

s et complicat



accouchements non assistés dans le Centre de Santé de la Commune II de Bamako, en 2019.



ce de la

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique**

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

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

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

N° DERSP/FMOS/USTTB

Mémoire

**Master en Santé Publique
Option Epidémiologie**

Année Universitaire 2019 - 2020

Facteurs et complications associés aux accouchements non assistés dans le Centre de Santé de référence de la Commune II de Bamako, en 2019.

s

Présenté et soutenu le 08/12/2020.

Par :

Dr COULIBALY Salimata KANE

Président : Pr KAYENTAO Kassoum
Membre : Dr TOUNKARA Moctar
Directeur :
Co-directeur : Dr SANGHO Oumar

REMERCIEMENTS

Dédicace

Je dédie ce travail :

A ma famille et belle famille pour leur soutien

A mon époux pour sa patience son soutien inconditionnel et sa disponibilité

Remerciements :

A Allah le tout puissant pour m'avoir donné la chance et le courage de réaliser ce travail,

A Notre Chef de **DER, le Professeur SANGHO Hamadoun** qui n'a ménagé aucun effort pour la bonne formation des apprenants.

A mon encadreur **Dr Oumar SANGHO** ; pour avoir accepté d'apporter sa contribution afin d'améliorer ce travail durant tout le long de son élaboration. Vos conseils et orientations m'ont été d'un grand apport.

Aux enseignants et à l'ensemble du personnel du DER de Santé Publique

Vous avez fait preuve d'une bonne volonté et de beaucoup de sacrifices pour nous assurer une formation de qualité. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos remerciements les plus sincères pour les efforts que vous avez déployés.

A toute la promotion 8M2, pour leur soutien au cours de cette formation.

A l'ensemble du personnel du **CS Réf de la Commune II** et particulièrement au Médecin Chef **Dr Mariam Idrissa DJILLA** pour sa disponibilité et son soutien, qu'il en soit sincèrement remercié.

Aux **membres de jury** qui ont accepté de juger ce travail. Qu'ils trouvent ici le témoignage de notre respect le plus distingué

Merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Tables de matière

Contenu

REMERCIEMENTS	i
Liste des abréviations	v
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
1. Introduction :.....	1
2. Question de recherche :.....	2
3. OBJECTIFS	3
3.1. Objectif général :	3
3.2. Objectifs spécifiques :	3
4. Revue de la littérature	4
4.1. RAPPELS (1)	4
4.2. Epidémiologie :.....	8
5. Cadre Conceptuel	10
6. METHODOLOGIE	11
6.1. Cadre d'étude :.....	11
c) Données socio-économiques :.....	11
d) Données sanitaires :	11
Fonctionnement :.....	12
6.2. Type et Période d'étude :.....	13
6.3. Population d'étude :.....	13
6.4. Critère d'inclusion :	13
6.5. Critères de non inclusion :	13
6.6. Echantillonnage et calcul de la taille de l'échantillon.....	13
6.6.1. Méthode d'échantillonnage:.....	13
6.6.2. Taille de l'échantillon :	13
6.7. Collecte des données	14
6.7.1. Techniques de recueil des données :.....	14
6.7.2. Outils de collecte des données :	14
6.8. Définition des variables.....	15
6.8.1. Variable dépendante : Accouchement non assisté.....	15
6.9. Saisie et analyse des données :	18
7. Aspect éthique	19
8. Résultats	20

8.1. Fréquence.....	20
8.2. Caractéristiques des Variables.....	20
8.3. Détermination des facteurs associés à l'accouchement non assisté.....	23
8.3.1. Facteurs associés à la survenue de l'accouchement non assisté : Analyse bi variée :	23
8. Discussion	29
8.1. Fréquence :	29
8.2. Caractéristiques sociodémographiques des femmes	29
8.2.2. Profession :	30
8.2.3. Statut Matrimonial :	30
8.2.4. Scolarisation :	30
8.2.5. Suivi prénatal :	30
8.2.6. Parité.....	31
8.2.7. Appréciation du coût :	31
8.2.8. Raisons de l'accouchement à domicile	31
8.2.9. Complications liées à l'accouchement à domicile :	32
8.3. Limites et difficulté de l'étude.....	32
Conclusion.....	34
9. Recommandations	34
Références	36

Liste des tableaux

Tableau I: Catégorisation et codification des variables.....	15
Tableau II : Opérationnalisation des variables	17
Tableau III: Caractéristiques socio démographiques des participantes de l'étude.....	20
Tableau IV: Répartition des participantes selon le suivi prénatal, appréciation du coût et les antécédents obstétricaux.....	21
Tableau V: Répartition des cas et des témoins selon la survenue des complications.	22
Tableau VII : Association entre les différents facteurs et l'accouchement non assisté au niveau du CS réf de la commune II du district de Bamako.	23
Tableau VII: Relation entre l'accouchement non assisté et les complications maternelles immédiates et néonatales dans le CS réf de la CII du District de Bamako	25
Tableau VIII : Association entre les différents facteurs associés l'accouchement non assisté au niveau du CS réf de la commune II du district de Bamako.....	26
Tableau IX : Relation entre l'accouchement non assisté et les complications maternelles immédiates et néonatales dans le CS réf de la CII du District de Bamako.	28

Liste des figures

Figure 1 : Cadre conceptuel des facteurs de risque de l'accouchement non assisté	10
---	----

Liste des abréviations

ANA : Accouchement non assisté

ATCD : Antécédent

AV JC : Avant Jésus Christ

AP JC : Après Jésus Christ

CPN : Consultation Prénatale

BPN : Bilan prénatal

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF CII : Centre de santé de référence de la commune II

CU : Contraction utérine

CUD : Contraction utérine douloureuse

DNS : Direction nationale de la santé

DNSI

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FMPOS : Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

GATPA : Gestion active de la période de l'accouchement

HPPI : Hémorragie du post partum immédiat

HTA : Hypertension artérielle

HU : Hauteur utérine

HGT : Hôpital Gabriel Touré

IC: Intervalle de Confiance

ID: Identification

IIG : intervalle intergenegique

IM : Intra musculaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR: Odds Ratio

ORL: Oto-rhino-laryngologie

P: Probabilité

PF : planning familial

PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH)

% : pour cent

RPM : Rupture précoce des membranes

SA : Semaine d'aménorrhée.

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

RESUME

Objectif : L'objectif était d'étudier les facteurs de risque associés à l'ANA au niveau du CS réf CII du district de Bamako.

Méthodologie : Nous avons mené une étude cas-témoin sur les dossiers des femmes qui ont fait un accouchement non assisté au niveau du CS réf C II de Mai à Septembre 2019. Les données ont été saisies et analysées sur SPSS 25.0, avec présentation des Odds Ratios et intervalles de confiance.

Résultats : La fréquence de l'accouchement non assisté était de **5%**. La tranche d'âge 20 ans et plus était la plus représentée chez les cas avec 93,3% et les moins de 20ans chez les témoins avec 73,4%. Nous avons trouvé chez les cas, comparés aux témoins, les patientes qui étaient non scolarisées et du niveau primaire, les Multipares/Grandes Multipare et la non réalisation de la consultation prénatale (CPN) avaient respectivement 125,76[8,89;1780,97] fois ; 13,01[2,12;79,75] fois; 22,98[26,89;95,95] fois plus de chance de faire un accouchement non assisté. Les ménagères avaient 7,54[1,82;31,32] fois plus de chance de faire un accouchement non assisté comparées aux fonctionnaires. Le jugement du coût de l'accouchement élevé était de 7,37[3,96;13,74] fois plus chez les cas comparé aux témoins. La survenue des complications était significativement associée à l'accouchement non assisté.

Conclusion : L'accouchement non assisté était assez fréquent. Les facteurs associés étaient : l'absence de scolarisation, le manque de moyens financiers, l'absence de réalisation de CPN, le coût de l'accouchement. Les futurs programmes de santé devraient simultanément viser ces facteurs identifiés afin d'espérer diminuer ce niveau anormalement élevé.

Mots Clés : Facteurs associés, accouchement non assisté, Centre de Santé de référence, Commune II, Bamako, Mali.

ABSTRACT

Objective: The objective was to study the risk factors associated with ANA at the level of the CS ref CII of the district of Bamako.

Methodology: We conducted a case-control study on the files of women who had an unassisted delivery at the HC ref C II level from May to September 2019. The data were entered and analyzed on SPSS 25, with presentation of the Odds Ratios and confidence intervals.

Results: The frequency of unassisted delivery was 5.8%. The age group 20 years and over was the most represented in cases with 93.3% and under 20 years in controls with 73.4%. We found in the cases, compared to the controls, the patients who were not educated and of the primary level, the Multiparas / Grandes Multiparas and the non-performance of the prenatal consultation (ANC) had respectively 125.76 [8.89; 1780, 97] times; 13.01 [2.12; 79.75] times; 22.98 [26.89; 95.95] times more likely to have an unassisted birth. Housewives were 7.54 [1.82; 31.32] times more likely to have an unassisted birth compared to civil servants. The judgment that the cost of childbirth was high was 7.37 [3.96; 13.74] times higher in cases compared to controls. The occurrence of complications was significantly associated with unassisted delivery.

Conclusion: Unassisted delivery was quite common. The associated factors were: lack of schooling, lack of financial means, lack of ANC, cost of childbirth. Future health programs should simultaneously target these identified factors in order to hope to reduce this abnormally high level.

Keywords: Associated factors, unassisted childbirth, Reference health center, Commune II, Bamako, Mali.

1. Introduction :

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

A l'échelle mondiale, l'accouchement sans assistance ou assisté par des accoucheuses non qualifiées est un problème de santé publique associé à une mortalité et une morbidité maternelles élevées (4). Ces femmes, mal informées sans éducation sur la santé maternelle et néonatale et n'ayant aucune connaissance préalable des signes de danger obstétricaux ne bénéficiant pas de soins prénatals ni de conseil de planification familiale accouchent souvent à domicile de façon traditionnelle, et sans surveillance médicale en raison de divers obstacles d'une part économiques tels que : les coûts des frais d'utilisation des services de santé, le manque de moyen, le nombre insuffisant d'agents de santé qualifiés et d'autre part socio-culturelles liée à certaines croyances et traditions qui qualifient la femme ayant subi l'accouchement non assisté comme brave, courageuse et fière et ceux-ci couplés à l'insécurité, peuvent tourner au drame(5). Cependant aux États-Unis, au cours des dernières années, les taux de naissances hors de l'hôpital sont planifiés et ont augmenté de 20% entre 2004 et 2008, et de 0,9% en 2019. Toujours en 2019 environ 1% en France, 1 et 3% en Allemagne, 0,5% en Australie 2% au Canada, 16% au Pays-Bas (6). En Afrique, particulièrement au Soudan du Sud la prévalence des accouchements à domicile (sans assistance) étaient à 19%, 45% assistés par une accoucheuse non qualifiée en 2010 (7). Cependant en 2011, une étude réalisée estime qu'en Afrique 60 - 80 % des femmes accouchent en dehors de toutes installations modernes de soins de santé(5). En Ethiopie en 2019, 47 sur 60 accouchements ont été réalisés à domicile avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles (8). Bien que la prévalence des accouchements non assistés reste très élevée au Mali , leurs déterminants demeurent mal étayés, (3). Au Mali selon EDSMVI en 2018 les accouchements à la maison ont diminués sensiblement, passant de 61 % en 2001 à 54 % en 2006 puis à 33 % en 2018 (9). En 2013, la région d'Afrique subsaharienne a contribué à 62% (179 000) des décès maternels dans le monde(7). Au Mali, le taux de mortalité néonatale est de 57,1 ‰ (10). Le tétanos néonatal en est une cause importante 70 % à 90 % des cas (11)

Il est largement reconnu qu'un facteur majeur contribuant à la mortalité maternelle est la faible utilisation des établissements de santé, ou d'une mauvaise prise en charge de la grossesse, du travail d'accouchement, et de la période néonatale immédiate (12). Environ soixante-dix pour cent des décès néonataux pouvaient être évités par des interventions simples et à moindre coût avant, pendant la grossesse, durant l'accouchement et même pendant la période du post partum, mais aussi par des changements de comportement simple au sein de la famille et de la communauté (13).

Les caractéristiques socio –démographiques : le statut matrimonial, la résidence, la classe d'âge, le niveau d'instruction de même la parité et le suivi prénatal jouent un rôle prépondérant dans le choix du lieu d'accouchement (5).

Nous avons réalisé une étude en 2011 et trouvé une fréquence de **5,1%** dans le centre de santé de référence de la commune II (5). En 2019, la fréquence était toujours élevée **5%**.

La fréquence élevée des accouchements non assistés pourrait s'expliquer par la pauvreté, les fanatismes religieux, les pesanteurs socioculturelles et l'ignorance des risques liés à l'accouchement non assistés. Face à cette réelle préoccupation de sante publique et le besoin pressent de réduire ce fléau, nous avons initié cette étude.

2. Question de recherche :

Nous voulons donc comprendre pourquoi cette fréquence est toujours élevée et si encore les pesanteurs socioculturelles, économiques et l'ignorance des risques et complication liés à l'accouchement non assisté pourraient expliquer les accouchements non assisté ?

3. OBJECTIFS

3.1. Objectif général :

Etudier les facteurs et les complications associés à l'accouchement non assisté au niveau du Centre de Santé de Référence de la Commune II (CS réf) du district de Bamako.

3.2. Objectifs spécifiques :

Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant fait un accouchement non assisté dans le CS réf de la CII du district de Bamako ;

Déterminer la fréquence des complications immédiates maternelle et néonatale des accouchements non assistés dans le CS réf de la CII du District de Bamako ;

Identifier les facteurs et les complications associés à l'accouchement non assisté au niveau du CS réf de la commune II du district de Bamako.

4. Revue de la littérature

4.1. RAPPELS (1)

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

1. Accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 semaines d'aménorrhée). L'expulsion de l'œuf avant le terme de six mois est pour le droit français un avortement spontané ou fausse couche. L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^{ème} semaine (259 jours) et la fin de la 42^{ème} semaine (293 jours) est dit à terme. S'il se produit avant 37 semaines (259 jours) de grossesse, il est **prématuré**.

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

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

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

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

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

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

2-Mécanisme général de l'accouchement :

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

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

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

2.1- Première période de travail : effacement et dilatation.

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

POCHE DES EAUX : Portion membraneuse du pôle inférieur de l'œuf qui occupe l'aire du col dilaté.

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

Traversée de la filière génitale

2-2-1- Engagement : c'est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation.

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

2-2-3 Dégagement : C'est le franchissement du détroit inférieur.

2-3 Troisième période : Délivrance ;

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

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

2- VARIETES DE PRESENTATIONS On distingue :

a- Présentation céphalique : les plus fréquentes (96%)

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

C'est la plus dystocique des présentations céphaliques.

b-Présentation du siège

Le siège est dit **complet** lorsque les jambes sont fléchies sur les cuisses et cuisses fléchies sur l'abdomen. Le siège est dit **décompleté** lorsque les membres inférieurs sont étendus devant le tronc, jambes en extension totale, pieds à la hauteur de la tête fœtale.

Trois ordres de conditions prédisposent à cette présentation.

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

c- Les positions transversales et obliques (présentations de l'épaule)

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

Elles sont toujours dystociques et nécessitent une intervention.

3- LES COMPLICATIONS HEMORRAGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT (11)

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

a) **Déchirures incomplètes :** Les déchirures incomplètes ont trois (3) degrés :

- ✓ Dans le premier est la déchirure de la commissure (déchirure bénigne).
- ✓ Dans le deuxième degré, le bulbo-caverneux et partie antérieure du noyau fibreux central sont intéressés, mais on voit les fibres transversales des muscles transverse du périnée encore intact. Le périnée reste sous-tendu par ce cordage transversal. Ces déchirures moyennes sont encore bénignes.
- ✓ Dans le troisième degré, tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés, mais le sphincter anal reste intact.

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

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

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

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

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

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

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

a. Déchirures basses (périnée vaginales),

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

c. Déchirures de la partie moyenne.

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

Les déchirures du col sont spontanées ou provoquées :

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

B- Provoquées : plus graves que les déchirures spontanées, elles sont dues à des interventions mal indiquées ou exécutées dans de mauvaises conditions : - Au cours de l'accouchement normal, on a fait pousser la femme trop tôt ;

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

- Les incisions du col ne se pratiquent plus.

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

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

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

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

C- enfin un troisième groupe qui sont les ruptures utérines provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'ocytociques

6- Les complications de la délivrance :

A- Rétention placentaire :

. Etiologies :

-Les altérations de la muqueuse utérine (curetage, césarienne corporelle hystérie plastie, une myomectomie sous muqueuse).

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

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

• Etiologie : • Symptomatologie : Variantes anatomiques : la rétention peut être partielle ou totale :

B- Hémorragies de la délivrance :

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

-certains troubles de la coagulation,

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

4.2. Epidémiologie :

En effet, plusieurs facteurs tels que l'éducation, les revenus des femmes, le manque d'informations sur les services disponibles et sur comment y accéder, l'indisponibilité des moyens de transport adaptés, les coûts des soins ou encore la non-participation des femmes aux processus de décision, peuvent retarder ou rendre impossible le recours aux soins maternels. C'est pourquoi malgré les preuves scientifiques sur l'intérêt de l'accouchement assisté, les femmes continuent d'accoucher à domicile (14).

En effet, en 2013 : Selon WHO 97 à 99 % des femmes accouchent dans les structures de santé dans les pays à revenus élevés contre seulement 47 à 60 % pour les pays à faibles revenus (14).

Selon l'UNICEF, la couverture pour l'accouchement assisté est de 66 % au niveau mondial; contre seulement 49 % pour l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud (14).

Selon le Ministère de la Santé du Mali, les proportions d'accouchements assistés au Mali, est de 58,4 % pour l'ensemble du pays, descendent dans les régions du nord, à 2,6 % pour Tombouctou, 2,4 % pour Gao et 3,3 % pour Kidal. Cette situation a été aggravée par l'insécurité qui y sévit (14).

En 2016 au CS Réf commune V de Bamako, la fréquence de d'accouchements à domicile était de 1,04% (14) ;

Au CS Réf commune II, la fréquence d'accouchements à domicile était respectivement de 5,1% en 2011 (5); et 4,43% au TSF (sans fils) contre 3,43 % à L'hippodrome en 2020 (15).

5. Cadre Conceptuel

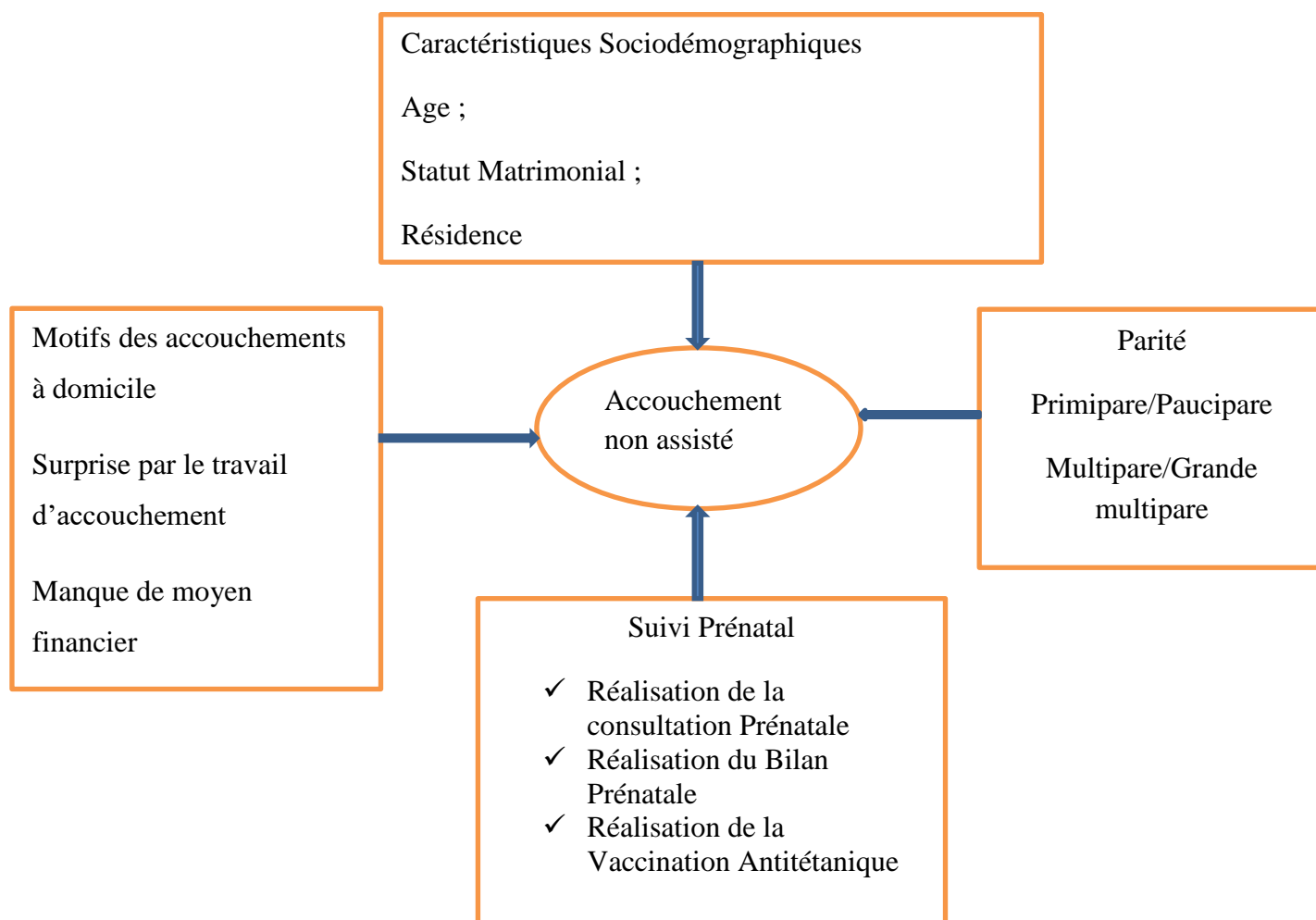


Figure 2 : Cadre conceptuel des facteurs de risque de l'accouchement non assisté

Commentaire du cadre conceptuel :

Accouchement non assisté : C'est tout accouchement non assisté par un personnel de Santé. Il est d'origine multifactorielle faisant intervenir des facteurs sociodémographiques et socioculturels à savoir : Age, statut matrimonial, profession de la patiente et du procréateur, parité, suivi prénatal, manque de moyen financier, négligence et l'ignorance

6. METHODOLOGIE

6.1. Cadre d'étude :

Description de commune II

a) Superficie et population :

La commune II couvre une superficie de 17 km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako 267 Km² pour une population de **196101** habitants en 2015 avec un taux d'accroissement de 1.03% (DNSI 2009)

b) Données socio-culturelles et religieuses :

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

c) Données socio-économiques :

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

d) Données sanitaires :

La commune II du district comprend :

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

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médine, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'Gomi).

Le Centre de Santé se trouve au quartier TSF.

e) Description du service de gynécologie

Le service de gynécologie obstétrique occupe le nord du centre à l'entrée.

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Trois toilettes pour le personnel ;
- Une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- Une unité de planning familial (PF)
- Une unité de consultation post natale ;

- Une unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH) ;
- Trois bureaux pour les gynécologues ;
- Une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque comprenant une salle d'urgence et une salle de consultation externe ;
- Une salle de garde pour les internes et les médecins ;
- Une unité de pansement ;
- 17 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation (salle des suites de couches normale, salle de césarienne, salle de grossesse pathologique, salle VIP).

Le personnel comprend :

- Quatre spécialistes en gynécologie obstétrique dont le chef de l'unité de gynécologie et obstétrique ;
- Des médecins en spécialisation en gynéco-obstétrique de nombre variable ;
- Des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 24 sages-femmes dont la sage femme maîtresse ;
- (9) infirmières obstétriciennes ;
- (01) Matrone
- (3) aides-soignantes ;

Fonctionnement :

- Le service dispose d'une salle d'accouchement et d'un bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et obstétricales qui fonctionnent vingt-quatre heures sur vingt-quatre.
- Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par les gynécologues obstétriciens quatre jours par semaine (lundi au jeudi).
- Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages-femmes avec l'aide des infirmières obstétriciennes et des aides-soignantes.
- Une équipe de garde permanente travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée d'un gynécologue-obstétricien, de deux médecins généralistes, d'étudiants en médecine, de sages-femmes, d'infirmière obstétricienne ou d'aides-soignantes, d'infirmier anesthésiste réanimateur, de manœuvres, d'un chauffeur d'ambulance.
- Un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi à huit heures trente minutes où l'équipe de garde effectue le compte rendu des prestations. Ce staff est dirigé par les gynécologues obstétriciens.

6.2. Type et Période d'étude :

Il s'agissait d'une étude cas-témoins, réalisée sur une période de 5 mois allant de Mai à Septembre 2019. Nous avons exploité les données des participantes qui ont été accouché durant la période du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2018.

6.3. Population d'étude :

Cas : La population d'étude était constituée de dossiers de femmes ayant accouché en dehors d'une structure de santé et ayant consultées pour l'obtention d'une déclaration de naissance et / ou des complications maternelles et/ ou néonatales ou autres causes.

Témoins : était constitué de dossiers des femmes ayant accouché à la maternité et à une heure suivant celle de consultation du cas dans la même journée.

6.4. Critère d'inclusion :

Cas : Ont été inclus les dossiers des femmes âgées de 15ans et plus ayant fait un accouchement non assisté par un personnel de Santé.

Témoins : Ont été inclus les dossiers des femmes âgées de 15ans et plus ayant accouché à la maternité et à une heure suivant celle de consultation du cas dans la même journée.

6.5. Critères de non inclusion :

Cas : N'ont pas été inclus, les dossiers des femmes ayant accouché hors structures sanitaires avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié et ayant accouché en cours de route lors du transfert d'une structure sanitaire à une autre, et avec données incomplètes.

Témoins : le dossier des femmes avec des données incomplètes

6.6. Echantillonnage et calcul de la taille de l'échantillon

6.6.1. Méthode d'échantillonnage:

Nous avons fait un échantillonnage probabiliste des cas (avec comme critère l'accouchement non assisté dans la salle de travail et des témoins (accouchement assisté dans la structure) pendant la période d'étude au niveau du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako.

6.6.2. Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon a été calculée sur le logiciel Epi info version 7 qui nous a donné 160 cas et 320 témoins avec une puissance de 0,90.

L'estimation a été faite selon les données suivantes :

- 1 cas pour deux témoins,
- selon EDSVI de 2018, la proportion d'accouchement non assisté au Mali est de 33%.
- La puissance ($p= 0,90$) est la probabilité de rejeter une fausse hypothèse nulle. Elle devrait être proche de un (1).
- 0,05 est le risque de 1ere espèce de rejeter une hypothèse nulle si elle est vraie ; β est la probabilité d'accepter une hypothèse nulle si elle est fausse.

En appliquant la formule dans le logiciel Epi info version 7, nous obtenons une taille minimale égale à 480 dont 160 accouchements non assistés et 320 accouchements assistés.

6.7. Collecte des données

6.7.1. Techniques de recueil des données :

Les données ont été recueillies de façon rétrospective, en utilisant les dossiers obstétricaux (questionnaire pré établi) du registre d'admission et de sortie des patientes et des partogrammes des femmes âgées de 15 ans et plus ayant fait un accouchement non assisté par un personnel de Santé après l'identification de ce cas 2 témoins ayant accouché à la maternité à des dates suivant celles des cas.

6.7.2. Outils de collecte des données :

Le recueil des données a été effectué à l'aide de questionnaire individuel (fiche d'enquête) en exploitant les dossiers Gynéco obstétriques (questionnaire pré établi) du registre d'admission et de sortie des patientes et des partogrammes des femmes.

Tableau I: Catégorisation et codification des variables

Variables	Codage	Type de variables
Accouchement	1= cas 2= témoins	Variable dépendante
Classe d'Age	1= Age<20ans ; 2= 20ans et plus	Variable indépendante
Résidence	1=Commune II 2= Hors Commune II	Variable indépendante
Profession de la femme	1= Ménagères 2= Fonctionnaire	Variable indépendante
Profession du procréataire	1= Ouvrier 2= Fonctionnaire	Variable indépendante
Niveau d'instruction	1= Aucun/ primaire ; 2= secondaire/ supérieur	Variable indépendante
Consultation Périnatale	1= Oui 2=Non	Variable indépendante
Parité	1=Primipare/Paucipare 2=Multipare/Grande Multipare	Variable indépendante
Survenue de Complications	1=oui ; 2=non	Variable indépendante
Etat Matrimonial	1=Marié ; 2=Célibataire	Variable indépendante
Appréciation du coût de l'accouchement	1=Elevé 2= Abordable	Variable indépendante
Raison accouchements hors maternité	1= Surprise par le travail 2=Manque moyen financier 3= Négligence et Ignorance	Variable indépendante

6.8. Définition des variables

6.8.1. Variable dépendante : Accouchement non assisté

C'est tout accouchement non assisté par un personnel de Santé.

6.8.2. Variables indépendantes

Les hémorragies du post partum Immédiat : saignement durant les premières 24 heures suivant l'accouchement.

Les hémorragies du post partum Tardif : saignement survenant durant la période située entre les 24 heures après l'accouchement et la 6eme semaine du post partum.

Hémorragie de la délivrance : toute perte de sang ayant sa source dans la zone d'insertion placentaire, survenant au moment de la délivrance ou dans les 24 heures suivant l'accouchement anormale par son abondance (plus de 500ml) et son effet sur l'état général.

Grossesse non suivie : absence de soins liés à la grossesse dans une structure de santé.

Parité : c'est le nombre d'accouchement ;

Nullipare : zéro accouchement ;

Primipare : un accouchement ;

Paucipare : deux à trois accouchements ;

Multipare : quatre à cinq accouchements ;

Grande Multipare : plus de six accouchements.

Le personnel qualifié : a été défini par l'OMS comme une personne « formée pour maîtriser les compétences nécessaires pour gérer les grossesses normales, l'accouchement et le post-partum immédiat, ainsi que pour l'identification, la prise en charge et l'orientation des complications chez les femmes et les nouveau-nés

Cas : La population d'étude était constituée de dossiers de femmes ayant accouché en dehors d'une structure de santé et ayant consultées pour l'obtention d'une déclaration de naissance et / ou des complications maternelles et/ ou néonatales ou autres causes.

Témoin : était constitué de dossiers des femmes ayant accouché à la maternité et venant après le cas.

Tableau II : Opérationnalisation des variables

Facteurs	Variables	Définition opérationnelle	Type	Modalité	Technique de collecte
Identification du participant	Age	De la naissance au dernier anniversaire avant l'étude	Quantitative	1=Age<20ans ; 2=20anset plus	Dossier
	Statut matrimonial		Qualitative	1=Marié ; 2=Non Mariée	Dossier
	Niveau d'instruction	Niveau de formation obtenu selon les cursus scolaire et universitaire officiels	Qualitative	1=Aucun/primaire ; 2= secondaire/ supérieur	Dossier
	Résidence actuel	Là où le participant vit actuellement	Qualitative	1=Commune II 2= Hors Commune II	Dossier
	Profession	Activités quotidiennes menées par le sujet et qui lui procure sa subsistance	Qualitative	1= Ménagères 2= Fonctionnaire	Dossier
	Parité	Nombre d'accouchement		1=Primipare/Paucipare 2=Multipare/Grande/ Multipare	Dossier
	Consultation Prénatal	Consultation pendant la grossesse	Qualitative	1=Oui 2=Non	Dossier
	Déchirure des parties molles	Déchirure périnéale, vaginale, du col etc..	Qualitative	1=Oui 2=Non	Dossier
	Hémorragie du Post Partum Immédiate	Saignement durant les premières 24 heures suivant l'accouchement.	Qualitative	1=Oui 2=Non	Dossier

Identification du cas ou du témoin :

- 1) Age : 1= <20ans 2= 20ans et plus ;
- 2) Statut matrimonial : 1=Mariée 2=Non Mariée ;
- 3) Niveau d'instruction : 1 = Aucun /Primaire 2 = Secondaire/ Supérieur ;

- 4) Résidence actuel : 1 = Commune II ; 2 = Hors Commune II ;
- 5) Profession de la patiente : 1= Ménagère 2= Fonctionnaire
- 6) Profession du Procréataire : 1 = Ouvrier 2 = Fonctionnaire

6.9. Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur SPSS version 25. 0. Après codage des cas et témoins, de nouvelles variables ont été créées dans SPSS avec code (voir tableau I) utilisées pour l'analyse. Après vérification et prise en compte des données manquantes, la fréquence des accouchements non assisté par un personnel de Santé a été déterminée en fonction du nombre répertorié dans le registre d'admission des parturientes (cas), et accouché au niveau du service de Gynéco obstétrique dans le Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako (témoins) pendant la période d'étude. Ensuite la fréquence des facteurs associés a été déterminée et présentée sous forme de tableau.

Tests statistiques :

- Test du khi carre (X^2) de Pearson a été effectué pour comparer au moins deux (2) variables qualitatives entre elles; et déterminer une association statistiquement significative entre les différents facteurs associés aux accouchements non assisté par un personnel de Santé.
- Mesure d'association (Odds Ratio= OR) pour mesurer l'association entre une variable dépendante et une variable indépendante.

Le seuil de significativité a été fixé à 5% et l'intervalle de confiance à 95%.

Régression logistique :

La régression logistique a été effectuée sur le logiciel SPSS version 25. 0.

Pour l'analyse statistique des données, le plan d'analyse suivant a été adopté :

- Vérification de la qualité des données ;
- Analyse descriptive séparée des caractéristiques de l'étude;
- Une analyse bi variée étudiant les relations entre la variable dépendante (variable accouchement non assisté ANA) et les variables indépendantes (Age; Résidence ; Statut matrimonial; Niveau d'instruction; Profession de la femme et du procréataire ; parité ; Consultation Prénatal ; Survenue de Complications, Appréciation du coût de l'accouchement ; Raison accouchements hors maternité).

Nous avons procédé par la méthode de sélection manuelle ou descendante, ou un seuil de conservation inférieur à 25% a été admis. Nous nous sommes aussi basé sur le test du rapport

de vraisemblance pour choisir le meilleur sous-ensemble quand on sait bien que, plus le nombre de variable est réduit mieux l'interprétation des résultats est facile.

La méthode de régression logistique est donc la méthode multi variée de choix pour rechercher des facteurs de risque ou des facteurs protecteurs de l'accouchement non assisté.

Dans notre analyse, nous avons recherché une association entre la variable d'intérêt qu'est l'accouchement non assiste et les variables explicatives comme : l'âge ; le niveau d'instruction ; la non réalisation de la CPN ; la parité ; la présence des complications aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né.

7. Aspect éthique

Une lettre de stage, dans l'exercice du mémoire de Master en santé publique, a été adressée au Médecin Chef du CS Réf de la commune II, il a donné son accord verbal pour l'enquête. Toute fois la confidentialité et l'anonymat des femmes ont été garantis dans l'exploitation des dossiers.

8. Résultats

8.1. Fréquence

Nous avons enregistré au total **3351** accouchements dans le centre de sante de référence de la commune II et colligé **160** accouchements non assistés et **320** accouchements assistés pendant notre période d'étude soit une fréquence d'accouchements non assistés de **5%**.

8.2. Caractéristiques des Variables

Tableau III: Caractéristiques socio démographiques des participantes de l'étude

Variables	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Résidence				
Commune II	132	82,5	237	74,1
Hors Commune II	28	17,5	83	25,9
Classe d'âge				
<20	10	6,2	235	73,4
20ans et plus	150	93,8	85	26,6
Situation Matrimoniale				
Mariée	66	41,2	212	66,2
Non Mariée	94	58,8	108	33,8
Niveau d'instruction				
Aucun/Primaire	129	80,6	6	1,9
Secondaire/Supérieure	31	19,4	314	98,1
Profession Patiente				
Ménagère	146	91,3	63	19,7
Fonctionnaire	14	8,7	257	80,3
Profession Procréateur				
Ouvrier	133	83,1	98	30,6
Fonctionnaire	27	16,9	222	69,4

Dans cette étude, la majorité des femmes résidaient en Commune II dans les deux groupes soit respectivement 82,5% pour les cas et 74,1% pour les témoins.

Les femmes de 20 ans et plus étaient les plus représentées parmi les cas avec 93,8% et 26,6% chez les témoins.

La majorité des femmes soit 58,8% était des non mariés chez les cas, et 33,8% chez les témoins.

Les femmes non scolarisées/Primaire étaient les plus représentées chez les cas soit 80,6% et 1,9% chez les témoins.

Les Ménagère étaient plus représentés chez les cas soit 91,3% et chez les témoins et 19,6% chez les témoins.

Les conjoints ouvriers étaient majoritaires chez les cas soit 83,1% et minoritaires chez les témoins soit 30,6%.

Tableau IV: Répartition des participantes selon le suivi prénatal, appréciation du coût et les antécédents obstétricaux

Suivi prénatal Antécédents	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Consultation Prénatale				
Oui	20	12,5	279	87,2
Non	140	87,5	41	12,8
Bilan Prénatal				
Oui	20	12,5	279	87,2
Non	140	87,5	41	12,8
Vaccin anti tétanique				
Oui	20	12,5	279	87,2
Non	140	87,5	41	12,8
Appréciation du coût				
Elevé	140	87,5	207	64,7
Abordable	20	12,5	113	35,3
Parité				
Primipare/ Paucipare	18	11,3	165	51,6
Multipare/Grande Multipare	142	88,8	155	48,4

Dans notre étude les femmes qui n'avaient pas réalisée la consultation prénatale représentaient **87,5%** chez les cas et **12,8%** chez les témoins. Les multipares/ grandes multipares représentaient **88,8%** chez les cas et **48,4%** chez les témoins, plus de la majorité des femmes ont trouvé que le coût étaient élevé soit **87,5%** chez les cas et **64,7%** chez les témoins.

Tableau V: Répartition des cas et des témoins selon la survenue des complications.

Complications	Cas	Témoins	Total
	n(%)	n(%)	
Déchirure des parties molles			
Oui	89 (55,6)	15 (4,7)	104
Non	71 (44,4)	305 (95,3)	376
Hémorragie post partum immédiat			
Oui	100 (62,5)	42 (13,1)	142
Non	60 (37,5)	278 (86,9)	338
Rétention Placentaire			
Oui	103 (64,4)	19 (5,9)	122
Non	57 (35,6)	301 (94,1)	358
Anémie			
Oui	29 (18,1)	5 (1,2)	34
Non	131 (81,9)	315 (98,8)	446
Souffrance néonatale			
Oui	60 (37,5)	6 (1,9)	66
Non	100 (62,5)	314 (98,1)	414
Mort-Né			
Oui	14 (8,8)	5 (1,6)	19
Non	146 (91,2)	315 (98,4)	461

Dans notre étude la Déchirure des parties molles était la complication la plus fréquente avec **55,5%** chez les cas et **4,7%** chez les témoins. La souffrance néonatale était à **37,5%** chez les cas et **1,9%** chez les témoins.

8.3. Détermination des facteurs associés à l'accouchement non assisté

8.3.1. Facteurs associés à la survenue de l'accouchement non assisté : Analyse bi variée :

Tableau VII : Association entre les différents facteurs et l'accouchement non assisté au niveau du CS réf de la commune II du district de Bamako.

Facteurs d'exposition	ORb	IC	p-Value
Classe d'âge			
<20	1		-
20 ans et plus	41,47	[20,87 ; 82,392]	<0,001
Situation Matrimoniale			
Mariée	1		-
Non Mariée	2,80	[1,89 ; 4,133]	<0,001
Niveau d'instruction			
Aucun/Primaire	217,77	[88,73 ; 534,49]	<0,001
Secondaire/Supérieur	1		-
Profession de la Patiente			
Ménagère	42,54	[23,03 ; 78,59]	<0,001
Fonctionnaire	1		-
Profession du Procréataire			
Ouvrier	11,16	[6,93 ; 17,98]	<0,001
Fonctionnaire	1		-
Parité			
Primipare/Paucipare	1		-
Multipare/Grande	15,93	[9,26 ; 27,41]	<0,001

Multipare

Réalisation de la CPN

Oui	1		-
Non	47,63	[26,89 ; 84,38]	<0,001

Appréciation du coût

Elevé	3,82	[2,27 ; 6,44]	<0,001
Abordable	1		

A l'analyse bi variée le **Tableau VIII**, a montré que tous les facteurs étaient significativement associés à l'accouchement non assisté.

L'accouchement non assisté était 41,47[20,87 ; 82,392] fois plus fréquent chez les femmes âgées de 20ans et plus que les moins de 20ans.

Le statut non marital, la non scolarisation, la multiparité/grande multiparité, et la non réalisation de la CPN étaient fortement associés à l'accouchement non assisté avec respectivement des OR_b 2,8[1,89 ; 4,133] ; 217,77[88,73 ; 534,49] ; 42,54[23,03; 78,59] ; 15,93[9,26 ; 27,41] et 47,63[26,89 ; 84,38] ; comparées à celles qui étaient mariées ; à celles qui avaient un niveau d'instruction secondaire/supérieur ; à celles qui étaient des fonctionnaires ;des primipares/paucipares et celles qui avaient réalisées la CPN. La chance de juger le coût de l'accouchement élevé était de 3,8 fois plus chez les cas que chez les témoins (p<0,001)

Tableau VII: Relation entre l'accouchement non assisté et les complications maternelles immédiates et néonatales dans le CS réf de la CII du District de Bamako

Complications	ORb	IC	p
Déchirure des parties molles			
Oui	25,49	[13,92 ; 46,67]	<0,001
Non	1		-
Hémorragie post partum immédiat			
Oui	11,03	[6,99 ; 17,40]	<0,001
Non	1		-
Rétention Placentaire			
Oui	28,63	[16,27 ; 50,39]	<0,001
Non	1		-
Anémie			
Oui	17,49	[6,03 ; 50,73]	<0,001
Non	1		-
Souffrance néonatale			
Oui	31,40	[13,17 ; 74,86]	<0,001
Non	1		-
Mort-Né			
Oui	6,04	[2,13 ; 17,08]	<0,001
Non	1		-

A l'analyse bi variée l'accouchement non assisté était significativement associée à l'augmentation de la chance de survenue des complications. Les femmes qui ont fait un accouchement non assisté avaient 25,49 [13,92 ; 46,67] fois plus de chance d'avoir une

déchirure des parties molles ; 11,03[6,99 ; 17,40] fois plus de chance d'avoir une HPPI ; 28,63[16,27 ; 50,39] fois plus de risque d'avoir une rétention placentaire ; 17,49[6,03 ; 50,73] fois plus de chance d'avoir une anémie ; 31,40[13,17 ; 74,86] fois plus de risque de faire une souffrance néonatale et 6,04[2,13 ; 17,08] de risque d'avoir un mort-né à la naissance comparées à celles qui ont accouché au centre.

7.3.2. Facteurs associés à l'accouchement non assisté : Analyse Multivariée

Tableau VIII : Association entre les différents facteurs associés l'accouchement non assisté au niveau du CS réf de la commune II du district de Bamako.

Facteurs d'exposition	ORa	IC	p-Value
Classe d'âge			
<20	1		-
20 ans et plus	117,03	[14,59 ; 938,86]	<0,001
Situation Matrimoniale			
Mariée	1		-
Non Mariée	6,27	[1,18 ; 33,18]	<0,031
Niveau d'instruction			
Aucun/Primaire	125,76	[8,89 ; 1780,97]	<0,001
Secondaire/Supérieur	1		-
Profession de la Patiente			
Ménagère	7,54	[1,82 ; 31,32]	<0,005
Fonctionnaire	1		-
Profession du Procréataire			
Ouvrier	6,61	[1,47; 29,81]	<0,014
Fonctionnaire	1		-
Parité			

Primipare/Paucipare	1		-
Multipare/Grande Multipare	13,01	[2,12 ; 79,75]	<0,006
Réalisation de la CPN			
Oui	1		-
Non	22,98	[26,89 ; 95,95]	<0,001
Appréciation du coût			
Élevé	7,37	[3,96;13,74]	<0,001
Abordable	1		

A l'analyse Multi variée et après Ajustement, tous les facteurs classe d'âge supérieure à 20ans, la non réalisation de la CPN, la grande multiparité, la profession ménagère de la patiente, la non scolarisation étaient significativement associés à l'accouchement non assisté avec respectivement des ORa et IC95% 117,03[14,59 ; 938,86] ; 22,98[26,89 ; 95,95] ; 13,01 [2,12 ; 79,75] ; 7,54 [1,82 ; 31,32] ; 125,76 [8,89 ; 1780,97].

La chance de juger le coût de l'accouchement élevé était de 7,37[3,96;13,74] fois plus élevé chez les cas que chez les témoins (p<0,001)

Tableau IX : Relation entre l'accouchement non assisté et les complications maternelles immédiates et néonatales dans le CS réf de la CII du District de Bamako.

Complications	ORa	IC	p
Déchirure des parties molles			
Oui	15,20	[6,47 ; 35,70]	<0,001
Non	1		-
Hémorragie post partum immédiat			
Oui	6,02	[2,89 ; 12,52]	<0,001
Non	1		-
Rétention Placentaire			
Oui	14,94	[6,78 ; 32,94]	<0,001
Non	1		-
Anémie			
Oui	17,58	[4,13 ; 74,83]	<0,001
Non	1		-
Souffrance néonatale			
Oui	82,97	[22,67 ; 303,65]	<0,001
Non	1		-
Mort-Né			
Oui	13,35	[2,23 ; 80,053]	<0,005
Non	1		-

Après ajustement sur l'ensemble des variables, la survenue des complications était significativement associée à l'accouchement non assisté. Les femmes qui ont fait un accouchement non assisté avaient 15,20[6,47 ; 35,70] fois plus de chance d'avoir une

déchirure des parties molles ; 6,02 [2,89 ; 12,52] fois plus de chance d'avoir une HPPI , 14,94 [6,78 ; 32,94] fois plus de chance d'avoir une rétention placentaire ; 17,58 [4,13 ; 74,83] fois plus de chance d'avoir une anémie ; 82,97[22,67 ; 303,65] fois plus de chance de faire une souffrance néonatale et 13,35 [2,23 ; 80,053] fois de chance d'avoir un mort-né à la naissance comparées à celles qui ont accouché au centre.

8. Discussion

8.1. Fréquence :

L'accouchement sans assistance médicale demeure une réalité quotidienne dans notre milieu. Au cours de notre étude, la fréquence de l'accouchement non assisté était de **5%** dans le CSRef de la CII du District de Bamako. Ce résultat est similaire au résultat trouvé par Kane CS et coll. en 2011 avec 5,1% dans le CSref de commune II (5) ; supérieur à ceux trouvés dans des études antérieures, dont celles de Diarra T. avec 1,04% (16), de Keita A. en 2006 avec 3,01% au CSRef de la Commune V (17), de Diarra N. avec 4,02% (18), de Bonane et coll. avec 1,28% au Centre Hospitalier Universitaire de Yalgado au Burkina Faso (19), de EDSM VI, en 2018, de 3% (20). Nos résultats sont inférieurs à ceux de Sidibé A. et coll. avec 7,86% (15), de Sangho O. et coll. qui ont trouvé 16,18% (21) et de Malam H. au Niger avec 11% (22). Cette différence de fréquences pourrait s'expliquer par les caractéristiques particulières de notre population d'étude dont le niveau socioéconomique, le niveau d'instruction bas, et l'ignorance des risques liés à l'accouchement non assistés par personnel qualifié.

8.2. Caractéristiques sociodémographiques des femmes

8.2.1. Age :

Dans notre étude la tranche d'âge de 20 ans et plus était la plus représentée dans le CS réf de la CII du District de Bamako soit 93,8% chez les cas contre 26,6% chez les témoins. L'âge moyen dans l'échantillon était de 25,86 ans±9,85ans. Ce résultat est similaire à ceux de Sidibé A 25,98 ans (15) inférieur à ceux trouvés par Diarra N. en 2001 avec 27,7ans (18) ; Diarra T. en 2016 (16) et par Sangho O. et coll. avec 28ans (21) différent de ceux de Kane CS et coll. en 2011 avec 24,8 ± 6,2 ans (5). Il apparaît que la femme âgée de 25-35 ans serait la plus exposée aux accouchements non assistés selon la plupart de ces auteurs.

Cela pourrait être dû au fait que ces femmes se sentent plus expérimentées et elles décident d'accoucher à la maison.

8.2.2. Profession :

Les Ménagères étaient plus représentées chez les cas soit 91,3% contre 19,7% chez les témoins. Nos résultats concordaient avec plusieurs autres études menées dont Kane CS et coll. (5) et Sidibé A. et coll (15) dans la commune II, ainsi que celle de Diarra T et coll. (16) dans la commune V, Keita A et coll. (17) dans la même commune.

Cela peut être expliqué par la qualité de vie et les caractéristiques sociodémographiques ainsi que les principales activités génératrices de revenu mené dans la commune II. Ceci serait le reflet du contexte général de pauvreté qui prévaut au Mali.

8.2.3. Statut Matrimonial :

Les femmes non mariées étaient les plus représentées soit un peu plus de la moitié chez les cas contre le tiers chez les témoins dans le CSref de la Commune II. Nos résultats concordaient avec ceux de Sangho O. et coll. (21) Par contre étaient contraires à ceux SIDIBE A. (15) et de Keita A. (17) qui avaient trouvé que les femmes mariées étaient les plus représentées. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les effectifs des non mariées soient largement supérieurs à ceux des mariées dans notre étude ; aussi l'incapacité des procréateurs à faire face aux dépenses pour le suivi de la grossesse et le déroulement de l'accouchement conduisant certaines d'entre elles à opter pour l'accouchement à domicile.

8.2.4. Scolarisation :

Les femmes non scolarisées étaient les plus représentées dans notre échantillon soit 80,6% pour les cas contre 1,9% pour les témoins. Nos données sont comparables à celles de SIDIBE A. et coll. (54,2% à l'hippodrome, 66,7% au TSF) (15), Sangho O. et coll. (62,9% au Quartier et 74,4% à Sabalibougou) (21) et Kané CS et coll. (81,2%) (5).

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

8.2.5. Suivi prénatal :

Dans notre étude la grande majorité des cas n'avait pas été suivie au cours de leur grossesse chez les cas contre une minorité d'environ un dixième pour les témoins. Nos données sont comparables à celles de SIDIBE, A.(15) de Sangho O. et coll.(21)et de Kane CS et coll. (5). L'insuffisance de sensibilisation sur l'importance de la consultation prénatale (CPN), ainsi que sur les conséquences néfastes des accouchements non assisté à domicile, influeraient négativement sur la réalisation des CPN et surtout sur le déroulement de l'accouchement conduisant certaines d'entre elles à opter pour l'accouchement non assisté. L'importance des

CPN semble toujours être insuffisamment perçue par les femmes qui, très souvent se présentent tardivement à la première CPN, ou alors ne respectent pas les rendez-vous pour le suivi.

8.2.6. Parité

Dans notre étude les multipares et les grandes multipares représentaient 88,8% chez les cas contre 48,4% chez les témoins. Nos résultats concordaient à ceux de Sangho O, et coll. (21) soit 83,23% ; à l'opposé de SIDIBE,A(15) de Kane CS et coll. (5) et de Diarra N et coll. (18) qui avaient trouvé que les primipares et les paucipares étaient les plus représentés.

Les multipares et les grandes multipares accouchent à domicile cela pourrait s'expliquer par la durée du travail d'accouchement trop rapide, également par la notion « d'expérience acquise » lors des accouchements précédents, la négligence ou un manque de moyens financiers.

8.2.7. Appréciation du coût :

Dans notre étude la majorité des femmes ont trouvé que le coût était élevé par rapport à leurs revenus soit **87,5%** chez les cas et **64,7%** chez les témoins. La chance de juger le coût de l'accouchement élevé était de 7,37 fois plus chez les cas que chez les témoins. Ces résultats concordaient à ceux de Sangho O et coll qui avaient trouvés que 88,89% des femmes ayant accouché à domicile trouvaient un coût d'accouchement élevé soit 3,26 fois plus d'appréciation du coût de l'accouchement élevé (21) et de Joseph Bénie Bi. V et coll en Côte d'Ivoire en 2009, avait trouvé que 54% des femmes ayant accouché à domicile trouvaient un coût élevé de l'accouchement dans les centres de santé contre 46% qui le trouvaient abordable (23)

8.2.8. Raisons de l'accouchement à domicile

Dans notre étude le manque de moyens financiers a été évoqué par près de deux tiers des femmes et un travail d'accouchement rapide par près d'un tiers. Touré. B et coll. au Burkina Faso ont trouvé que 59,22 % des cas avaient un travail d'accouchement rapide (24), le manque de moyens financiers a été évoqué dans 23,1% des cas contre 8,5% dans la série d'AKPADZA J. K à Lomé (25). Par contre dans l'étude de Sangho O. et coll. 37,10% des femmes de Sabalibougou ont évoqué un mauvais accueil des agents de santé contre 10,65% de Badalabougou (21).

Le manque de moyen financier ; la méconnaissance des dangers lié au non suivi de la grossesse constitue une véritable barrière non seulement à la fréquentation des structures sanitaires et aussi à l'effectivité des prises en charge. Cela nous permet de dire que l'absence

et l'incapacité du partenaire à faire face aux dépenses des femmes pourraient limiter l'utilisation des services de maternité. Depuis les années 1991, l'OMS considère les contraintes économiques comme facteurs contraignant certaines femmes à accoucher à domicile. Dès que le mari n'a pas les moyens de supporter les frais de l'accouchement, la femme se trouve dans la triste obligation d'accoucher à domicile sans assistance (21).

8.2.9. Complications liées à l'accouchement à domicile :

Nous n'avons pas enregistré de décès maternels mais 8,8% de mort-né ont été enregistré. Notre étude a révélé que les complications dont la déchirure périnéale, l'hémorragie du post-partum par atonie utérine, la rétention placentaire et la détresse respiratoire aiguë, étaient toutes largement supérieures chez les cas que chez les témoins. Nous avons également trouvé une association entre la survenue des complications et l'accouchement non assisté. Ouologuem AD rapporte 28,3% d'hémorragie du post partum immédiat (HPPI) par atonie utérine ; 17,7% de lésions périnatales et 12,4% de rétention placentaire (après un accouchement à domicile) (26). Keita A. et coll. ont rapporté 25,62% d'hémorragie du post-partum par atonie utérine après un accouchement à domicile (13). Sangho O et coll. ont enregistré 3 cas de décès maternels suite à l'hémorragie du post-partum par atonie utérine, qui était la complication la plus fréquente (21). Cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des femmes ayant accouché à domicile était des multipares. Le but principal de l'accouchement dans une structure sanitaire est de diagnostiquer et de prévenir les risques qui y sont liés. L'accouchement non assisté pourrait permettre de manquer l'application des mesures préventives contre cette hémorragie du post partum par la pratique de la Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA). Cette GATPA a été instituée depuis les années 2007 pour lutter contre la mortalité maternelle.

8.3. Limites et difficulté de l'étude

➤ Biais d'information

Le Caractère rétrospectif de notre étude ne nous a pas permis d'avoir toutes les données. S'expliquent par le fait que les dossiers, les registres d'accouchements et les partogrammes des accouchements non assistés étaient mal renseignés (il existait des informations manquantes)

➤ **Biais de sélection :**

L'âge était inégalement réparti entre les cas et les témoins, les 20 ans et plus sont nombreuses chez les cas (avec des pratiques et comportements différents selon la classe d'âge). Il pourrait en être de même pour le statut matrimonial et la profession.

Conclusion.

Au terme de cette étude, il apparaît que l'accès aux structures sanitaires est toujours difficile pour les femmes ayant un faible niveau de vie.

D'autres facteurs ont été également mis en évidence, associés à l'accouchement non assisté. Il s'agit, entre autres, de l'absence de scolarisation, le coût jugé élevé des frais d'accouchement, le manque de moyens financiers, l'absence de réalisation de Consultation Prénatale, de sa parité élevée, certains aspects des habitudes, coutumes et traditions, le tout sous-tendu par une insuffisance d'Information, Education et Communication (IEC).

Enfin la sensibilisation des populations, l'amélioration de leur condition de vie, et la motivation du personnel médical sur l'accueil ; l'amélioration de l'accessibilité des soins de qualité et la prise en charge correcte des femmes enceintes ; l'abandon de certaines pratiques traditionnelles (habitudes, coutumes) néfastes à la santé de la mère et de l'enfant aideraient à atteindre les objectifs d'une maternité à moindre risque.

9. Recommandations

Aux personnels de santé

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

- ✓ Accueillir les femmes avec douceur en les rassurant une prise en charge correcte.
- ✓ Sensibilisation sur l'importance de la consultation prénatale (CPN),
- ✓ Sensibilisation sur les conséquences néfastes des accouchements non assisté à domicile

Aux gestantes

- ✓ Pratiquer la CPN ;
- ✓ Se doter d'un minimum de ressources économiques dès la conception ;
- ✓ Abandonner certaines pratiques ou considérations de mœurs par rapport aux accouchements à domicile ;

Aux Autorités Politiques :

Renforcer des efforts visant à accroître le taux de scolarisation des jeunes filles ce qui aura probablement une grande influence sur leur comportement ultérieur surtout sur ce qui concerne leur santé,

- ✓ Renforcer les efforts visant à accroître l’alphabétisation des adultes.
- ✓ Promouvoir des campagnes de sensibilisation sur les risques de l’accouchement non assisté ;
- ✓ Renforcer les efforts visant à accroître le taux de scolarisation des
- ✓ Réduire les coûts des CPN et de l’accouchement dans les structures sanitaires.
- ✓ Améliorer les conditions de vie de la population en particulier celles des femmes.

Références

1. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 1998 – La vie au 21^e siècle : Une perspective pour tous [Internet]. Genève: OMS. [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_fr.pdf?ua=1
2. N'dinga H, Oyere G, Angouono-Moké, Iloki L. Accouchements sans assistance médicale à l'hôpital de base de Talangaï à Brazzaville (Congo). *Méd Trop*. 2011;71(3):278-80.
3. Konaké M, Djilla M, Kayentao K, Touré K, Sacko M, A A iknane. Facteurs associés aux accouchements non assistés: méta - analyse des données de l'enquête démographique et de santé 2006 du Mali | Mali Santé Publique [Internet]. 2014 [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <http://revues.ml/index.php/msp/article/view/1448>
4. Mugo NS, Agho KE, Zwi AB, Dibley MJ. Factors associated with different types of birth attendants for home deliveries: an analysis of the cross-sectional 2010 South Sudan household survey. *Global Health Action*. déc 2016;9(1):29693.
5. Kané S. LES ACCOUCHEMENTS NON ASSISTES DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO, ETUDE CAS/TEMOINS [Internet] [Thèse de Médecine]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2011 [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/1203/11M35.pdf;jsessionid=BF5FB8302EFBAC951C9609A468177684?sequence=1>
6. Koenig I, Le Gouhaler V, Véronique M, Bardes F, Donnez N, Koenig D, et al. L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ À DOMICILE [Internet]. France: Association Professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile; 2019 sept. Disponible sur: <http://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2019/09/ETAT-des-LIEUX-AAD-FRANCE-2018.pdf>
7. Mugo et al. - 2016 - Factors associated with different types of birth a.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/gha.v9.29693?needAccess=true>
8. Ahmed - Les déterminants du recours ou non à l'accouchement.pdf [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/37992/1/34919.pdf>
9. SIDIBE A. ACCOUCHEMENT NON ASSISTES A DOMICILE DANS DEUX QUARTIERS DU DISTRICT SANITAIRE DE LA COMMUNE II DE BAMAKO, MALI. [Thèse de Médecine]. [Bamako;FMOS]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020.
10. Sidibé T, Sangho H, Doumbia S, Sylla M, Keita M, Keita H-D. Mortalité néonatale dans le district sanitaire de Kolokani (Mali). *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 1 oct 2006;19(7):272-6.
11. Organisation mondiale de la Santé. A72/30 Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). 8 avr 2019;11.

12. Saeedi ZA, Tabatabaie MG, Moudi Z, Vedadhir AA, Navidian A. Childbirth at home: A qualitative study exploring perceptions of risk and risk management among Baloch women in Iran. *Midwifery*. 1 janv 2013;29(1):44-52.
13. Sangho H, Keïta AS, Keïta HD, Coulibaly O, Soumano M, Sylla M, et al. Connaissance et pratique des accoucheuses traditionnelles sur l'asphyxie du nouveau-ne dans le district sanitaire de Kolokani. 2014 [cité 7 janv 2021]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3094>
14. Mohamed Ali Ag Ahmed. Les déterminants du recours ou non à l'accouchement assisté par les femmes nomades de Gossi au Mali et les stratégies potentielles pour le faciliter. 2019;242.
15. SIDIBE A. ACCOUCHEMENT NON ASSISTES A DOMICILE DANS DEUX QUARTIERS DU DISTRICT SANITAIRE DE LA COMMUNE II DE BAMAKO, MALI. 12 août 2020;(20M172.pdf). Disponible sur: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
16. Diarra T. Les accouchements non assistés à domicile dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako [Thèse de Médecine]. [Bamako ; FMPOS.]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2001. Disponible sur: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
17. Keita A. LES ACCOUCHEMENTS A DOMICILE : PRONOSTIC MATERNO-FOETAL AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE (CSREF) DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO DEBAMAKO [Internet] [Thèse de Médecine]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2006. Disponible sur: file:///C:/Users/DELL/Zotero/storage/8LUCCF3L/06M214.pdf
18. Diarra N. Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de 728 cas [Thèse de Médecine]. [Bamako ; FMPOS.]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2016,01M48,67p.
19. Bonane B. Accouchement à domicile à la maternité du CHN de Ouagadougou à propos de 156 cas colligés en quatre ans [Thèse de Médecine]. [Burkina Fasso]; 1999.
20. Institut National de la Statistique, (INSTAT), Bamako, Mali, Cellule de Planification et de Statistique Secteur, Santé-Développement Social et Promotion de la Famille, (CPS/SS-DS-PF), et al. Enquête Démographique et de Santé 2018. Bamako; 2018 p. 643.
21. Sangho O, Traoré SO, Kamate YD, Diarra B, Coulibaly CA, Sangho A, et al. COMPARAISON DES DETERMINANTS DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE DANS DEUX QUARTIERS EN COMMUNE V DE BAMAKO. 2020;7.
22. Malam H. Contribution à l'étude des accouchements à domicile à propos de 312 cas [Thèse de Médecine]. [Niamez]; 1995.
23. Vroh JBB, Tiembré I, Zengbé-Acray P, Doua JG, Dagnan NS, Tagliante-Saracino J. Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires

de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire. Sante Publique. 2009;Vol. 21(5):499-506.

24. TOURE B, DAO B, NACRO B, SANKARA N, KONE B. Accouchement à domicile: aspects épidémiologiques et cliniques en milieu urbain au BURKINA FASO. Journal de la SAGO vol.5,n°1. 2004;p.36-41.
25. Akpadza JK, Baeta S, A AA, Ankou A. Accouchement sans surveillance medico-obstétricale dans la commune de LOME. Journal de la SAGO vol 5,n°1. 2004;9_14.
26. OUOLOGUEM A. Accouchements non assistés dans le centre de santé de référence de la commune 1. [Thèse de Médecine]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2005.