et le décès maternel dans 13,3 % des cas. Cependant dans 44 % de la série des cas, elles ne connaissaient aucun risque lié à l'accouchement non assisté.

Tableau VI : Sentiment après accouchement :

<i>Sentiment</i>	<i>Cas</i>		<i>Témoins</i>	
	Effectifs	%	effectifs	%
Déception	23	20,4	1	0,9
Satisfaction	14	12,4	98	86,7
Regret	31	27,4		
Indifférence	37	32,7		
Anxiété	8	7,1	8	7,1
Peur			6	5,3
Total	113	100,0	113	100,0

Seulement 12,4 % des femmes de la série des cas ont répondu être satisfaites après accouchement à domicile contre 86,7% pour les témoins après accouchement en maternité.

Tableau VII : avis du personnel face à l'accouchement hors maternité :

<i>Avis</i>	<i>Cas</i>	
	Effectifs	%
Défavorable	113	100
Favorable	0	0
Total	113	100,0

Dans 100 % des cas le personnel avait un avis défavorable vis-à-vis de l'accouchement non assisté.

Répartition des femmes en fonction du site du prochain accouchement :

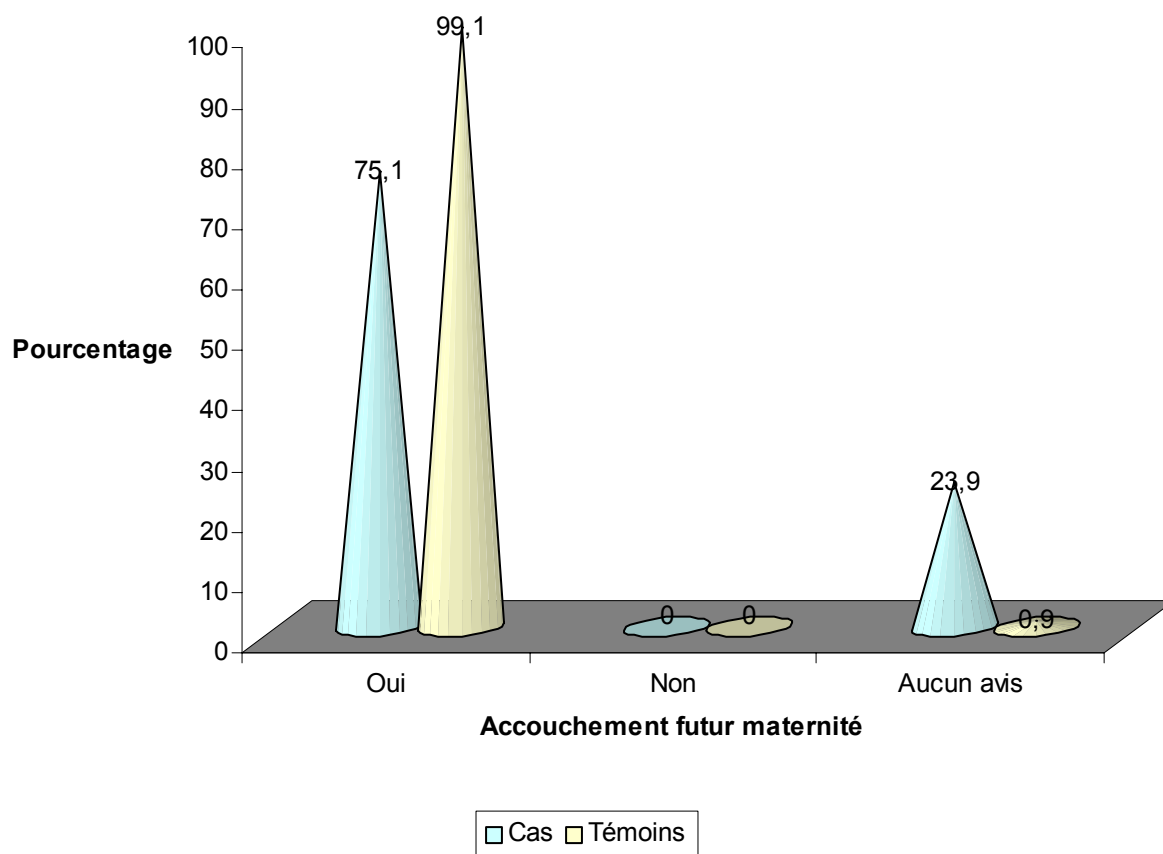


Figure 35 :

$P < 0,05$ (S)

75,1 % des femmes de la série cas et 99,1% des femmes de la série des témoins ont promis accouché dans un centre de santé.

4- Pronostic foetal:

Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'APGAR à l'arrivée:

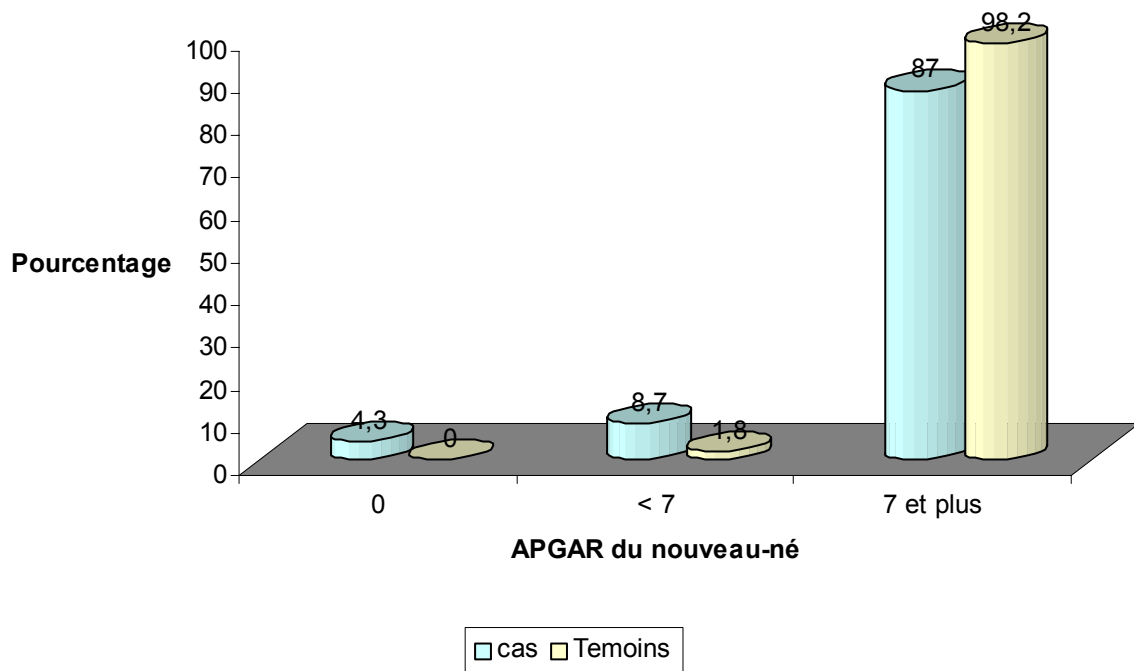


Figure 36 :

OR =5,33. IC à 95% = 1,06-, 36,13 $\chi^2=11,01$ ddl=2 $p=0,04(s)$.

8,7 % des nouveau-nés de la série des cas avaient un APGAR morbide < 7 à l'arrivée contre 1,0% pour les témoins.

La différence est statistiquement significative entre les 2 groupes.

Répartition en fonction de l'état des nouveau-nés à l'admission:

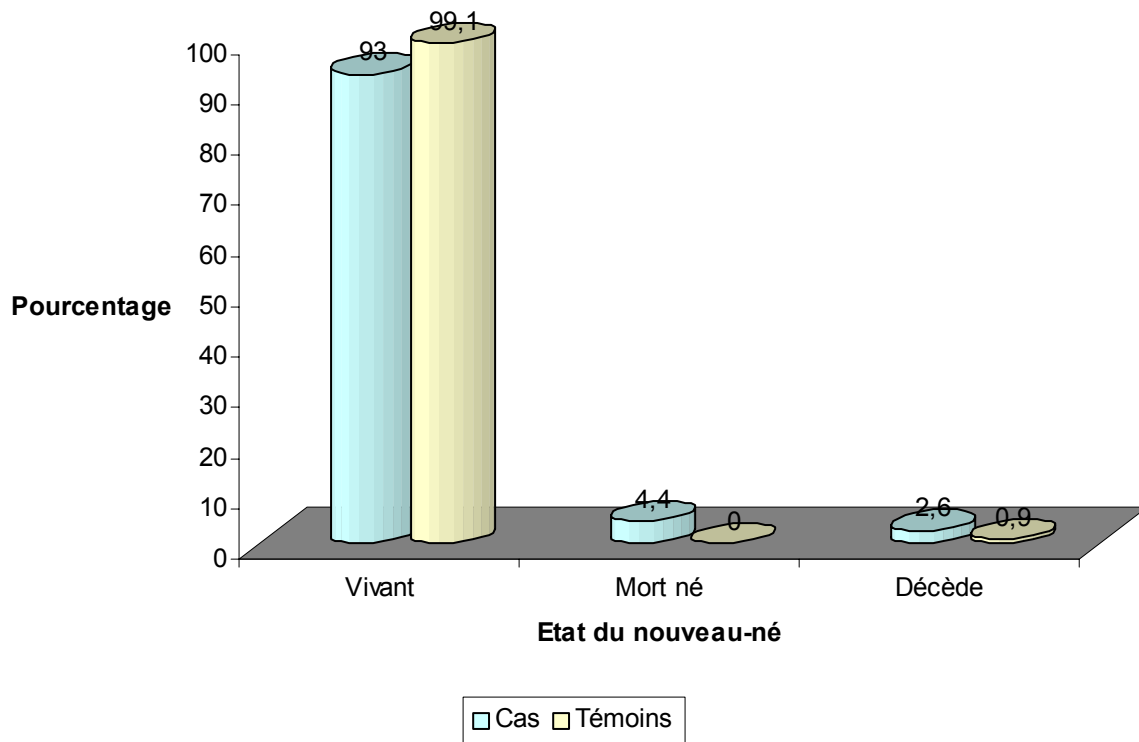


Figure 37: Test de FISHER P= 0,018(s)

Nous avons déploré 2,6 % de décès de nouveau-nés dans la série cas, après leur admission des suites de souffrance néonatale contre 0,9% pour les témoins.

La différence est statistiquement significative entre les 2 groupes

Tableau VIII : répartition des nouveau-nés en fonction du poids :

<i>Poids</i>	<i>Cas</i>		<i>Témoins</i>	
	effectifs	%	effectifs	%
< 2500	32	27,8	12	10,5
2500-3500	76	66,1	90	79,0
>3500	7	6,1	12	10,5
Total	115	100,0	114	100,0

Khi²=11,50 ddl=2 p=3.10⁻²(s).

OR= 3,28; IC à 95% =1,51- 7,22.

27,8 % des nouveau-nés de la série des cas avaient un petit poids de naissance contre 10,5% pour les témoins.

La différence est statistiquement significative entre les 2 groupes.

Tableau IX : répartition des nouveau-nés en fonction des malformations décelées:

<i>Type de malformation</i>	<i>Cas</i>		<i>Témoins</i>	
	Effectifs	%	effectifs	%
Omphalocèle			2	1,8
Anencéphalie	1	0,9		

Répartition des nouveau-nés en fonction de la réanimation à l'admission :

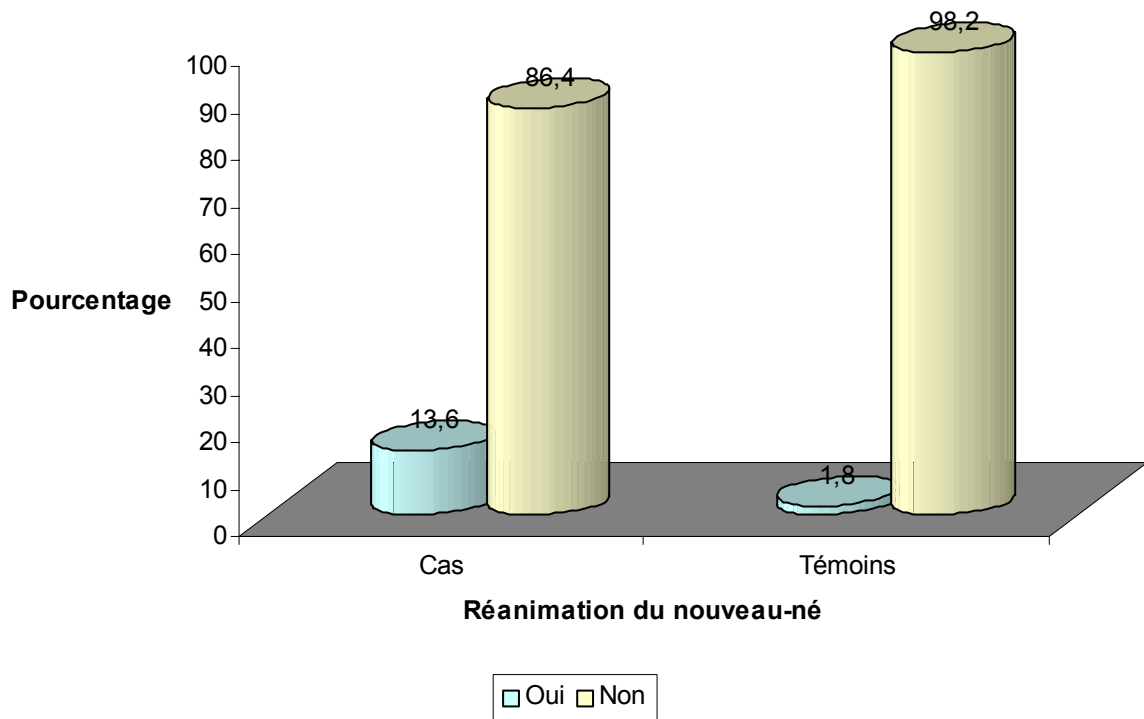


Figure 37 :

OR = 8, 84; IC à95% =1, 86-57 Khi2=11, 27 p=7.10⁻³(s)

13,6% des nouveau-nés de la série des cas ont bénéficié d'une réanimation néonatale contre 1,8% pour les témoins.

La différence est statistiquement significative entre les 2 groupes.

Répartition des nouveau-nés en fonction de la référence :

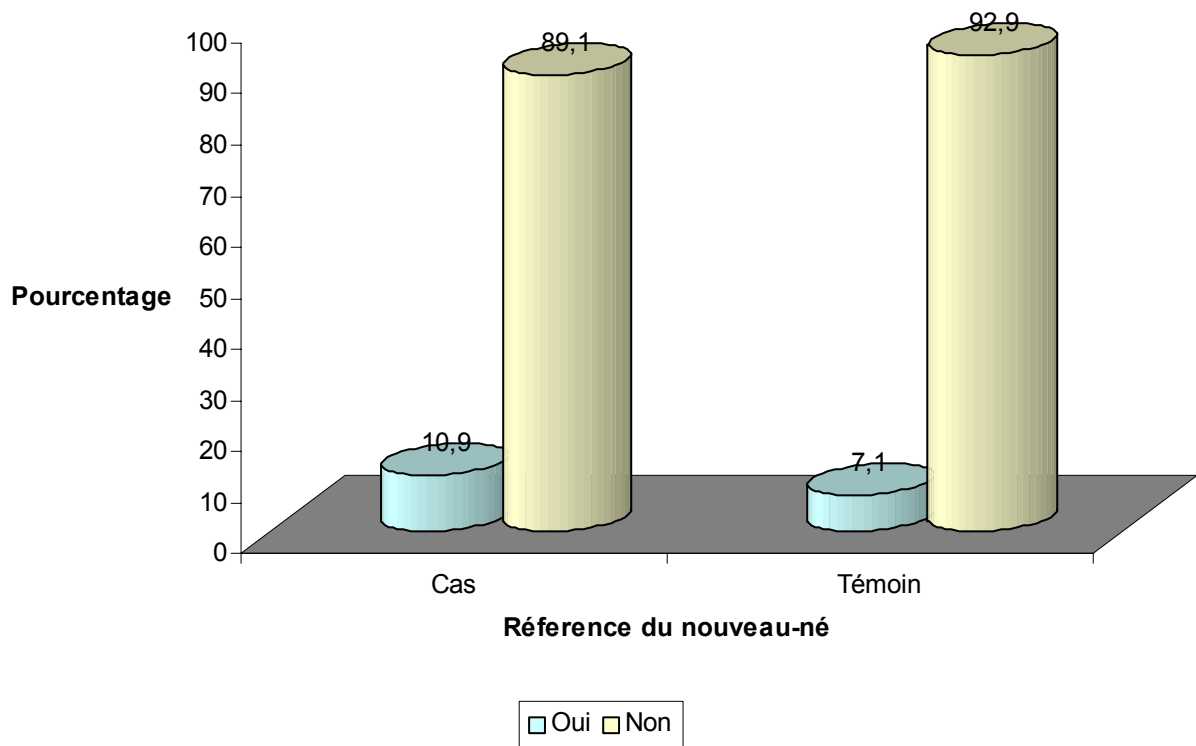


Figure 38:

$\text{Khi}2= 1$ $p=0,31$ (NS)

10,9% des nouveau-nés de la série des cas ont été référés contre 7,4% pour les témoins.

5- FACTEURS DE RISQUE D'ACCOUchemENTS NON ASSISTES :

Les facteurs de risques suivants ont été identifiés :

- La multiparité (OR=5,99 ;
IC à 95% = 1,21-40,11),
- L'absence d'instruction scolaire (OR=2,11 ;
IC à 95% =1,4-3,90),
- L'absence de suivi prénatal (OR= 4,53 ;
IC à 95% = 1,76-12,08),
- L'absence de profession qualifiée (OR = 4,32 ;
IC à 95% =1,77-10,91),
- Un antécédent d'accouchement à domicile (OR= 4,97 ;
IC à 95% =2,14-11,89)



**COMMENTAIRES/
DISCUSSION**

V -COMMENTAIRES/ DISCUSSION :

1- Fréquence :

La fréquence des accouchements non assistés dans le centre de santé de référence de la commune I durant notre étude est de 3,8%. Ce taux est comparable à ceux retrouvés par **DIARRA. N [12]**, **MICHEL. S [33]**, **AKPADZA J. K [1]**, **BEERAM [4]** aux USA avec respectivement 4,02%, 2,8%, 1,8%. Cependant, notre taux est nettement inférieur à celui de **Wiegers [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.

Dans les pays en développement comme le Mali, la fréquence élevée d'accouchements non assistés peut s'expliquer surtout par les pesanteurs socioculturelles et l'ignorance des risques de l'accouchement non assistés par un personnel qualifié [42].

2- Caractéristiques socio-démographiques des patientes :

De nombreux facteurs de risques d'accouchements non assistés ont été identifiés....

a – Age :

Dans notre série l'âge moyen des cas était de 25,2 ans et 25 ans pour les témoins. **Diarra. N [12]**, **Michel. S [33]**, **Hirsch [21]**, **Prudhomme [39]** et **Touré B. et coll [42]** ont 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 plus part des auteurs [5, 6, 12, 42]

b- Niveau d'instruction :

Ont noté un taux de 66,4% de femmes non scolarisées parmi nos cas et 58,4 % pour les témoins. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Ce taux est supérieur aux taux retrouvés par **Diarra. N [12]** avec **55,8%** et par **Hirsch [21]** avec 52,5%.

Cependant notre taux reste inférieur à celui de **Touré. B et coll [42]** qui ont trouvé 79,76%.

Donc l'analphabétisme exposerait au risque d'accouchement non assisté. Ainsi le risque d'accouchement non assisté lié à l'absence d'instruction scolaire est de 2,11 contre 5,05 dans la série de **Touré. B et coll.** et 5,04 dans la série de **Bolam [6]** au Népal

c- Profession de la femme :

Dans notre étude, dans 80,5% des cas, les femmes sont ménagères et le mari est ouvrier et ou vendeur dans 75,2% des cas. Pour les témoins, dans 70,8% des cas les femmes sont ménagères et le procréateur ouvrier et ou vendeur dans 60 % des cas.

Ce taux est proche de celui de Touré B et coll. [42] avec 94%

La situation socio-économique de nos cas étant précaire justifierait probablement le choix d'un accouchement à domicile, le retard à la prise de décision de se rendre à la maternité en temps opportun, et puis le coût élevé du prix d'accouchement ne semble être à la portée de tous les ménages.

Cette réflexion nous rapproche des constatations de **Lavaud et al [26]** qui ont rapporté dans leur série que les conditions socio-économiques défavorables influencent le lieu d'accouchement.

Cependant le niveau socio-économique de nos patientes ne fait pas ressortir de différence statistiquement significative entre les cas et les témoins. Ceci serait le reflet du contexte général de pauvreté qui prévaut au **Mali**.

d- Distance entre le domicile et le centre d'étude :

44,2% des femmes de la série des cas et 46,6% des femmes témoins habitaient à une distance de 2-5 km. Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre les 2 groupes en ce qui concerne la distance séparant le domicile et la maternité.

Hirsch [21] déduit que l'éloignement des centres de santé n'est pas le véritable problème, puis que les deux tiers des femmes de sa série habitaient à moins de 15minutes de l'hôpital où elles avaient été admises.

Pour nous la méconnaissance du travail d'accouchement et surtout un manque d'information des gestantes lors des CPN sur le travail d'accouchement pourraient expliquer cette pratique.

e- Délai d'admission après accouchement à domicile :

Seulement 15,1 % des femmes de la série des cas ont consulté dans un intervalle de 30mn; bien que la majorité des nos femmes résidaient à moins de 30 minutes de la maternité.

3- Antécédents :

a- Parité :

Les primipares sont les plus représentées dans la série des cas avec 52,2% et 37,2% pour les témoins.

Ce taux est supérieur à celui de Diarra. N [12] avec 32,42%, mais inférieur à celui de AKPADZA J. K [1] à Lomé qui trouve un taux de 58,9%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les primipares ont effectué moins de CPN dans notre étude.

L'accouchement non assisté concerne aussi les paucipares, avec 48% dans notre série.

Les multipares représentent 14,1 % 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'AAD :

30,1% des femmes de la série des cas et 8% femmes témoins avaient un antécédent d'AAD.

Ce taux est conforme aux données rapportées par la littérature [21, 42, 39]

Dans notre étude il s'agit parfois de l'issue favorable de l'AAD antérieur qui est en cause. Nous avons constaté qu'il s'agissait de multipares dans 14,1 % des cas.

4-Le motif de consultation :

Dans 35,4% des cas, les accouchées non assistées consultaient essentiellement pour s'assurer que tout s'est bien passé.

5 - Histoire de la grossesse actuelle :

a - Suivi prénatal :

Le mauvais suivi de la grossesse est le dénominateur commun aux femmes faisant un accouchement non assisté. Dans 71,7% des cas, les grossesses sont mal et ou non suivies. Ce résultat est conforme aux données rapportées par la littérature [4, 12]

b-Lieu du suivi prénatal :

Dans 46% des cas, nos femmes avaient eu des consultations prénatales effectuées dans un centre de santé de référence. **AKPADZA et coll. [40]** 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 :

Nous avons relevé que dans 75% des cas, les femmes qui ont accouché sans assistance ont été suivies par des sages femmes et ou des matrones.

Si la majorité de nos accouchées sans assistance ont pourtant fait suivre leurs grossesses, nous déduisons que 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 [1, 40]

Deux tiers de nos femmes ont affirmé que l'accouchement non assisté n'est pas anodin. Cette remarque est également faite par plusieurs auteurs [1, 20, 38]

6- complications maternelles :

=>86,7% des accouchées non assistées ont présenté des complications.

L'hémorragie de la délivrance a été observée dans 28,3% des cas contre 5,3% pour les témoins.

La différence est significative entre les 2 groupes ($p=7.10^{-5}$).
Ce taux comparable à celui de **Diarra. N [12]** avec 25%, mais nettement supérieur aux 2,78% rapporté par **Touré. B et coll. [40]**.
Le risque de présenter une hémorragie de la délivrance est 7 fois plus élevé en cas d'accouchement non assisté.

La rétention placentaire a été observée dans 12,4 % des cas contre 1,8% pour les témoins. La différence est statistiquement significative entre les 2 groupes.

Ce taux est inférieur aux 29 % trouvé dans la série de **Diarra. N [12]**

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

Ce taux est comparable à celui de **Diarra. N [12]** ; alors que **Olivier et Ménard [31]** trouvent respectivement 4% et 6,83% en Europe. Cette différence pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des séquelles d'excision dans les pays en développement [42].

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

Nous avons noté un taux de 19,5% dans la série des cas et 0,9% chez les témoins. La différence est significative $p= 2.10^{-5}$.

Ainsi le risque de présenter une anémie clinique est multiplié par **27** en cas d'accouchement non assisté.

5- Raisons évoquées :

Parmi les raisons évoquées pour justifier l'accouchement non assisté, nous avons retrouvé en premier lieu l'intention d'arriver à la dilatation complète dans 26,5% des cas, par contre **Touré. B et coll. [42]** au Burkina Faso ont noté, dans 59,22 % des cas un travail d'accouchement rapide.

La surprise par le travail d'accouchement a été évoquée dans 24,8 % des cas contre 56,1% dans la série d' **AKPADZA J. K [1]**. à Lomé L'absence du mari ou d'accompagnant a été retrouvée dans 10,6% des cas contre 5,4% noté par **Touré. B et coll. [42]**.

7- Pronostic foetal:

Nous avons colligé 115 nouveau-nés chez les cas et 114 nouveau-nés chez les témoins, parmi lesquelles 2 grossesses gémellaires chez les cas et une chez les témoins.

a- Morbidité :

Nous avons retenu comme critère de morbidité tout nouveau-né ayant un score d'APGAR inférieur à 7.

Dans 8,7% des cas, les nouveau-nés avaient un APGAR < 7, ce taux est inférieur à celui rapporté par **Diarra. N [12]** avec 34,05%.

Le risque d'avoir un APGAR morbide (< à 7) est multiplié par 5 en cas d'accouchement non assisté.

L'évolution des nouveau-nés présentant un APGAR morbide (< à 7) s'améliorait en générale après réanimation.

Dans notre travail 13,6% des nouveau-nés de la série des cas ont bénéficié d'une réanimation. Ainsi le risque de subir une réanimation est multiplié par 8 en cas d'accouchement non assisté.

Les gestes réalisés ont été l'aspiration des voies aériennes supérieures et la ventilation au masque.

27,8 % des nouveau-nés de la série des cas avaient un petit poids de naissance contre 10,5 % des nouveau-nés de la série des témoins. Le risque d'avoir un petit poids à la naissance est multiplié par 3 en cas d'accouchement non assisté.

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

10,9% des nouveau-nés de la série des cas contre 7,1% pour les témoins ont été référés en service de néonatalogie de l'hôpital Gabriel Touré (HGT).

Les principales causes de référence des nouveau-nés:

La prématurité, la souffrance néonatale et le petit poids de naissance ont été essentiellement les principaux motifs de référence.

b- mortalité :

Nous avons enregistré 5 mort-nés soit 4,3% pour les cas.

Ce taux est inférieur à celui de **Diarra. N [12]** avec 18,65%.

Nous avons noté 2,6% de mortalité néonatale précoce alors que **Diarra. N [12]** a relevé 20,95% de décès néonatal. Notre taux est cependant comparable à celui de **Touré. B et coll.** avec 2,48%.



CONCLUSION

VI - 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 3,8% dans notre série ;

L'âge moyen des cas était de 25,5 ans et 25 ans pour les témoins ;

Les primipares et paucipares sont les plus représentées, dans 80 % des cas environ.

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 rupture utérine sur utérus cicatriciel dans la série des cas ; nous n'avons enregistré aucun décès maternel.

La principale raison évoquée pour expliquer l'accouchement non assisté était l'intention d'arriver à dilatation complète dans 26,5% 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 multiparité, 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]



RECOMMENDATIONS

VII - RECOMMANDATIONS :

Nous ne saurons terminer cette étude sans formuler les recommandations suivantes à l'endroit :

*** Des Personnels de santé :**

- Promouvoir l'éducation, l'information et la sensibilisation sur la santé de la reproduction afin de 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 ;
- Imposer aux accouchées à domicile de légères sanctions disciplinaires pour activer l'abandon des accouchements à domicile.

*** Des Gestantes :**

- Respecter les recommandations faites par les prestataires de santé ;
- Faire suivre ses grossesses de façon correcte et régulière;
- Se doter d'un minimum de ressources économiques dès la conception.

*** De la Population :**

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

*** Du Ministère de l'Éducation Nationale:**

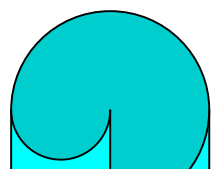
- Renforcer des efforts visant à accroître le taux de scolarisation des filles.

*** Du 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
- Suivi régulier du personnel dans le bon déroulement des prestations de santé ;
- Mettre en place dans le service d'une banque de sang pour la prise en charge efficiente des cas d'hémorragies graves.

*** Des Autorités Politiques :**

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



REFERENCES:

1- Akpadza J. K., S. Baeta, A. Amadou, A. Ankou. Accouchement sans surveillance medico-obstetricale dans la commune de LOME. Journal de la SAGO, 2004, vol.5, n0 1, p.9-14

- 2- Baeta S., Akpadza K., Hodonou A. K.S., Kotor K., Idder - Abdoulaye Z.** Les facteurs socioculturels : facteurs de risque de mortalité à partir de 308 cas de morts fœtales. Publications médicales africaines, 1992 ; 120 : 10-17
- 3- Barbier ML, Sanchez P., Cortesi C.** Naissances inopinées à domicile en île-de-France. Rev. SAMU, 1990; 2: 69-74
- 4- Beeram M., Solarin K., Young M., Abedin M. ,** Morbidity and mortality of infants born before arrival at the hospital. Clin. Pediatr. (Phila.), 1995 ; 34 313 -6.
- 5- Bhooplam P.S., Wtkinson M.,** Born before arrival at hospital, Br. J Obstet. Gynaecol., 1991; 98: 57-64.
- 6- Bolam A., Manandhar D.S., Sheestha P., Elis M., Malla K., Costello A. M.** Factors affecting home delivery in the Kathmandu valley. Nepal Health Policy Plan 1998; 13: 152-8.
- 7- Campbell R. ET Macfarlane.** Le lieu d'accouchement : étude critique de la littérature. Br J Obstet Gynaecol 1986 ; 93 (7) : 675 – 83.
- 8- 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.
- 9- Conablke B.B.** La maternité sans risque. Forum mondial de la santé OMS Genève 1987 ; 8(2) : -164-70.
- 10- Damstra –Wijmenga SM.** Les accouchements à domicile : les résultats positifs en Hollande. JR Coll. Gen Prat 1984; 34 (2665): 425-30.
- 11- Davids – Floyd R. E.** Birth as an American rite passage 1995, Berkeley: University of California Press.
- 12- Diarra N.** Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de 728 cas. Thèse de Médecine à Bamako 2001 n° 48.
- 13- Enquête Démographique et de Santé au Mali EDS-MII 1995-1996.**
- 14- Enquête Démographique et de Santé au Mali EDS-MIII 2001.**

- 15- Esimai OA, OJ O OS, Fasubaa OB.** Utilization of approved health facilities for delivery in Ile-ife, Osun state, Nigeria.
Nigeria Journal Med 2002; Oct-Dec: 177-9.
- 16- Eskes TK.** Les accouchements à domicile aux Pays Bas – Mortalité et morbidité périnatale. Int. J Gynaecology Obstetric 1992; 38 (3): 161- 9
- 17- Groupe Inter organisation sur la maternité sans risque.** Conférence internationale sur la maternité sans risque intitulée « Sauver des vies : l'assistance qualifiée à l'accouchement » Tunis, 13-15 novembre 2000.
- 18- Habsatou T.** Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain. Thèse de médecine FM POS Bamako 2000. M- 62.
- 19-Hanguine (MAKANSIRE) :** Accouchement traditionnel
Thèse Med. Bamako, 1978 no : 2
- 20- Herve C., Caillard M., Metadier D.** Les accouchements hors maternité. Ach Fr. Paediatric 1986; 43: 513-6.
- 21- Hirsch G.** Facteurs de risque et conséquences materno-fœtales des accouchements hors maternité. Thèse Médecine, Paris XIII. 1991.
- 22- Kitsa P., Ngozwana S., Van Coeverden de Groot H.A.** The prevalence of domiciliary deliveries in Khayelitsha, Cape Town. S. Afr. Med. J 1997 ; 8 : 224-5
- 23- Labama L.** Accouchement à domicile, risque pour la mère et l'enfant. Panorama médical Kisangani (RDC) 1995 ; 12 : 720-3
- 24- Lankoande J., Bonane B., Ouedraogo A., Ouedraogo C.M.R., KNE B.** Les accouchements à domicile à la maternité du CHNYON de Ouagadougou : A propos de 156 cas colligés en quatre ans. Burkina Médical : 45 – 6.
- 25- Lansac. M et Coll :** Pratique d'accouchement ;
5é édition Masson Paris 233
- 26- Lavaud J., Alluchon F., Andre P.** Rôle de l'aide médicale urgente dans l'accouchement en dehors d'une structure médicalisée en milieu urbain. Rev. SAMU. , 1981 ; 4 : 391-5.

27-Legende : Ministère du plan. Diagnostic du district de Bamako, avant projet, Bamako, 1988.

28- 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.

29- Man Mangay – Maglacas. A : Accouchement traditionnel. Genève DMS 1983 232 p-22cm.

30- Marc Gamere et Coll : préparation maternelle de l'accouchement : OBST. EMC 5017 D 10 Page 5.

31- Menard C. Accouchements inopinés hors maternité : A propos de 161 cas à Marseille de 1989 à 1991. Thèse Médecine, Aix Marseille 1993.

32- Merger. R et Coll. – Précis d'accouchement. 5è édition. , Masson ; Paris 1989. ,

33- Michel. S. Etude sur les accouchements non assistés au service de gynéco-obstétrique à HGT ; Thèse de médecine, BAMAKO, 2005 . ; 96 p n° 56

34- Nwakoby bn. Use of obstétrical services in rural Nigeria. JR Soc Health 1994 Jun; 114(3): 132-6.

35- Okolocha C., Chiwuzie J., Braimoh S. Sociocultural factors in maternal morbidity and mortality: a study of a semi-urban community in Southern Nigeria. J. Epidemiol. Community Health 1998 ; 52(5) : 293-7.

36-Olivier S., Guidecelli B., Gamerre M. L'accouchement à domicile. Réanimation. Soins intensifs. Med. Urg 1994 ; 4 : 207-12.

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

38- OMS. “Maternal health around the word “.

39- 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.

40- Rochat C., Alvado G. A propos des accouchements à domicile. Rev. Ped 1988; 24 : 241-52

41- 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.

42- Touré. B, B. DAO, B. Nacro, N. Sankara, B. Kone. Accouchement à domicile: aspects épidémiologiques et cliniques en milieu urbain au BURKINA FASO. Journal de la SAGO, 2004, vol.5, n0 1, p. 36-41.

43- 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

44 –Wiegers. T.A, 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.



ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

ACCOUCHEMENT NON ASSISTE:

I-IDENTIFICATION DE LA FEMME :

No Dossier / ____ /

Etude / ____/ 1=cas 2= témoin

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=maure, 9=Autre)

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= Commerçante 5=vendeuse ambulante
6=étalagiste. 5=Elève/ Etudiante. 6=Autres.....

Q9-Niveau d'instruction: / ____/ (1=Aucun 2=Primaire
3=Secondaire 4=Supérieure 5=Alphabétisée en langue nationale
5=Alphabétisée en coran 6= 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- Antécédents 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=Elevé 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=nécessite d'obtenir l'acte de naissance 4=Obliger par les parents ou les proches.

Q14-Adressée par : / __/ :1=famille, 2=voisins du quartier, 3=police, 4=gendarmerie, 4=venue d'elle-même

II – HISTOIRE DE LA GROSSESSE :

Q15- Consultation prénatale / __/ 1= OUI 2= NON

a) Nombre : _____

b- Auteur / __/ 1=Sage femme, 2=Médecin, 3=Matrone, 4=Aide soignante, 5=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

III-EXAMEN A L'ENTREE:

Q16- Examen physique: -Tension artérielle/_____/

-Température / ____/

- Pouls maternel/_____/

Q17- Etat général de la patiente/ ___/ (1=bon, 2=passable, 3=altéré)

Q18- Conscience de la patiente /___/ (1=conservée, 2=obnubilée, 3=coma : score de Glasgow à.....)

Q19- Accouchement /___/

1=Domicile Date : Heure :

**2=En cours de route : Taxi/___/, Voiture personnelle
/___/, charrette/___/.**

3=structure de santé /___/ Date Heure

4=Autres à préciser

**Q20- Qualification de l'accoucheur: /___/ :1=Sans aucune aide,
2=parent (belle- mère, grande- mère, tante, sœur), 2=une assistante
domestique, 3=un chauffeur de taxi, 4=sage femme 5=interne
6=autres : à préciser**

Q21- Délivrance /___/ Date : Heure :

**1=domicile : spontanée /___/ artificielle/___/
Active /___/**

2=En cours de route :

3=Structure de santé :

Q22- Section du cordon /___/

1=Domicile Date : Heure :

auteur/___/ 1=elle-même, 2=parents, 3=autres

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

III-EVOLUTION DE L'ETAT GENERAL DE LA MERE :

Q26.Suites simples : /_____/ 1= OUI 2=NON

si non cause :

Q27-Retention placentaire: /_____/ 1=OUI 2=NON

* Si oui **1a** =Totale **1b**= Partielle

Q28. Périnée /_____/ 1- Intact

2-Déchirure périnéale : **2a**=* Simple

2b=* Complète

2=c* Compliquée

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 : a préciser : /...../

Q37- Résultat de la mère/____/

1=Vivante

2=Référée: /_____/

3=Décédée: /_____/

Lieu: /_____/

Cause:/_____/

Lieu: /_____/

Cause:/_____/

IV- 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 oui cause :**

Q45- Malformations /___/ 1=Oui 2= Non.

Si oui préciser

**Q46- Autres lésions /___/ : 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 à l'hôpital, 7b intention d'arrivée à dilatation cervicale complète, 7c. Peur, 7d. Grossesse non à terme, 7e. Grossesse non à terme.

Q50-Sentiments après l'accouchement: / _____/ (1=Satisfaction, 2=Anxiété, 3=Regret, 4=Déception, 5=indifférence

37- Inconvénients de l'accouchement sans assistance medico-obstetricale: / _____/ 1=OUI

2=NON.

38- Risques encourus connus par la patiente / _____/

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

39-Conseil à donner / ___/ 1= message reçu

2= Sentiment favorable

40- Comportement du personnel / ___/ 1= favorable/ _____/

2= Défavorable/ _____/

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : OUOLOGUEM

Prénom : ALY DAUDA

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

Année : 2005-2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS.

E-mail : alionek@yahoo.fr.

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 prospective, 3010 accouchements ont été enregistrés sur une période de 12 mois (1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006) dont 113 accouchements à domicile soit une fréquence de 3,8%.

Les patientes avaient un âge moyen de 25,2 ans pour les cas et 25 ans pour les témoins. Une parité moyenne de 2,4 pour les cas et 1,8 pour les témoins ; elles étaient pour la plupart des ménagères effectuant peu ou pas de CPN et étaient la majorité sans niveau d'instruction scolaire.

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 l'intention d'arriver à dilatation cervicale complète, la surprise par le travail d'accouchement, le manque de moyens financiers respectivement dans 26,5%, 24,8%, 11,5% 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 d'emploi. Une meilleure culture médicale des gestantes et de la population ; une information soigneuse des gestantes des 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'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 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.