

## COMPARAISON DES DETERMINANTS DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE DANS DEUX QUARTIERS EN COMMUNE V DE BAMAKO.

### Determinants of home delivery in two neighborhoods in Commune V of Bamako.

Oumar Sangho<sup>1,2,4</sup>, Soumana Oumar Traoré<sup>3</sup>, Youssouf Dakoua Kamate<sup>3</sup>, Borodjan Diarra<sup>4</sup>, Fanta Sangho<sup>4,5</sup>, Cheick Abou Coulibaly<sup>4,6</sup>, Aboubacar Sangho<sup>5</sup>, Yaya Togo<sup>4,6</sup>, Mamadou Berthé<sup>7</sup>, Assa Sidibé<sup>6</sup>, Lancina Doumbia<sup>1</sup>, Hamadoun Sangho<sup>4</sup>.

1 : Département d'Enseignement et de Recherche des Sciences Biologiques et Médicales, Faculté de Pharmacie (FAPH), USTTB, Mali ; 2 : Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale, Bamako, Mali ; 3 : Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako, Mali ; 4 : Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique, FMOS/USTTB, Mali ; 5 : Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), Bamako, Mali ; 6 : Institut National de Santé Publique (INSP), Bamako, Mali ; 7 : Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP), Bamako, Mali.

**Auteur correspondant** : Dr Oumar Sangho, Maître-Assistant en Epidémiologie au DER des Sciences Biologiques et Médicales, FAPH/USTTB/Mali, +223 76 22 58 77/66 76 67 82, osangh2005@gmail.com

### RESUME

**Objectif** : L'objectif était d'étudier les déterminants de l'accouchement à domicile en Commune V de Bamako. **Matériels et méthodes** : Nous avons mené une étude transversale analytique chez les femmes qui ont accouchées à domicile, dans les quartiers de Sabalibougou et Badalabougou, de Mars 2015 en Février 2016 et reçues à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V pendant la même période. Les deux quartiers ont été comparés. Les données ont été saisies et analysées sur EpiInfo 3.5.3, avec présentation des Odds Ratios et intervalles de confiance. **Résultats** : La fréquence de l'accouchement à domicile était de 16,18%. La tranche d'âge 35 ans et plus était la plus représentée à Sabalibougou (80,75%) et à Badalabougou (19,42%). Nous avons trouvé à Sabalibougou, comparé à Badalabougou, 0,49 fois moins de femmes scolarisées ( $p=0,01$ ) ; 8,92 fois plus de femmes avec activité rémunératrice ( $p=10^{-8}$ ) ; 3,5 fois plus de partenaires avec activité non rémunératrice ( $p=10^{-6}$ ) ; 4,59 fois plus de risque d'accoucher à domicile ( $p=10^{-8}$ ) ; 3 fois plus de risque de ne pas réaliser de consultation prénatale ( $p=0,0002$ ) ; 3,26 fois plus d'appréciation du coût de l'accouchement élevé ( $p=10^{-4}$ ) et 3,03 fois plus de manque de moyens ( $p=3*10^{-4}$ ). **Conclusion** : La fréquence de l'accouchement à domicile était plus élevée à Sabalibougou. Les déterminants étaient : l'absence de scolarisation, le manque de moyens financiers, l'absence de réalisation de consultation prénatale, le coût jugé élevé de l'accouchement. **Mots clés** : Accouchement, domicile, non assisté, Commune V, Bamako, Mali.

### ABSTRACT

**Objective**: The objective was to study the determinants of home delivery in the Commune V Health District of Bamako. **Materials and methods**: We conducted an analytical cross-sectional study among women who delivered at home, in two neighborhoods of Sabalibougou and Badalabougou, from March 2015 to February 2016, and who were admitted at the Maternity of the Commune V Referral Health Center during the same period. Two groups of women from two neighborhoods were compared. The data were entered and analyzed using EpiInfo 3.5.3. We presented the Odds Ratios and confidence intervals. **Results**: The frequency of home delivery was 16.18%. The age group 35 years and over were the most represented in both Sabalibougou with 80.75% and Badalabougou with 19.42%. In Sabalibougou, compared to Badalabougou, we found 0.49 times fewer women in school ( $p = 0.01$ ); 8.92 times more women with gainful occupation ( $p = 10^{-8}$ ); 3.5 times more partners with non-gainful occupation ( $p = 10^{-6}$ ); 4.59 times more risk to give birth at home ( $p = 10^{-8}$ ); 3 times more risk not to perform antenatal care ( $p = 0.0002$ ); 3.26 times more appreciation of the high cost of delivery care ( $p = 10^{-4}$ ) and 3.03 times more lack of financial support ( $p=3*10^{-4}$ ). **Conclusion**: The frequency of home delivery was higher in Sabalibougou. The determinants of this phenomenon were: the low level of schooling, the low socioeconomic level, the non-use of antenatal care, the perceived high cost of delivery care. **Key words**: Delivery, home, unassisted, Commune V, Bamako, Mali.

### INTRODUCTION

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 soit 28 semaines d'aménorrhée (SA)[1]. L'accouchement non assisté est tout accouchement en dehors d'une structure sanitaire et sans la présence de

personnel qualifié[1]. L'assistance médicale à l'accouchement est considérée par beaucoup de chercheurs comme un déterminant majeur de la mortalité maternelle[2]. Beaucoup de mères n'ont pas accès à des services de soins de santé modernes[2]. On estime que 60 à 80% des femmes des pays en voie de développement continuent d'accoucher à domicile[2]. Les déterminants qui prédisposent aux événements mortels lors de la maternité peuvent être

regroupés en trois catégories : les facteurs démographiques, les facteurs socio-économiques et les facteurs liés au système de santé[3].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que plus de 830 femmes meurent chaque jour en couches ou des suites de la grossesse et de l'accouchement[4]. C'est dans la Région africaine que le taux de mortalité maternelle est le plus élevé, variant de 542 à 614 pour 100 000 [3,5].

Pour le Mali, le ratio de mortalité maternelle est de 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes[6]. En 2018, parmi les naissances survenues, 67% se sont déroulées dans un établissement de santé[6]. Le taux d'accouchement assisté dans les structures sanitaires a connu une légère hausse de 54,99% en 2017 à 55,81% en 2018 [7]. Le taux d'accouchement à domicile demeure élevé en dépit de sa légère diminution entre les deux éditions soit 43% (2012-2013) et 33% (2018)[6,8]. Le niveau d'instruction et le niveau de bien-être du ménage influent également sur le lieu d'accouchement[6,8]. La Commune V est la troisième Commune qui a enregistré le taux d'accouchements assistés de 35,5%, le plus bas du district de Bamako en 2018[7]. Ce travail a été initié pour étudier les déterminants de l'accouchement à domicile non assisté par un personnel qualifié dans deux quartiers du District sanitaire de la Commune V de Bamako.

## MATERIELS ET METHODES

L'étude s'est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la Commune V(CV) du district de Bamako, du 1<sup>er</sup> Mars 2015 au 28 Février 2016. Il s'agissait d'une étude transversale analytique. La population d'étude était composée de l'ensemble des femmes venant des deux quartiers ayant accouché à domicile : Sabalibougou et Badalabougou. Sabalibougou est l'un des huit quartiers de la CV, lotis mais non viabilisés. Il a une population de 102.511 habitants pour 10.597 concessions (source Direction Régionale du Plan, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population (DRPSIAP), 2016)[9,10]. Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger et est limité à l'Est par Daoudabougou, à l'Ouest par Baco-djicoroni, au Nord par Torokorobougou et au Sud par KalabanCoura. Du point de vue situation socio-culturelle, il reste encore traditionnel dans sa grande composante. L'islam est la religion dominante, on y compte cependant quelques communautés chrétiennes. L'analphabétisme, le chômage et la délinquance demeurent les fléaux sociaux importants. Sabalibougou fait partie des quartiers défavorisés de la Commune V. Il abrite plusieurs établissements d'enseignement primaire et de nombreuses écoles franco-arabes. Le taux de scolarisation

reste encore faible[11]. Le CSRéf de la CV où s'est déroulée l'étude se trouve en amont de Sabalibougou par rapport à tous les Centres Hospitalo-Universitaires(CHU). Il serait plus aisé d'aller au CSRéf avant de continuer en cas de référence ou d'évacuation sur les CHU. Badalabougou est l'un des quartiers lotis et viabilisés avec une population de 30.140 habitants pour 1.857 concessions (source DRPSIAP, 2016)[9,10]. Il est limité au nord par le fleuve Niger, au sud par le quartier Mali, à l'est par Daoudabougou, à l'ouest par Torokorobougou. Il est constitué dans sa grande majorité par un terrain plat et a des atouts : permanence et proximité de l'eau, fertilité des sols, proximité de la rive gauche. Ces états ont favorisé son épanouissement. Les familles sont en générale de type moderne. L'islam est la religion principale avec plus de 95% suivi du christianisme et l'animisme. 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 [9]. Le CSRéf de la CV se trouve en aval de Badalabougou par rapport aux CHU. Par ailleurs, il dispose de beaucoup de cliniques et de laboratoires de diagnostic. Il serait plus facile pour la population de fréquenter ces cliniques, les CHU que le CSRéf. Nous avons considéré la subdivision des huit quartiers de la commune dont quatre sont lotis et viabilisés notamment Quartier Mali, Badalabougou, Torokorobougou, et Sema 1 (avec un niveau socio-économique relativement élevé), et les quatre autres avec trois lotis mais non viabilisés notamment Daoudabougou, Sabalibougou, Kalaban Coura et un partiellement loti et viabilisé notamment Baco-Djicoroni (avec un niveau socio-économique relativement bas). Au sein de chaque catégorie, nous avons procédé au choix aléatoire d'un quartier avec la formule ALEA ENTRE BORNES de Excel 2013. Sabalibougou et Badalabougou ont ainsi été choisis afin de mieux apprécier les déterminants en fonction des deux contextes.

Les critères d'inclusion étaient d'avoir accouché à domicile, d'accepter la participation, d'accoucher d'un nouveau-né dont le poids était supérieur ou égal à 1000g, d'avoir une grossesse dont l'âge était supérieur ou égal à 28 SA, d'être vu au CSRéf dans les sept jours du post-partum.

Notre variable dépendante était l'accouchement à domicile non assisté répartis entre les deux quartiers. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPIINFO 3.5.3. Nous avons procédé à l'analyse bi-variée avec croisement entre le quartier et les différentes variables indépendantes. Nous avons déterminé les Odds Ratios (OR ou Rapports de Cotes) avec leurs intervalles de confiance à

95%. Les p-values inférieures à 0,05 ont été considérées comme statistiquement significatives.

Les considérations éthiques et déontologiques ont été respectées. Elles ont porté entre autres sur les demandes d'autorisations auprès des autorités administratives sanitaires de la Commune V du District de Bamako, au respect strict de la confidentialité et l'obtention du consentement volontaire libre et éclairé des personnes enquêtées. Il n'y avait aucun risque pour les enquêtées. Aucune information collectée ne permettait de faire le lien entre l'étude et les patientes.

## RESULTATS

Les résultats ont porté sur 325 femmes dont 263 venant de Sabalibougou et 62 de Badalabougou.

**Caractéristiques sociodémographiques:** l'âge moyen était de 28 ans avec des extrêmes de 15 à 42 ans. Nous avons trouvé que la tranche d'âge 35 ans et plus était la plus représentée dans les deux quartiers de Sabalibougou avec 80,75% et à Badalabougou avec 19,25% (**Figure 1**). Il n'y avait pas de différence significative entre ces deux fréquences dans les deux quartiers ( $p=0,36$ ). Les célibataires étaient les plus représentées à Sabalibougou avec 85% contre 15% à Badalabougou ( $p=0,22$ ). Il y avait 0,49 fois (soit 49%) moins de femmes scolarisées à Sabalibougou qu'à Badalabougou ( $p=0,01$ ) (**Tableau I**). Les femmes avec activité rémunératrice étaient 8,92 fois plus nombreuses à Sabalibougou qu'à Badalabougou ( $p=10^{-8}$ ) (**Tableau I**). Les partenaires avec activité non rémunératrice étaient 3,5 fois plus fréquents à Sabalibougou qu'à Badalabougou ( $p=10^{-6}$ ) (**Tableau I**). La proportion des femmes ayant un niveau d'instruction primaire était de 92,31% à Sabalibougou contre 7,69% à Badalabougou ( $p=0,00017$ ). Les multipares étaient majoritaires avec 49,05% (129/263) à Sabalibougou et 41,94% (26/62) à Badalabougou. Elles étaient suivies par les pauci pares et les primipares avec respectivement 30,42% contre 32,26% et 20,53% contre 25,81%.

**Fréquence d'accouchement :** Dans notre étude, la fréquence de l'accouchement à domicile était de 16,18% soit 325 sur le total des 3982 enregistrés pour les deux quartiers. Cette fréquence était de 13,02% (263/2020) à Sabalibougou et 3,16% (62/1962) à Badalabougou. Les femmes de Sabalibougou avaient 4,59 fois plus de risque d'accoucher à domicile que celles de Badalabougou ( $p=10^{-8}$ ) (**figure 2**).

**Facteurs déterminants de l'accouchement à domicile** (Tableau I et II) :

\* **Facteurs liés au système de santé :** Dans notre étude, les femmes de Sabalibougou avaient 3 fois plus de chance de ne pas réaliser de Consultation Périnatale que celles de

Badalabougou ( $p=0,0002$ ) (**Tableau I**). A Sabalibougou 60,84% des femmes ont trouvé que le coût de l'accouchement était élevé contre 32,26% à Badalabougou (**Tableau I**). La chance de juger le coût de l'accouchement élevé était de 3,26 fois plus à Sabalibougou qu'à Badalabougou ( $p=10^{-4}$ ) (**Tableau I**). Le mauvais accueil des agents de santé a été un facteur lié à l'accouchement à domicile plus à Badalabougou qu'à Sabalibougou, OR=0,20 ( $p=2*10^{-7}$ ) (**Tableau II**).

\* **Facteurs liés à la femme :** Les multipares représentaient 83,23% à Sabalibougou et 16,77% à Badalabougou ( $p=0,36$ ). Les femmes de Sabalibougou avaient 3 fois plus de chance de ne pas réaliser de Consultation Périnatale (CPN) que celles de Badalabougou ( $p=0,0002$ ) (**Tableau I**). Le manque de moyens a été incriminé dans l'accouchement à domicile 3,03 fois plus à Sabalibougou qu'à Badalabougou ( $p=3*10^{-4}$ ) (**Tableau II**). Au cours des CPN, les femmes décident d'accoucher ou non dans un centre de santé et identifient ledit centre. Les femmes qui n'avaient pas choisies d'accoucher à domicile (et d'accoucher dans une structure sanitaire), représentaient 86,30% de Sabalibougou comparé aux 13,30% de Badalabougou ( $p=10^{-8}$ ). La peur de la césarienne a été un facteur lié à l'accouchement à domicile plus à Badalabougou qu'à Sabalibougou, OR=0,22 ( $p=10^{-4}$ ) (**Tableau II**).

\* **Les Complications :** L'hémorragie par atonie utérine était la complication la plus représentée dans les deux quartiers soit 72,92% à Sabalibougou et 27,08% à Badalabougou. Il n'y avait pas de différence significative entre les complications hémorragiques chez les femmes dans les deux quartiers ( $p=0,44$ ). Il n'y avait pas de différence significative entre la proportion de décès de nouveau-nés dans les deux quartiers ( $p=0,62$ ). L'infection néonatale était la complication la plus représentée avec 90,36% à Sabalibougou contre 9,36% à Badalabougou ( $p=0,82$ ). Il y eu trois décès à Sabalibougou et 1 à Badalabougou ( $p=0,36$ ). Il n'y avait pas de différence entre la proportion de décès de nouveau-nés, de 84,62% à Sabalibougou et de 15,38% à Badalabougou.

## DISCUSSION

**Caractéristiques socio démographiques :** Notre échantillon était composé de 325 femmes dont 263 de Sabalibougou et 62 de Badalabougou. Cette grande différence pourrait être surtout liée à la différence des populations générale des deux quartiers, celle de Sabalibougou étant plus du triple de celle de Badalabougou [10], mais aussi à d'autres facteurs dont la situation géographique du CSRéf de la CV par rapport aux deux quartiers, en aval de Badalabougou et en amont de Sabalibougou par rapport aux CHU. Cette situation géographique pourrait rendre plus

facile la fréquentation du CSRéf par les populations de Sabalibougou comparées à Badalabougou. Les contextes socio-économiques différents peuvent aussi déterminer les non seulement les fréquentations du CSRéf mais aussi les accouchements à domicile.

L'âge moyen des femmes enquêtées était de 28 ans. Ce résultat est similaire à ceux trouvés au Mali par Diarra T. [12] avec 28 ans en 2016 et par Diarra N. [13] en 2001 avec 27,7 ans.

Nous avons trouvé que les célibataires étaient plus représentés à Sabalibougou qu'à Badalabougou. Cela pourrait s'expliquer par la relative situation socio-économique à Sabalibougou. Les femmes célibataires ont tendance à la sous fréquentation des services de CPN. Dans notre étude les femmes de Sabalibougou avaient moins de chance de réaliser la CPN que celles de Badalabougou, surtout dans un contexte d'insuffisance de scolarisation. Cette chaîne de déterminants agirait jusqu'à l'accouchement à domicile qui a été trouvé plus fréquente à Sabalibougou qu'à Badalabougou. Sirivong A. et al. trouve aussi que le niveau d'étude influe sur l'utilisation des services de maternité[14]. Nous avons trouvé beaucoup plus de partenaires des femmes avec activité non rémunératrice à Sabalibougou qu'à Badalabougou. L'absence et l'incapacité du partenaire à faire face aux dépenses des femmes 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 à domicile. Depuis les années 1991, l'OMS considère les contraintes économiques comme facteurs contraignant certaines femmes à accoucher à domicile [15]. 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 [15].

**Fréquence de l'accouchement :** Au cours de notre étude, la fréquence de l'accouchement à domicile était de 16,18 % dans les deux quartiers. Ce résultat est supérieur à ceux trouvés dans des études antérieures, dont celles de Diarra T. avec 1,04% [12], de Keita A. en 2006 avec 3,01% au CSRéf de la Commune V [16], de Diarra N. avec 4,02% [13], de Malam H. au Niger avec 11% [17], de Bonane et coll. avec 1,28% au Centre Hospitalier Universitaire de Yalgado au Burkina Faso [18]. Cette différence de fréquences pourrait s'expliquer par les caractéristiques particulières de notre population d'étude dont le niveau socio-économique, le niveau d'instruction bas, l'influence probable de la religion et l'ignorance des risques liés à l'accouchement non assistés par personnel qualifié et hors maternité. Notre fréquence était inférieure à celle de EDSM VI, en 2018, de 33% [6]. Keita A. trouve aussi que

la fréquence élevée d'accouchements hors maternité pourrait s'expliquer par les pesanteurs socioculturelles et l'ignorance des risques liés à l'accouchement hors maternité [16]. Le niveau socio-économique élevé ajouté au niveau d'information élevé sont des facteurs qui ont influés sur la diminution de la fréquence des accouchements à domicile comparé aux villages entre les enquêtes de base et finale à Mtwara en Tanzanie [19].

**Facteurs déterminants de l'accouchement à domicile :** Dans notre étude, plus de la moitié des femmes venant de Sabalibougou n'étaient pas suivies au cours de leur grossesse. Une étude faite en Guinée Conakry en 1999 montre que le taux de fréquentation des services de CPN est de 56,64% et le nombre de CPN par grossesse est de 2 en moyenne [20]. 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. La peur d'être réprimandé par le personnel de maternité lors de l'accouchement faute d'absence de CPN pourrait être un déterminant négatif de l'accouchement à domicile, en effet, nous avons trouvé que le mauvais accueil a été un déterminant significatif ( $p=2*10^{-7}$ ). Le déclenchement du travail d'accouchement durant la nuit et la brièveté du travail d'accouchement ont été des facteurs notés malgré leur non significativité. Ils pourraient sous-entendre la crainte du mauvais accueil dans les structures de santé ou la crainte des aller-et-retour du centre de santé au domicile. En effet, en fréquentant les services de maternité très tôt au début du travail, certaines parturientes se voient souvent invitées à rentrer chez elles et revenir quand le travail aura avancé.

Dans notre étude, 88,89% des femmes de Sabalibougou avaient trouvé que le coût de l'accouchement était élevé contre 32,26% de Badalabougou ( $p=10^{-5}$ ). Une étude, faite en Côte d'Ivoire en 2009, montre que 54% des femmes ayant accouché à domicile trouvaient un coût élevé de l'accouchement dans les centres de santé contre 46% qui le trouvaient abordable [21]. Le manque de moyen financier est un facteur limitant l'utilisation des services de maternité comme l'a décrit Klein et al. [22]. Keita A. [16], trouve que 62,07% des accouchements à domicile étaient dues à un manque de moyen financier.

Dans notre étude, les multipares étaient de 83,23% à Sabalibougou et 16,77% à Badalabougou ( $p=0,31$ ). En Guinée Conakry, les multipares accouchaient le plus à domicile avec 48% des cas [20]. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles pensent avoir acquis une expérience les permettant de gérer leurs accouchements, mais surtout du fait de l'âge jeune des agents de santé.

La crainte de la césarienne était un déterminant significatif dans notre étude ( $p=10^{-4}$ ). Souvent, les femmes se plaignent de la rapidité des décisions de césarienne à leurs arrivées à la maternité. Plus de la moitié des femmes de Sabalibougou évoquaient un manque de moyen financier soit 51,33% contre 25,81% de Badalabougou ( $p=0,000$ )

**Complications liées à l'accouchement à domicile :** Nous avons enregistré trois cas de décès maternels par suite d'hémorragie du post-partum par atonie utérine venant de Sabalibougou, un cas venant de Badalabougou. C'était la complication la plus fréquente. 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 à domicile 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 [23]. Ouologuem A. rapporte 28,3% d'hémorragie du post partum immédiat (HPPI) par atonie utérine, 17,7% de lésions périnéales et 12,4% de rétention placentaire (après un accouchement à domicile)[24]. Keita A. [16] rapporte 25,62% d'hémorragie du post-partum par atonie utérine après un accouchement à domicile. Korobara D. rapporte 65,9% d'hémorragie du post-partum par rétention placentaire[25].

**Limites de l'étude :** La différence de taille d'échantillon entre les deux quartiers pourrait constituer un biais de sélection. A cet effet une autre étude pourra être envisagée avec une taille égale d'échantillon pour mieux comparer ces deux quartiers. Il pourrait avoir influé certaines différences statistiques observées. Il s'agissait d'une étude transversale, d'où l'absence d'appariement. Nous avons trouvé peu d'études comparatives du genre pour mieux alimenter notre discussion.

## CONCLUSION

La fréquence de l'accouchement à domicile était globalement élevée. Elle l'était plus à Sabalibougou, un quartier relativement précaire. Les déterminants identifiés étaient essentiellement : l'absence de scolarisation, le manque de moyens financiers, l'absence de réalisation de Consultation Prénatale, le coût jugé élevé de l'accouchement, le mauvais accueil du personnel. La principale complication était l'hémorragie du post partum par atonie utérine ayant occasionné trois décès maternels.

**Declaration de conflit d'intérêt :** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt au cours de cette étude.

## REFERENCES

1. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 1998 – La vie au 21e siècle : Une perspective pour tous [Internet]. Genève: OMS.
2. Labama L. Accouchement à domicile, un risque pour la mère et l'enfant. (RDC). Panorama médical Kinsangani. 1995;720-3.
3. Ngom NF. L'assistance médicale à l'accouchement au Sénégal [Internet] [thesis]. Bordeaux; 2016
4. OMS. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030): développement du jeune enfant, Rapport du Directeur général [Internet]. Genève; 2018 mai [cité 15 oct 2019]. Report No.: A71/19 Rev.1.
5. UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2017 [Internet]. Etats Unis: UNICEF; 2011 déc [cité 22 févr 2018] p. 150. Report No.: 978-92-806-4930-7.
6. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), ICF. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 [Internet]. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA: INSTAT, CPS/SSDS-PF et ICF; 2019
7. Direction Nationale de la Santé. Annuaire Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) 2018 [Internet]. Bamako: DNS; 2019.
8. CPS/SSDSPF, INSTAT, INFO-STAT. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013 [Internet]. ICF International, Rockville, Maryland, USA; 2014 [cité 24 déc 2017].
9. Mairie CV. PLAN TRIENNAL D'EAU ET D'ASSAINISSEMENT DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO [Internet]. Mairie de la Commune V de Bamako.
10. Mairie CV. Caractéristiques de la population [Internet]. Mairie de la Commune V de Bamako. [cité 16 mai 2020].
11. Kassambara D. Evaluation du Centre de Santé Communautaire de Sabalibougou II en Commune V du District de Bamako [Thèse de Médecine]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2014.
12. Diarra T. Les accouchements non assistés à domicile dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako [Thèse de Médecine]. [Bamako]: FMOS; 2016;67p.
13. Diarra N. Etude des accouchements à domicile en commune V du district de Bamako à propos de 728 cas [Thèse de Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2001;70p.
14. Sirivong A, Silphong B, Simphaly N, Phayasane T, Bonouvong V, Schelp FP. Advantages of trained TBA and the perception of females and their experiences

- with reproductive health in two districts of the Luangprabang Province, Lao PDR. Southeast Asian J Trop Med Public Health. déc 2003;34(4):919-28.
15. Organisation mondiale de la Santé. L'intégration des services de santé maternelle et infantile dans les soins de santé primaires. OMS Genève; 1991.
  16. Kéïta A. Les accouchements à domicile : pronostic materno-foetal au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako [Internet] [Thèse de Médecine]. [Bamako]: FMOS; 2006;82p
  17. Malam H. Contribution à l'étude des accouchements à domicile à propos de 312 cas [Thèse de Médecine]. [Niamey]: Niamey; 1995.
  18. Bonane B. Accouchement à domicile à la maternité du CHN de Ouagadougou à propos de 156 cas colligés en quatre ans. Burkina Méd. 1999;2(N° spécial).
  19. Mushi D, Mpembeni R, Jahn A. Effectiveness of community based Safe Motherhood promoters in improving the utilization of obstetric care. The case of Mtwara Rural District in Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth. 1 avr 2010;10:14.
  20. Diallo FB, Diallo TS, Sylla M, Onivogui F, Diallo MC, Balde IS, et al. Problèmes médicaux et socio culturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales (CPN) et d'accouchements assistés dans les 4 Régions Naturelles de la Guinée. Médecine Afr Noire. 1999;46(1):33-9.
  21. Vroh JBB, Tiembré I, Zengbé-Acray P, Doua JG, Dagnan NS, Tagliante-Saracino J. Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire. Sante Publique (Bucur). 2009;Vol. 21(5):499-506.
  22. Klein MC, Harvey SA, Diarra H, Hurley EA, Rao N, Diop S, et al. "There is no free here, you have to pay": actual and perceived costs as barriers to intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in Mali. Malar J. 2016;15(1):158.
  23. USAID, POPPHI. Manuel de formation sur la GATPA [Internet]. 2008 [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: [https://path.azureedge.net/media/documents/MCHN\\_popphi\\_amtsl\\_ref\\_man\\_fr\\_3of3.pdf](https://path.azureedge.net/media/documents/MCHN_popphi_amtsl_ref_man_fr_3of3.pdf)
  24. Ouologuem A. Accouchements non assistés dans le centre de santé de référence de la Commune I du District de Bamako [Thèse de Médecine]. [Bamako]: FMPOS; 2006;80p.
  25. Korobara D. Evaluation des facteurs de risques liés à l'hémorragie du post partum au CSRéf de Niono en 2018 [Internet] [Thèse de Médecine]. [Bamako]: FMOS; 2019;70p.

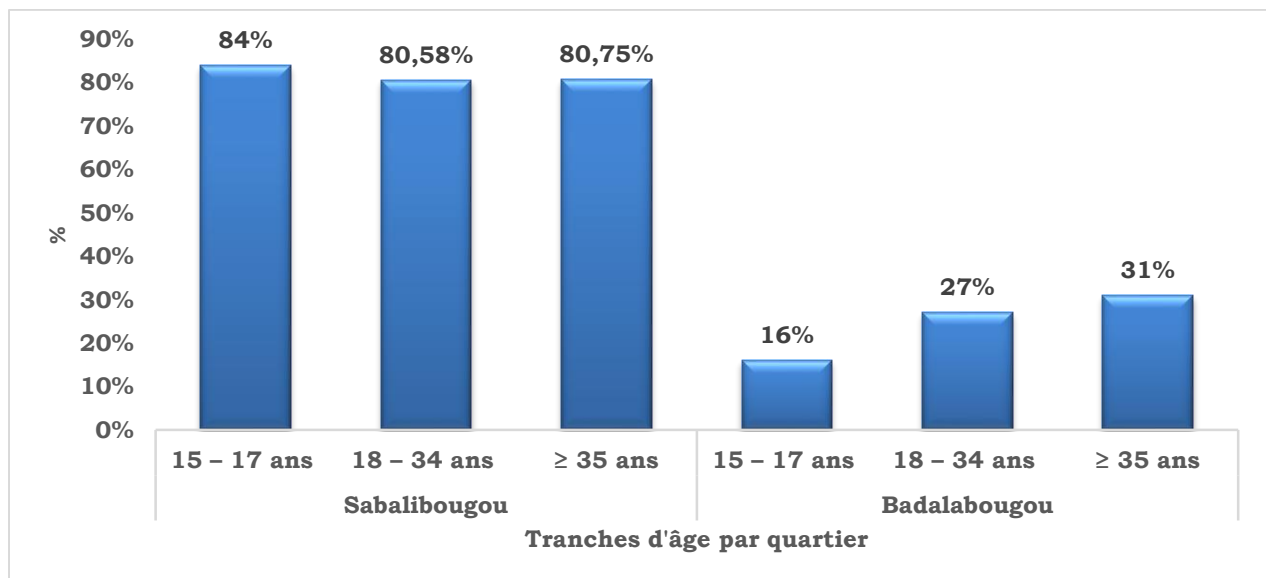
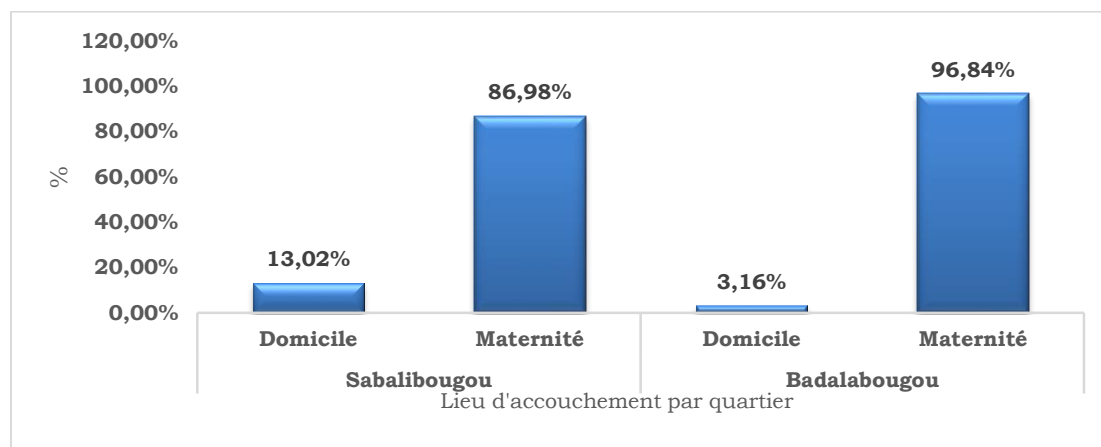


Figure 2: Répartition par tranche d'âge des femmes et par lieu de résidence.



**Figure 3:** Répartition de la fréquence d'accouchements selon le lieu d'accouchement et la résidence des femmes.

**Tableau IV :** Facteurs déterminants de l'accouchement à domicile

Variables	Accouchements		OR	IC à 95 %	p
	Sabalibougou n(%)	Badalabougou n(%)			
<b>Scolarisation</b>					
Scolarisées	103(74,64)	35(25,36)			
Non scolarisées	160(85,56)	27(14,44)	0,49	[0,28 - 0,86]	0,01
<b>Activité des femmes</b>					
Rémunératrice	190(93,14)	14(6,86)			
Non rémunératrice	73(60,33)	48(39,6)	8,92	[4,64-17,15]	10 <sup>-8</sup>
<b>Activité des partenaires</b>					
Non rémunératrice	185(88,52)	24(11,48)			
Rémunératrice	78(67,24)	38(32,16)	3,5	[2,11- 6,67]	10 <sup>-6</sup>
<b>Lieu d'accouchements</b>					
Domicile	263(13,02)	62(3,16)			
Maternité	1757(86,98)	1900(96,84)	4,59	[3,4 - 6,09]	10 <sup>-8</sup>
<b>Suivi CPN</b>					
Sans CPN	145(88,96)	18(11,04)			
CPN1 et +	118(72,84)	44(27,16)	3	[1,64 - 5,47]	0,0002
<b>Coût de l'accouchement</b>					
Elevé	160(60,84)	20(32,26)			
Sans opinion/abordable	103(39,16)	42(67,74)	3,26	[1,81-5,86]	10 <sup>-4</sup>

**Tableau V :** Répartition des femmes selon les motifs d'accouchements à domicile.

Motifs	Accouchements		OR	IC à 95 %	p
	Sabalibougou n (%)	Badalabougou n (%)			
Horaire nocturne	45 (90,00)	5 (10,00)	2,35	[0,89 - 6,20]	0,07
Brièveté du travail	30 (85,71)	5 (14,29)	1,46	[0,54 - 3,95]	0,45
Mauvais accueil des agents de santé	28 (54,90)	23 (45,10)	0,20	[0,10 - 0,38]	2*10 <sup>-7</sup>
Peur de césarienne	15 (53,57)	13 (46,43)	0,22	[0,10 - 0,50]	10 <sup>-4</sup>
Manque de moyens	135 (89,40)	16 (10,60)	3,03	[1,63 - 5,62]	3*10 <sup>-4</sup>