



## Article Original

## Accouchements Non Assistés en Milieu Urbain à Bamako

*Unsured deliveries in urban areas in Bamako, Mali*

Sylla Cheickna<sup>1</sup>, Traoré Soumana Oumar<sup>2</sup>, Doumbia Saleck<sup>2</sup>, Samaké Alou<sup>3</sup>, Bocoum Amadou<sup>1</sup>, Fané Seydou<sup>1</sup>, Sangaré Rokiatou Toriane<sup>2</sup>, Kéita Fatoumata<sup>2</sup>, Tégoué Ibrahima<sup>1</sup>, Traoré Youssouf<sup>1</sup>, Mounkoro Niani<sup>1</sup>, Traoré Mamadou<sup>2</sup>, Dolo Amadou Ingré<sup>1</sup>.

## RÉSUMÉ

**Objectif.** Notre objectif était de décrire les aspects épidémiologiques, les principales raisons et le pronostic materno-fœtal des accouchements non assistés dans le district sanitaire de la commune V de Bamako au Mali. **Matériels et méthodes.** Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et analytique de type cas / témoins sur une période de 12 mois. **Résultats.** Nous avons enregistré 110 cas d'accouchements non assistés sur 9258 accouchements enregistrés pendant la période d'étude, soit une fréquence de 1,19%. L'âge moyen était de 24,9 ans  $\pm$  5,9 ans. Le risque était multiplié par 4,82 chez les patientes qui n'avaient pas réalisé de consultation prénatale. Les patientes non instruites avaient un risque plus élevé d'accoucher à domicile :  $p=0,0015$  ;  $OR=2,34$  ;  $IC\ 95\% = [1,33-4,18]$ . Nous avons noté l'ignorance du travail d'accouchement dans 31,9% ; le manque de moyens financiers dans 13,6%. Les taux d'hémorragie du post-partum par atonie utérine, par des lésions périnéales, et par rétention placentaire étaient respectivement de 40,6% ; 21,6% et 13,5%. La prématurité a été notée dans 34,3% contre 30,3% chez les témoins et la souffrance néonatale avec 34,3% des cas contre 24,2% des témoins. Les nouveau-nés étaient vivants dans 91,9% des cas contre 99,1% des témoins. Les mort-nés représentaient 4,5% contre 0% chez les témoins. Le taux de décès néonatal précoce a été de 3,6% des cas contre 0,9% des témoins. **Conclusion.** L'accouchement hors maternité entraîne des complications graves aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né.

## ABSTRACT

**Objective.** Our aim was to describe the epidemiological aspects, the main reasons and the maternal-fetal prognosis of unsured deliveries in the health district of the V commune of Bamako in Mali. **Materials and methods.** This was a descriptive, cross-sectional and analytical case/control study over a 12-month period. **Results.** We recorded 110 Unsured Births out of 9258 births recorded during the study period, representing a frequency of 1.19%. The average age was 24.9 years  $\pm$  5.9 years. The risk was multiplied by 4.82 in patients who had not completed a prenatal consultation. Uneducated patients had a higher risk of giving birth at home:  $p=0.0015$ ;  $OR=2.34$ ;  $IC\ 95\% - [1.33-4.18]$ . We noted ignorance of labour in 31.9%; lack of financial means in 13.6%. Postpartum hemorrhage rates by uterine atony, perineal lesions, and placental retention were 40.6% respectively; 21.6%; 13.5%. Prematurity was noted in 34.3% versus 30.3% among controls; and neonatal suffering with 34.3% of cases compared to 24.2% of controls. Newborns were alive in 91.9% of cases compared to 99.1% of controls. Stillbirths accounted for 4.5% versus 0% among controls. The rate of early neonatal death was 3.6% of cases compared to 0.9% of controls. **Conclusion.** Out-of-maternity delivery causes serious complications for both mother and newborn.

<sup>1</sup>. Service de gynécologie obstétrique du centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

<sup>2</sup>. Service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V

<sup>3</sup>. Service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI

## Auteur correspondant :

Sylla Cheickna,  
Gynécologue-Obstétricien,  
CHU Gabriel TOURE, Bamako,  
Mali.

Téléphone : (+223)75191323

E-mail : [scheichylla@yahoo.fr](mailto:scheichylla@yahoo.fr)

**Mots-clés :** Accouchements, non assistés, raisons, pronostic materno-fœtal.

**Keywords:** Childbirth, Unsured, reasons, maternal-fetal prognosis.

## INTRODUCTION

Attendre un enfant, le mettre au monde, pouvoir le serrer contre soi sont les vœux de toute femme [1]. La grossesse, si elle est bien menée, aboutit à une naissance

vivante et constitue pour la femme un critère de valorisation sociale. Cependant, pour des milliers de femmes, une naissance n'est pas la cause d'allégresse

qu'elle devrait être, mais plutôt une souffrance dont l'issue peut être fatale [1]. Ainsi «La grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort » dit un proverbe Bambara. L'accouchement non assisté qui a disparu dans les pays développés depuis les années 1950, persiste dans les pays en voie de développement et en particulier au Mali [2]. Nombreuses sont les femmes qui n'ont pas accès à des services de soins de santé moderne dans ces pays [3]. Dans le monde, la fréquence des accouchements non assistés varie d'une région à une autre [4]. En Afrique, on estime de 60 à 80 % selon l'OMS [5], les femmes qui accouchent sans assistance médico-obstétricale. La majorité d'entre elles accouchent 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 planification familiale [3]. A Bamako, 10,8 % des naissances ont lieu sans assistance médicale [3]. 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 [4]. Le plus souvent l'accouchement non assisté est accidentel et non préparé [2]. Plusieurs études ont été réalisées sur le sujet en Afrique et au Mali [6, 7, 8]. Malgré les dispositions mises en place pour la santé de la reproduction, une proportion considérable de femmes continue à accoucher sans assistance médico-obstétricale, même en milieu urbain. Nous avons mené cette étude dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en nous fixant comme objectifs de décrire les aspects épidémiologiques, les principales raisons et le pronostic materno-fœtal des accouchements non assistés dans le district sanitaire de la commune V de Bamako au Mali.

## POPULATION ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et analytique cas / témoins (1 cas pour 2 témoins) sur une période de 12 mois (allant du 1<sup>er</sup> mai 2010 au 30 avril 2011) avec une collecte prospective des données. L'échantillonnage était exhaustif.

### Taille de l'échantillon

L'étude a porté sur 110 accouchements pour les cas et 220 pour les témoins ; soit un cas pour deux témoins.

### Critères d'inclusion

Ont été incluses, les femmes ayant accouché hors maternité à partir de six mois de grossesse (28 SA) et reçues dans les premières 24 heures qui suivent l'accouchement.

### Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude, les femmes ayant accouché hors maternité et reçues au centre après 24 heures, de même que les fausses couches ; les femmes ayant accouché dans d'autres structures sanitaires admises dans le post partum.

## Collecte et supports des données

Une fiche individuelle servant de questionnaire a été utilisée.

## Variables étudiées

Les variables étudiées étaient les aspects épidémiologiques, les raisons des accouchements non assistés et le pronostic materno-fœtal.

## Analyse et traitement des données

Les données ont été saisies sur Word 2010 et Excel 2010 puis analysées sur le logiciel SPSS. Le test statistique utilisé était l'Odds ratio (OR) pour étudier les associations entre les variables. La probabilité (P) a été déterminée avec un risque alpha de 0,05. Un OR < 1 était associé à une protection contre le phénomène étudié ; alors qu'un OR ≥ 2 était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié.

## RÉSULTATS

### Aspects épidémiologiques

Nous avons enregistré 9258 accouchements dont 110 accouchements hors maternité soit une fréquence de 1,19%. L'âge moyen était de 24,9 ans ± 5,9 avec des extrêmes de 14 ans et 45 ans. Les femmes ayant fait au moins une consultation prénatale en fin de grossesse connaissaient le plan d'accouchement soit 95,6% des cas. L'absence des consultations prénatales pouvait multiplier le risque d'accouchement hors maternité par 4,82 ( $p < 0,0000$  ; OR=4,82 ; IC 95% = [2,06-8,87]).

### Statut matrimonial

L'absence du mari majore le risque d'accouchement hors maternité. L'accouchement hors maternité a été plus fréquent chez les cas célibataires (10,9%) que chez les témoins célibataires 3,6% ( $p = 0,0090$ ).

### Profession de la mère

Nous avons retrouvé des ménagères : ( $p < 0,299$  ; OR=1,32 ; IC95% = [0,76-2,31]), des élèves/Étudiantes : ( $p < 0,006$  ; OR=0,33 ; IC95% = [0,12-0,78]), des vendeuses : ( $p < 0,779$  ; OR=1,12 ; IC = [0,45-2,68]).

### Niveau d'instruction

La majorité des patientes n'était pas instruite, soit 79,1% chez les cas contre 61,9 % des témoins ( $p = 0,0015$  ; OR=2,34 ; IC95% = [1,33-4,18]).

### Profession du procréateur

Les procréateurs étaient des cultivateurs ( $p = 0,299$  ; OR=1,32 ; IC95% = [0,76-2,31]), des vendeurs ( $p = 0,779$  ; OR=1,12 ; IC95% = [0,45-2,68]), des chauffeurs ( $p = 0,768$  ; OR=1,14 ; IC95% [0,43-2,84]).

Les aspects épidémiologiques sont résumés dans le tableau 1 et les figures 1 et 2.



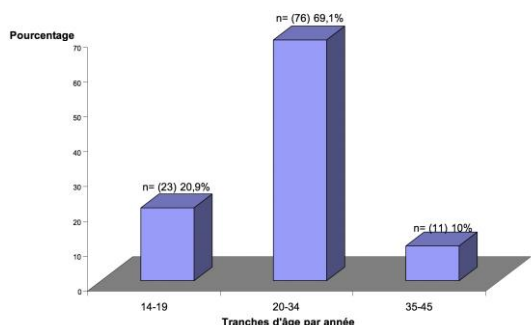


Figure 1 : Répartition des patientes par tranche d'âge.

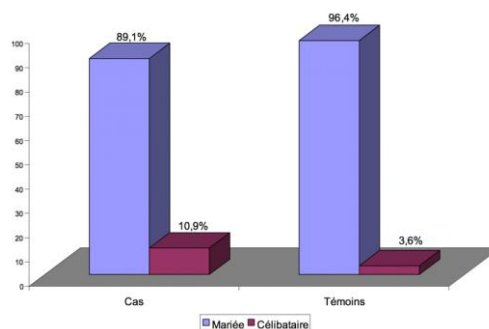


Figure 2 : Statut matrimonial

Provenance	Cas %	Témoins %	Profession	Cas %	Témoins %	P	OR-IC
Commune V	66,4	74,1	Ménagère	75,5	70	0,299	1,32[0,76-2,31]
Autres communes	31,8	19,1	Elève/étudiante	6,4	17,3	0,0064	0,33 [0,12-0,78]
Hors Bamako	1,8	6,8	Vendeuse	9,1	8,2	0,779	1,12 [0,45-2,68]
Total	100	100	Fonctionnaire	0,9	1,8	-	-
	Khi2 = 9,26, p=0,0097		Autres	8,2	2,7	-	-
Suivi de la grossesse	Cas %	Témoins %	Total	100	100		
Aucun suivi prénatal	38,2	11,4	Niveau d'instruction	Cas %	Témoins %		
Suivi prénatal	61,8	88,6	Instruite	20,9	38,1	0,0015	2,34[1,34-4,18]
Total	100	100	Non instruite	79,1	61,9		
	p=10-7OR=4,82 [2,63- 8,87]		Profession du procréateur	Cas %	Témoins %		
			Cultivateur	15,4	4,1	0,299	1,32[0,76-2,31]
			Ouvrier	36,4	28,6	0,0064	0,33 [0,12-0,78]
			Vendeur	18,2	25,9	0,779	1,12 [0,45-2,68]
			Fonctionnaire	10	18,6	0,042	0,49[0,22-1,02]
			Chauffeur	8,2	7,3	0,768	1,14[0,43-2,84]
			Élève/étudiante	2,7	2,7	-	-
			Autres	9,1	12,7	-	-

**Raisons des accouchements non assistés**

Nous avons noté l'ignorance du travail d'accouchement dans 31,9% ; le manque de moyens financiers dans 13,6% ; le manque de moyens de transport dans 5,5% ; l'absence du mari ou des parents dans 15,5%. Les patientes ne voulaient pas venir tôt au centre dans 32,7% et 0,9% était des grossesses non désirées.

Ces raisons des accouchements non assistés sont présentées dans le tableau 2.

Raison	N	%
Ignorance du travail d'accouchement	35	31,9
Manque de moyen financier	15	13,6
Manque de moyen de transport	6	5,5
Absence de mari ou des parents	17	15,5
Ne voulait pas venir tôt	36	32,7
Grossesse non désirée	1	0,9

**Pronostic materno-foetal :**

**Pronostic maternel**

Les taux d'hémorragie du post-partum par atonie utérine, par lésions périnéales et par rétention placentaire étaient respectivement de 40,6% ; 21,6% ; et 13,5%. L'accouchement non assisté multiplie le risque de complications obstétricales par 18,50 soit 67,3% des cas

contre 10% des témoins ( $p=10^{-7}$  ; OR=18,50[9,84-35,12]). Nous n'avons pas enregistré de décès maternel.

### Pronostic périnatal

L'accouchement mono-fœtal a représenté 99,1% des cas contre 98,2% chez les témoins. La gémellité a été retrouvée dans 0,9% des cas contre 1,8% chez les témoins

( $p>0,05$ ). La morbidité néonatale a été dominée par la prématurité avec 34,3% chez les cas contre 30,3% chez les témoins ( $p=0,72$  ; OR=1,20 ; IC95% = [0,39-3,78] ; et la souffrance néonatale avec 34,3% des cas contre 24,2% des témoins ( $p=0,36$  ; OR=1,63 ; IC95% = [0,50-5,47]). **Nouveau-nés vivants**

Les nouveau-nés étaient vivants dans 91,9% des cas contre 99,1% des témoins ( $p=0,00010$  ; OR= 0,05 ; IC= [0,0000,38]. Les mort-nés représentaient 4,5% chez les cas contre 0% chez les témoins. Le taux de décès néonatal précoce a été de 3,6% des Cas contre 0,9% des

témoins ( $p=0,00010$  ; OR=0,05 ; IC95% = [0,000-0,38]). La principale étiologie incriminée a été la souffrance néonatale avec 75% des cas. Cette souffrance néonatale est la conséquence d'une souffrance fœtale aigüe au cours du travail d'accouchement.

### Causes de références des nouveau-nés

Nous avons référé 91,9% des nouveau-nés issus d'accouchement hors maternité contre 16,4% chez les témoins ( $p=10^{-7}$  ; OR=65,17 ; IC95% = [28,10-165,51]). La prématurité ( $p=0,72$  ; OR=1,20 ; IC95% = [0,39-3,78]), La souffrance néonatale ( $p=0,36$  ; OR=1,63 ; IC 95% = [0,50-5,47]), L'hypotrophie ( $p=0,87$  ; OR=1,10 ; IC 95% [0,30-4,13]). Le pronostic materno-fœtal est résumé dans le tableau 3.

**Tableau 3 : le pronostic materno-fœtal.**

Complications maternelles	Cas	Témoins	P	OR-IC	Mortalité périnatal	Cas	Témoins
	%	%				%	
Atonie utérine	40,6	36,4	0,722	1,19[0,41-3,71]	Vivant	91,9	99,1
Lésions périnéales	21,6	45,5	0,027	0,33[0,11-1,04]	Mort-né	4,5	0
Déchirure col	2,7	0	-		Décédé	3,6	0,9
Lésions vaginales	2,7	0	-		$p=0,00010$ OR=0,0		
Rétention placentaire	13,5	9,1	-		Nouveau-né référé en néonatalogie	Cas	Témoins
Prématurité	34,3	30,3	0,72	1,20[0,39-3,78]	Non	8,1	82,1
Souffrance néonatale	34,3	24,2	0,36	1,63[0,50-5,47]			
Macrosomie	0	21,2	-				
Hypotrophie	22,9	21,2	0,87	1,10[0,30-4,13]			

## DISCUSSION

### Fréquence

Nous avons enregistré 9258 accouchements dont 110 accouchements hors maternité soit une fréquence de 1,19%. **Diarra N.** [2] notait une fréquence de 4,02% dans une étude rétrospective sur trois ans et demi réalisée au sein de la même structure en 2001. **Malam H.** [10] au Niger relevait une fréquence de 11% contre 1,28% au centre hospitalier universitaire Yalgado au Burkina Faso au cours d'une étude réalisée par **Bonane et collaborateurs** [11]. **Kitsa et Coll** [12] au Cap Town (Afrique du Sud) trouvaient une fréquence de 8%, **Maguiraga** [9] a trouvé dans sa série une fréquence de 3,3%, **Wieggers** [13] a trouvé une fréquence de 31% en Hollande. **Ouologuem A.** [14] a trouvé une fréquence de 3,8%. Nous remarquons que les variations des fréquences des accouchements hors maternités sont fortement corrélées au niveau de développement des pays. Dans les pays en développement comme le Mali, la fréquence élevée d'accouchements hors maternité peut s'expliquer surtout par les pesanteurs socioculturelles et

l'ignorance des risques liés à l'accouchement hors maternité [8]. Les conditions climatiques défavorables au mois de juin pourraient expliquer le fait qu'on a enregistré plus d'accouchement hors maternité le mois de juin. **Ouologuem A.** [14] a abouti à la même conclusion.

### Age et la parité

Dans la littérature, **Diarra N.** [2] notait une moyenne d'âge de 27,4 ans ; **Olivier S.** [15] notait une moyenne d'âge de 27,5 ans et **Malam H.** [10] 27,7 ans. L'âge moyen était de 24,9 ans  $\pm$  5,9 et des extrêmes de 14 ans et 45ans. Cette disparité de résultat pourrait s'expliquer par les tranches d'âge retenues dans notre étude qui différaient de celles des autres. La multiparité majorait le risque d'accouchement à domicile, car les multipares ont une durée de travail d'accouchement relativement courte et également la croyance d'une notion « d'expérience acquise » lors des accouchements précédents [8]. Les femmes ayant fait au moins une consultation prénatale en fin de grossesse connaissaient le plan d'accouchement soit 95,6% des cas. L'absence des consultations prénatales pouvait multiplier le risque



d'accouchement hors maternité par 4,82 ( $p < 0,0000$  ; OR=4,82 ; IC95%= [2,06-8,87]). **Hirsch** [16] a conclu que l'accouchement hors maternité n'était pas lié à la distance qui sépare le domicile des patientes et le centre de santé d'accueil car les deux tiers des femmes de son étude habitaient à moins de 15 minutes de la structure sanitaire où elles avaient été admises. Nous avons abouti à la même conclusion, et nous dirons que la méconnaissance du travail d'accouchement, le manque d'information lors des consultations prénatales et/ou l'absence des consultations prénatales pourraient expliquer cette pratique.

#### Statut matrimonial

L'absence du mari majore le risque d'accouchement hors maternité. Ainsi, au cours de notre étude l'accouchement hors maternité a été plus fréquent chez les cas célibataires (10,9%) que chez les témoins célibataires (3,6%) avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes ( $p=0,0090$ ). Le célibat est un facteur de risque de non recourt aux soins de santé, car ces filles mères sont le plus souvent rejetées par leurs familles qui considèrent la grossesse hors mariage comme étant une honte sociale. En outre ces patientes célibataires manquent de ressources financières pour aller accoucher dans une structure sanitaire.

#### Profession de la femme

Les occupations professionnelles de la patiente peuvent constituer une entrave à l'accès aux soins. Ainsi, certaines occupations professionnelles font que ces femmes soient très exposées : les ménagères : ( $p < 0,299$  ; OR=1,32 ; IC95%= [0,76-2,31]), les Élèves/Étudiantes : ( $p < 0,006$  ; OR=0,33 ; IC95%= [0,12-0,78]), les vendeuses : ( $p < 0,779$  ; OR=1,12 ; IC= [0,45-2,68]). **Diarra N** [2] dans son travail a abouti à la même conclusion en ce qui concerne les ménagères.

#### Niveau d'instruction

La majorité des patientes n'était pas instruite soit 79,1% chez les Cas contre 61,9 % des témoins ( $p=0,0015$  ; OR=2,34 ; IC95%= [1,33-4,18]). **Touré B.** [8] dans son travail avait trouvé que le niveau d'instruction constituait un facteur de risque d'exposition à l'accouchement hors maternité ; et que ce risque pouvait être multiplié par 5,05 chez les patientes analphabètes. **Profession du procréateur**  
Dans une société où la plupart des femmes sont financièrement dépendantes de leur mari, il est tout à fait compréhensible que l'occupation du procréateur ait une influence sur les accouchements hors maternité. Ainsi certains ordres professionnels ont une influence sur les accouchements hors maternité tels que : La profession de cultivateur ( $p=0,299$  ; OR=1,32 ; IC95%= [0,76-2,31]) La profession de vendeur (  $p=0,779$  ; OR=1,12 ; IC95%= [0,45-2,68]) ; La profession de chauffeur (  $p=0,768$  ; OR=1,14 ; IC95% [0,43-2,84]). Ces différents ordres professionnels pourraient agir par le biais de manque de moyens financiers.

#### Raisons des accouchements non assistés

De multiples raisons sont décrites dans la littérature. Nous avons noté l'ignorance du travail d'accouchement dans 31,9% ; le manque de moyen financier dans 13,6% ; le manque de moyen de transport dans 5,5% ; l'absence du mari ou des parents dans 15,5% ; ne voulait pas venir tôt au centre dans 32,7% et ne voudrait pas de la grossesse dans 0,9 %.

#### Pronostic materno-fœtal :

##### Pronostic maternel

Les complications obstétricales ont été l'hémorragie du post-partum par atonie utérine, par des lésions périnéales, et par rétention placentaire respectivement dans 40,6% ; 21,6% ; et 13,5%. **Ouologuem A.** [14] a rapporté 28,3% d'atonie utérine ; 17,7% de lésions périnéales et de 12,4% de rétention placentaire. **Alexander K.** [17] a rapporté 25,62% de complications obstétricales. L'accouchement hors maternité multiplie le risque de complications obstétricales par 18,50 soit 67,3% des cas contre 10% des témoins ( $p=10^{-7}$  ; OR=18,50[9,84-35,12]).

##### Pronostic périnatal

La morbidité néonatale a été dominée par la prématurité avec 34,3% chez les cas contre 30,3% chez les témoins ( $p= 0,72$  ; OR=1,20 ; IC95%= [0,39-3,78] ; et la souffrance néonatale avec 34,3% des cas contre 24,2% des témoins ( $p=0,36$  ; OR=1,63 ; IC95%= [0,50-5,47]). **Alexander K** [17] a rapporté 26,83% de prématurité et de 29,7% de souffrance néonatale.

##### Pronostic vital périnatal

Les nouveau-nés étaient vivants dans 91,9% des cas contre 99,1% des témoins ( $p=0,00010$  ; OR= 0,05 ; IC= [0,0000,38] avec une différence statistiquement significative.

##### Mort-nés

Ils représentaient 4,5% chez les cas contre 0% chez les témoins. **Alexander K.** [17] a rapporté 75,79% de nouveau-nés vivants. Un accouchement hors maternité constitue un accouchement à risque ; ce risque est fœtal et maternel. L'accouchement hors maternité est le plus souvent accompagné d'une absence de suivi prénatal (38,2% des cas au cours de notre étude), qui ne permet pas de mettre en évidence les situations morbides pouvant altérer le pronostic périnatal. **Alexander K** [17] a rapporté 8,9% de mortalité.

##### Taux de décès néonatal précoce

Le taux de décès néonatal précoce a été 3,6% des cas contre 0,9% des témoins ( $p=0,00010$  ; OR=0,05 ; IC95%= [0,000-0,38]). La principale étiologie incriminée a été la souffrance néonatale avec 75% des cas. La souffrance fœtale aigüe est une situation obstétricale observée au cours du travail d'accouchement qui peut compromettre le pronostic fœtal en absence de surveillance. A l'admission 25% des nouveau-nés chez les cas étaient des mort-nés avec malformation. **Diarra N** [2] a rapporté 20,95% de décès néonatal précoce à Bamako.

Cette différence de taux avec notre série s'explique surtout par l'absence de service de néonatalogie dans ce cadre d'étude.

#### Causes de références des nouveau-nés

Nous avons référé 91,9% des nouveau-nés issus d'accouchement hors maternité contre 16,4% chez les témoins ( $p=10^{-7}$  ; OR=65,17 ; IC95%= [28,10-165,51]) avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes. L'accouchement hors maternité à lui seul constituait un motif de transfert en néonatalogie. Il pouvait être associé à d'autres causes tels que : La prématurité ( $p=0,72$  ; OR=1,20 ; IC95%= [0,39-3,78]), La souffrance néonatale ( $p=0,36$  ; OR=1,63 ; IC95%= [0,50-5,47]), L'hypotrophie ( $p=0,87$  ; OR=1,10 ; IC95% [0,30-4,13]). **Ouologuem A.** [14] a rapporté seulement 10,9% des nouveau-nés de la série des cas contre 7,4% pour les témoins. Tous les nouveau-nés vivants issus d'accouchements hors maternité dans notre série ont été transférés à la néonatalogie, ce qui explique cette grande différence.

#### CONCLUSION

L'accouchement hors maternité entraîne des complications graves aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né.

#### CONFLITS D'INTERETS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt dans ce travail.

#### CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont participé à la rédaction du manuscrit. Ils approuvent tous la version finale du manuscrit.

#### RÉFÉRENCES

1. Source d'information DNSI. Enquête démographique de la santé III (EDS III) 2001.
2. Diarra N. Étude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de 728 cas. Thèse de Médecine à Bamako 2001 n° 48.
3. Habsatou T. Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain. Thèse de médecine FMPOS Bamako 2000. M- 62.
4. Merger R. et Coll. Précis d'accouchement. 5<sup>e</sup> édition. , Masson., Paris 1989.
5. OMS Genève 1993. Accouchements traditionnels. Déclaration conjointe OMS/FNUAP/UNICEF.
6. Akpadza J K., Baeta S., Amadou A., Ankou A. Accouchement sans surveillance médico-obstétricale dans la commune de LOME. Journal de la SAGO, 2004, vol.5, no 1, P.9-14.
7. Lankoande J., Bonane B., Ouedraogo A., Ouedraogo C M R., Kone 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.
8. Touré 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, 2004, vol.5, n0 1, p. 36-41.
9. Maguiraga M. Étude de la mortalité au Mali. Causes et facteurs de risques au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse, Méd., Bamako 2000. M-110.
10. Malam H. Contribution à l'étude des accouchements à domicile à propos de 312 cas. Thèse de Médecine Niamey 1995 N°18.
11. Bonane B et coll. Accouchement à domicile à la maternité du CHN de Ouagadougou à propos de 156 cas colligés en quatre ans. Burkina Médical n° spécial, année 1999 session II.
12. Kitsa et coll. The prevalence of dociliary deliveries in Khayelisha, cap Town. South African Medical Journal 1997 FEB.
13. Wieggers T A., J Van Der Zee., J Kerssens and M J C KEIRSE. Home birth or short-stay hospital birth in low population in the Netherland. Soc. Sci. Med.1998 45(11):1505-1511.
14. Ouologuem A. Accouchements non assistés dans le centre de santé référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de Médecine FMPOS 2006 M-353.
15. Olivier S. L'accouchement à domicile. Réanimation-médecine d'urgence 1994, 10, N°4.
16. Hirsch G. Facteurs de risque et conséquences materno-foetales des accouchements hors maternité. Thèse de Médecine, Paris XIII. 1991.
17. Alexander K. Les accouchements à domicile : Pronostic materno-foetal au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Médecine FMPOS 2006 M-214.