

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N.....

THESE

Point de vue des populations de la commune V du district de Bamako sur l'éclampsie

Présentée et soutenue publiquement le 18 / 12 / 2024

Devant la Faculté de Médecine

Par : Mlle. Barakissa COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : M. Bocoum Amadou, Maitre de Conférences agrégé

Membres : M. Mamadou Sima, Maitre de Conférences

: M. Salek Dombia, Gynécologue-Obstétricien

Co-Directeur : M. Sissoko Abdoulaye, Maitre-assistant

Directeur : M. Traore Soumana Oumar, Maitre de Conférences agrégé

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES ET REMERCIEMENTS :

BISMILLAHİ RAHMANI RAHİMİ

Dédicace :

Je dédie ce modeste travail :

A ma grande sœur Feu AICHATA N'TIOU COULIBALY (paix à ton âme)

A mon Père : FAMPITIE COULIBALY vous êtes un modèle de bonté, premier artisan de mon avenir. Les mots me manquent pour vous remercier de tous vos efforts, que ce travail soit le témoignage de ma fidèle reconnaissance ! Je suis fière de vous, je suis fière d'être votre fille

A ma Mère : MARIAM SANOGO Vous qui m'avez allaité, vous qui avez gouverné mes premiers pas, vous qui avez supporté mes caprices ; ce travail est le fruit de vos sacrifices consentis durant toutes ces années. Votre simplicité, votre tendresse, votre générosité, votre courage, votre combativité, votre amour pour votre famille ont fait de vous une femme modèle. Vous serez mon miroir de tous les jours.

REMERCIEMENTS :

A mon pays le Mali Tu es la terre de mes ancêtres, ma patrie, ma racine. Je te serai toujours fidèle.

A l'éternel TOUT PUISSANT Au nom de DIEU (clément et miséricordieux) Louange à ALLAH Le souverain du monde que nous adorons et dont nous implorons Salut sur son prophète MOHAMED(PSL) ALLAH qui a fait que je sois dans ce monde et qui m'apporte la santé, le courage nécessaire pour venir au bout de ce travail. Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous.

A mes Frères : Ibrahim F, Arouna et Abdoulaye, permettez-moi de vous exprimer mes sincères remerciements. Que ce travail soit pour chacun de vous une source d'inspiration. Ensemble nous avons enduré toutes les souffrances jusqu'à ce jour.

A ma Sœur : Mme Diakité Djeneba Coulibaly. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes Amis : Fafoune Bocoum, Djeneba Traoré, les sœurs Ongoiba Fatoumata et Awa, Abdoul karim Dembelé et Abdramane N'kassouli Sanogo merci pour votre accompagnement

A mes cousins et cousines : Bacary Coulibaly et familles, Fatouma Sanogo, Djibril Sanogo, tout protocoles confondus, je ne peux pas tout citer. Cette œuvre est aussi la vôtre.

AU CORPS PROFESSORAL DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO, Ce travail est le reflet de l'éducation que vous m'avez prodiguée durant mon cycle. Je vous en suis reconnaissante.

A la 14e Promotion du numéris clausus :

Merci pour les moments passés ensemble, que la réussite soit au rendez-vous de nos différentes carrières.

A mes enseignants de l'école primaire, fondamentale et lycée vous avez guidé mes pas vers la réussite, merci pour la qualité de votre enseignement.

Mes chers maîtres formateurs

Oumar Moussokoro TRAORE, Soumana Oumar TRAORE, Saoudatou TALL, Saleck DOUMBIA, Niagalé SYLLA, DIAKITE Nouhoum, TRAORE Mamadou Amadou : la rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration. Merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait montre tout au long de l'élaboration de ce document. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite dans toutes vos entreprises ;

A DOCTEUR DAOUDA SANOGO

Merci pour votre grande disponibilité pour les enseignements reçus, pour m'avoir donné sans compter, merci pour tout l'aide que vous m'avez apporté. Je ne l'oublierai jamais. Qu'ALLAH vous récompense !

Aux DOCTEURS : MARIAM DAGNOKO, TAHIROU BAH, MOHAMED KOUREKAMA, MOUSSA NIMAGA, MATHIEU DOUMBO, MAMADOU DOUMBO, OUSMANE SISSOKO, ASSITAN CELINE FAROTA

Merci pour votre disponibilité

AU MAJOR, AUX DES (DOCTEURS EN SPECIALISATION) AUX INFIRMIERES AUX SAGES FEMMES AUX MATRONES AUX ANESTHESISTES ET TOUS LES TECHNICIEN DU BLOC OPERATOIRE du Centre de Santé de Référence de la commune 5, Votre disponibilité m'a rendu facile la tâche d'interne. Merci pour votre sympathie.

A MES COLLEGUES DE PROMOTION : MOUMOUNI TRAORE, YANAOUSSOU BOLY, MOUSSA SY, HASSIMI SISSOKO, AFSATOU DAGNOKO, SALIMATA COULIBALY, AFFO GAKOYE, SOUMAILA CAMARA, ABOUBACAR S DIARRA, AMINATA YOMATE, ALFOUSSEYNI ET EQUIPES, AMADOU KONE ET EQUIPES, LES INTERNES DU CSREF C5 etc..... Pour la fraternité scolaire qui a prévalu entre nous, messager de la bonne nouvelle restons unies.

A MES CADETS EXTERNES ET CAMARADE, merci pour l'aide, la disponibilité et le respect que vous m'avez porté qu'Allah vous récompense.

A toutes les personnes qui ont participé de loin ou de près à la réalisation de ce travail Merci.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du Jury

Professeur Amadou BOCOUM

- **Maître de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré**
- **Titulaire d'un diplôme inter universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire en cœlioscopie en gynécologie en France.**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie-obstétrique de l'université de Paris Descartes.**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SO. MA. GO)**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Cela nous touche énormément. Vos qualités d'homme scientifique, de formateur et votre sens élevé de la responsabilité font de vous un maître aimé, respecté et admiré de tous. Permettez-nous de vous exprimer ici notre profonde gratitude. Puisse Qu'Allah vous accorder une bonne santé et une longue vie afin qu'on continue de profiter de vous.

A notre maitre et Directeur de thèse,

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- **Professeur agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien Hospitalier au Centre de Santé de Référence de la Commune V ;**
- **Détenteur d'une attestation de Reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako ;**
- **Certifié en programme GESTA international (PGI) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;**
- **Leader d'opinion local de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous un homme scientifique exceptionnel.

Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour le travail bien fait nous ont beaucoup aidés.

Cher Maître, permettez-nous de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements. Qu'Allah vous accorde encore longévité et santé !

A notre maître et co-directeur de thèse,

Professeur Abdoulaye SISSOKO

- **Maître-assistant de Gynécologie et d'obstétrique à la FMOS ;**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO) ;**
- **Ancien Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO) ;**
- **Ancien interne des hôpitaux ;**
- **Membre de la société Malienne de Médecine Militaire (SOMAMEM) ;**
- **Médecin militaire ;**
- **Chef de service de Gynécologie-Obstétrique de la Clinique Périnatale Mohamed VI.**

Cher Maître

Tout au long de ce travail, nous avons appréciés vos qualités humaines et scientifiques.

Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements. Qu'Allah vous accorde encore longévité et santé !

A notre maitre et membre du jury,

Professeur Mamadou Sima

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire (CHU) du point G ;**
- **Maitre de conférences à la FMOS**

Cher Maître

Tout au long de ce travail, nous avons appréciés vos qualités humaines et scientifiques.

En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions de trouver cet instant solennel l'expression de notre profonde gratitude. Qu'Allah vous accorde encore longévité et santé !

A notre maitre et membre du jury,

Dr Saleck DOUMBIA

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Praticien Hospitalier au Centre de Santé de Référence de la Commune V ;**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en VIH obtenu à la FMOS ;**
- **Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-Biostatistique à l'Institut Africain de Santé Publique de OUAGADOUGOU**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en sénologie a la FMOS**

Cher Maître

Nous nous réjouissons de votre présence au sein de ce jury. Tout au long de ce travail, vous n'avez cessé de faire preuve de patience, de courtoisie, nous avons appréciés vos qualités humaines et scientifiques.

Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements. Qu'Allah vous accorde encore longévité et santé !

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des répondants selon l'ethnie.	28
Tableau II: Répartition des répondants selon la religion.	29
Tableau III: Répartition des répondants selon la profession.	30
Tableau IV: Répartition des répondants selon la scolarisation.	32
Tableau V: Répartition des répondants selon le niveau d'éducation.	32
Tableau VI: Répartition des répondants selon les causes probables des convulsions chez les femmes enceintes.	33
Tableau VII: Répartition selon que les répondants avaient une fois entendu parlé de l'éclampsie.	34
Tableau VIII: Répartition selon la source d'information.	34
Tableau IX: Répartition selon que les répondants avaient déjà vu un cas d'éclampsie.	35
Tableau X: le rapport avec le cas d'éclampsie.	35
Tableau XI: Connaissez-vous les causes de l'éclampsie ?	36
Tableau XII: Répartition répondants selon les causes de l'éclampsie.	37
Tableau XIII: Le nom local qui peut être utilisé pour désigner une maladie qui se présente de cette façon chez les femmes enceintes.	38
Tableau XIV: Pensez-vous qu'on peut prévenir l'éclampsie ?	38
Tableau XV: Les complications possibles de l'éclampsie pour la mère.	39
Tableau XVI: Répartition des répondants selon les complications possibles de l'éclampsie pour le fœtus/nouveau-né.	40
Tableau XVII: Que faites-vous devant une femme enceinte qui convulse ?	40
Tableau XVIII: Répartition des répondants selon le moyen de transport.	41
Tableau XIX: Selon vous la CPN permet-elle de prévenir l'éclampsie ?	41
Tableau XX: Répartition selon le traitement de l'éclampsie.	42
Tableau XXI: Répartition des répondants selon le premier réflexe devant une femme qui convulse.	42
Tableau XXII: Répartition des répondants selon l'influence de la scolarisation sur la connaissance sur l'éclampsie.	43
Tableau XXIII: Répartition des répondants selon l'influence de la connaissance de l'éclampsie sur la prévention.	44
Tableau XXIV: Répartition des répondants selon l'influence de la connaissance de l'éclampsie sur la bonne connaissance des signes.	45
Tableau XXV: Répartition des répondants selon l'influence de la connaissance de l'éclampsie sur la bonne conduite à tenir.	46

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako.	17
Figure 2: Organigramme du CSREF de la Commune V	18
Figure 3: Répartition des répondants selon le type répondant.....	25
Figure 4: Répartition des répondants selon le sexe.	26
Figure 5: Répartition des répondants selon la tranche d'âge.....	27
Figure 6: Répartition des répondants selon le statut matrimonial.	31

SIGLES ET ABREVIATION

ACOG Collège Américain de Gynécologie Obstétrique

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CIVD Coagulation Intra Vasculaire Disséminée

CPN Consultation Périnatale

CPON Consultation Post Natale

CSCom Centre de Santé Communautaire.

CSRéf Centre de Santé de Référence

DES Diplôme d'Etudes Spéciales

ECBU Examen Cytobactériologique des Urines

HELLP Hemolyze Elevated Liver Enzymes Low Platelet

HTA Hypertension Artérielle

IEC Information, Education, communication

INFSS Institut National de Formation en Science de la Santé

IRA Insuffisance Rénale Aigue

Mg SO₄ Sulfate de Magnésium.

MmHg Millimètre de mercure

NFS Numération Formule Sanguine

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PDF Produit de Dégradation de la Fibrine

PE Prééclampsie

PF Planification Familiale

Point de vue des populations de la commune V du district de Bamako sur l'éclampsie

PNP Politique Normes et Procédures

PTME Prévention de la Transmission Mère Enfant

SA Semaine d'Aménorrhée

SAA Soins Apres Avortement

SFAR Société française d'anesthésie réanimation

SONU Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.

SSR Santé Sexuelle Reproductive

TCA Temps de Céphaline Activée.

TP Taux de Prothrombine

VIP Very Important Person

TABLE DES MATIERES

DEDICACES ET REMERCIEMENTS	II
HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY	VII
LISTE DES TABLEAUX	XIII
LISTE DES FIGURES	XIV
SIGLES ET ABREVIATION	XV
TABLE DES MATIERES	XVII
I. INTRODUCTION :	2
II. OBJECTIFS :	5
III. GENERALITES	7
IV. MATERIELS ET METHODE	17
V. RESULTATS	25
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	48
VII. CONCLUSION :	53
VIII. RECOMMANDATIONS	55
IX. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE	58
X. ANNEXES	61

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

L'éclampsie qui est une urgence obstétricale est définie selon les critères de la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) par la survenue d'une crise convulsive généralisée et /ou de troubles de conscience au-delà de 20 semaines d'aménorrhée (SA) où dans le postpartum (jusqu'à la sixième semaine des suites de couches), dans un contexte de pathologie hypertensive gravidique, et en l'absence de pathologie neurologique sous-jacente expliquant les convulsions (1). Elle est une complication majeure de la prééclampsie (2) qui est une maladie complexe et potentiellement mortelle qui survient pendant la grossesse, généralement dans la seconde moitié de la gestation. Elle se caractérise par une hypertension d'apparition récente (augmentation pression) et une protéinurie importante (excès de protéines dans les urines) (3). Une compréhension des perspectives communautaires est essentielle à la mise en œuvre réussie de toute intervention communautaire (4).

La présentation clinique de la prééclampsie et de l'éclampsie peut ne pas être bien comprise par certaines communautés, et est souvent confondue avec d'autres conditions et certaines communautés croient que les remèdes maison locaux peuvent les guérir (5).

Des études menées en Asie et en Afrique de l'Ouest suggèrent qu'il existe une variété de perceptions communautaires qui peuvent constituer des obstacles pour les femmes atteintes de prééclampsie à demander des soins et éventuellement à accoucher dans un établissement de santé. Une proportion importante de femmes atteintes de prééclampsie/éclampsie n'arrive pas dans le centre de santé ou arrive trop tard en raison de certaines croyances traditionnelles ou culturelles sur la maladie (6). Certaines communautés associent la prééclampsie/éclampsie à la sorcellerie (4).

Au Niger, des convulsions éventuelles seront imputées à un génie, ou à l'épilepsie (circira en Zarma, borin Jaki en hausa). L'éclampsie n'est pas connue (sauf là où

Point de vue des populations de la commune V du district de Bamako sur l'éclampsie

des séances d'éducation pour la santé ont popularisé l'expression hausa nouvelle de borin gishiri, la "transe du sel") (7).

Au Mali, dans une étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des Hommes du district sanitaire de Diéma face à l'éclampsie, il a été révélé que la pathologie n'est pas assez connue par la communauté de Diéma (8).

Une étude menée à Dioïla au Mali en 2022 a révélé que la majorité de la population attribuait les crises convulsives chez la femme enceinte au paludisme. (9).

C'est dans ce cadre que nous avons entrepris cette étude dans l'optique d'évaluer le point de vue des populations du district de la commune 5 de Bamako avec les objectifs suivant :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

Objectif générale

Etudier le point de vue des populations de la commune V du district de Bamako sur l'éclampsie.

Objectifs spécifiques

- a. Déterminer les caractéristiques sociodémographiques
- b. Evaluer le niveau de connaissances des communautés
- c. Apprécier les attitudes des communautés face à l'éclampsie.
- d. Identifier les pratiques locales en matière de prise en charge de l'éclampsie.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Définitions :

Communauté : groupe social dont les membres vivent ensemble, ou ont des biens, des intérêts communs.

Point de vue : opinion, façon de penser

Prééclampsie : La prééclampsie est l'association d'une hypertension artérielle supérieure à 140/90 prise à 6 heures d'intervalle et d'une protéinurie supérieure à 300 mg/24h, ou de signes fonctionnels (neurologiques ou digestifs) survenant à partir de 20^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) (10).

Éclampsie : L'éclampsie se définit par l'apparition au cours de la grossesse en pré, per ou post partum de crises convulsives tonico-cloniques suivies d'un coma chez une parturiente atteinte de prééclampsie, non liées à l'épilepsie ou à d'autres maladies convulsivantes (11).

Le mot éclampsie vient du grec ; eklampsis « lumière éclatante, jet de lumière » introduit par François Boissier un médecin et botaniste français (1706-1767) de la Croix de Sauvages en référence à l'occurrence subite des convulsions chez ces patientes.

Les crises d'éclampsie surviennent en ante-partum (38 %) des cas, pendant le travail (18 %) ou en post partum (44 %) jusqu'au 7ème jour du post partum. La plupart des patientes ont des prodromes à type de céphalées, de troubles visuels, de douleur épigastrique et les réflexes ostéo- tendineux vifs, qui sont présents dans 85% des cas (12).

2. Epidémiologie :

L'éclampsie est une complication grave de la grossesse engageant le pronostic vital de la mère et de l'enfant. Selon OMS 1 500 femmes meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement chaque jour. Ces complications sont divisées en quatre causes principales : les hémorragies sévères (la plupart du temps des hémorragies du postpartum), les infections (septicémie surtout), les troubles hypertensifs pendant la grossesse (en général l'éclampsie) et les

dystocies. La fréquence de l'éclampsie est diversement appréciée à travers le monde et dépend des pays mais surtout de la possibilité d'accès aux soins. L'éclampsie est responsable de

10 à 18% des décès maternels dans les pays développés, et de 10 à 25% des décès dans les pays en voie de développement. En France par exemple l'éclampsie est responsable de 2,2% des morts maternelles. En Afrique, par contre, l'incidence de l'éclampsie est très élevée, par exemple elle est de 8% à Dakar (Sénégal) avec un taux de létalité maternelle de 17,9% et une mortalité périnatale de 359 pour mille naissances vivantes. Si elle est devenue rare dans les pays développés, elle reste toujours présente en Afrique subsaharienne où le suivi prénatal de qualité fait encore défaut (12).

3. Physiopathologie :

Physiologiquement la pression artérielle baisse au cours du 1er et du 2ème trimestre de la grossesse du fait d'une vasodilatation artérielle plus marquée que l'élévation du débit cardiaque. En cas d'hypertension artérielle une surveillance de la pression artérielle et de la protéinurie est systématique au cours de la grossesse.

Toute HTA fait courir des risques maternels (éclampsie, hématome rétro placentaire...) et fœtaux (retard de croissance, souffrance fœtale, mort in utero).

❖ Dans la grossesse normale :

Le volume circulatoire augmente, Les résistances périphériques diminuent ; la tension artérielle s'abaisse de 140/80 à 120/70 mm hg (3è trimestre).

❖ Dans l'hypertension artérielle gravidique :

- Les résistances périphériques augmentent, La tension artérielle devient supérieure ou égale à 140/90 mm hg (3è trimestre).
- La volémie baisse en dépit de la prise de poids et des œdèmes.
- En pratique on parle d'HTA pour une tension artérielle $\geq 140/90$ mm Hg chez une femme enceinte, la mesure étant faite en position assise le bras à la même

hauteur que le cœur après quelques minutes de repos. Les chiffres doivent être retrouvés en deux consultations rapprochées. (11)

❖ Le mécanisme de base :

Une anomalie dans le développement de la vascularisation utéro-placentaire prouvée par des mesures hémodynamiques du débit utéro-placentaire. Certaines circonstances peuvent expliquer l'ischémie utéro-placentaire :

✓ Sur distension utérine (grossesse gémellaire, hydramnios, gros œuf).

✓ Des malformations utéro-vasculaires avec hypotrophie utérine.

✓ Parfois des lésions vasculaires généralisées (diabète).

• L'ischémie utéro-placentaire va déclencher des réactions simultanées : la production d'un facteur hypertenseur (facteur « Rénine like ») qui transforme l'angiotensinogène hépatique en angiotensine. Cette substance entraîne :

- Une vasoconstriction artériolaire généralisée avec augmentation des résistances périphériques d'où l'hypertension artérielle ;

- La sécrétion d'aldostérone qui modifie la fonction rénale (métabolisme du sodium)

• Parallèlement et progressivement apparaissent :

- la production de facteurs pro coagulants et de thromboplastine ;

- un déséquilibre entre deux prostaglandines : la prostacycline (fortement vasodilatatrice) qui se trouve dans la paroi des vaisseaux, et la thromboxane A₂ (Vasoconstrictrice et pro-coagulante) qui se trouve au niveau des plaquettes.

Au niveau du rein se produisent alors des lésions de l'endothélium expliquant l'hyperperméabilité glomérulaire et la protéinurie.

La conséquence de l'hypertension artérielle et des modifications rénales est en particulier, la rétention hydrosodée, extravasculaire entraînant des œdèmes et la formation d'un troisième secteur indépendant. Ce trouble explique l'hypovolémie, l'aggravation de l'hypoprotidémie de la grossesse et surtout l'aggravation de l'ischémie utéro-placentaire.

4. Anatomopathologie :

Au niveau du rein : les biopsies effectuées dans le post-partum sont caractéristiques objectivant certaines lésions typiques. Les glomérules sont dilatés d'environ 20%. Ils sont dépourvus du sang et les anses capillaires sont variablement dilatées et contractées (12).

Lésions artériolaires : rencontrées dans un quart des cas, mais posant des problèmes d'interprétation : angiopathie préexistante, HTA permanente.

Lésions placentaires : le placenta est souvent normal dans son aspect macroscopique. Microscopiquement la lésion la plus courante est la distension capillaire pouvant aller jusqu'au raptus.

Le foie est le siège d'hémorragie : les suffusions peuvent être visibles sous la capsule, parfois réduites à des pétéchies. Leur siège est péri portal. Il existe en plus des lésions de thromboses veineuses parfois des altérations des cellules hépatiques pouvant aller jusqu'à la nécrose Centro lobulaire. Ces lésions ne s'observent que dans les formes graves et particulièrement le « HELLP Syndrome » (10).

5. Classification de l'HTA pendant la grossesse :

Plusieurs classifications de l'HTA au cours de la grossesse ont été proposées :

Celle du Collège Américain de Gynécologie Obstétrique (ACOG) avec 4 types qui sont les suivants :

- Type 1 ou la pré-éclampsie : HTA apparaissant après la 20ème SA le plus souvent chez une primipare jeune indemne de tout antécédent personnel et familial de nature vasculo-rénale. Elle évolue vers la guérison sans séquelle ne récidive pas en règle générale.
- Type 2 ou HTA chronique : connue ou non elle existe avant la grossesse ou elle apparaît dans les 6 premiers mois de la grossesse sans protéinurie associée.
- Type 3 ou prééclampsie surajoutée : il s'agit du type 2 plus une protéinurie surajoutée au 3eme trimestre.

➤ Type 4 ou HTA isolée de la grossesse : HTA récidivante à chaque grossesse et disparaissant dans leur intervalle.

6. Clinique de l'éclampsie :

La crise d'éclampsie précède une phase plus ou moins longue de signes prémonitoires qu'il est important de bien dépister :

A. Les signes prémonitoires :

- Céphalées frontales ou en casque pulsatiles avec adynamie, somnolence et vertiges ;
- Des troubles oculaires avec diminution de l'acuité visuelle, phosphènes, amaurose transitoire ;
- Des bourdonnements d'oreilles ;
- Des réflexes ostéotendineux vifs ;
- Des troubles digestifs avec nausées, vomissements, voire douleur épigastrique en barre (signe de chaussier), quasi pathognomonique de la crise.

B. La crise d'éclampsie : elle évolue en quatre phases :

❖ Phase d'invasion (5 à 30 secondes) sans aura, s'installent à la face et au cou, des contractions fibrillaires. Les globes oculaires roulent dans l'orbite et s'immobilisent latéralement. Puis comme une onde, les contractions fibrillaires atteignent les membres supérieurs qui s'enroulent, mains en pronation.

❖ Phase tonique (30 secondes) : elle associe :

- Une hypertonie généralisée avec tête renversée et trismus (langue souvent mordue) des yeux révulsés, membres supérieurs en flexion et membres inférieurs en extension,
- Une apnée avec cyanose du visage,
- De la mousse au coin des lèvres,

❖ Phase clonique (1 à 2 minutes) après une longue inspiration, elle met fin à la menace d'asphyxie, les muscles sont animés de mouvements saccadés. Les globes

oculaires ont un intense mouvement de nystagmus, les convulsions cloniques épargnent les membres inférieurs.

❖ Phase de coma : plus qu'un coma, il s'agit d'un état d'hébétéude qui ne fait place au coma qu'en cas de répétition des crises. La durée du coma est variable en fonction de l'intensité et de la répétition des crises. Il n'y a généralement pas de pertes d'urine en raison de l'oligurie, voire de l'anurie liée à la dysgravidie sévère dont l'éclampsie est l'élément paroxystique rarissime. Au réveil la malade ne garde aucun souvenir de la crise (13).

7. Les examens complémentaires :

Le diagnostic étant clinique, il est important de faire un bilan pour apprécier le retentissement de l'affection sur l'état maternel et fœtal. Ce bilan comporte :

- Une NFS avec plaquettes, un ionogramme sanguin avec uricémie et créatinémie, une glycémie à jeun, un dosage de (TCA, TP), une fibrinémie, une protéinurie de 24heures, un ECBU, un fond d'œil à la recherche d'un retentissement viscéral signant une HTA ancienne. Il faut insister sur la valeur de:
 - L'uricémie qui est le paramètre le plus fidèle du risque fœtal. Le taux moyen pendant la grossesse se situe entre 180 et 250 $\mu\text{mol} / \text{litre}$. Un taux de 360 $\mu\text{mol} / \text{litre}$ représente le seuil critique ;
 - L'hématocrite supérieur à 40% qui témoigne d'une hémococoncentration annonce un retard de croissance ;
 - La numération des plaquettes : une thrombopénie inférieure à 100000 / mm^3 est de mauvais pronostic ainsi que des produits de dégradation de la fibrine (PDF) supérieurs à 10 mg / ml ;
 - Le fond d'œil : dont les lésions (rétinopathies) sont classées en 4 stades
 - Stade I : vasoconstriction artériolaire.
 - Stade II : vasoconstriction plus intense avec tortuosité des artères et écrasement des veines aux points de croisement.
 - Stade III : aux aspects précédents s'ajoutent les hémorragies et exsudats.

- Stade IV : en plus l'œdème de la papille et de la rétine avoisinante réalise ; à l'extrême, une image de la stase papillaire (neuroretinopathie) (14).

8. Evolution et complications :

8.1- Evolution :

Dans l'immédiat, on observe une guérison sous l'effet du traitement. En cas d'absence de traitement, il y a répétition des crises avec état de mal éclamptique menaçant la vie maternelle : asphyxie, défaillance cardiaque, œdème aigu du poumon, hémorragie cérébro-méningée pouvant entraîner une hémiplégie ou la mort plus ou moins brutale.

Secondairement, on peut retrouver une anurie par ischémie glomérulaire (régressive après réanimation intensive), un ictère par atteinte vasculaire hépatique provoquant un HELLP syndrome, une coagulation intra vasculaire disséminée, une psychose puerpérale avec confusion marquée parfois par l'idée de suicide ou d'infanticide nécessitant une surveillance stricte de la mère et la séparation de l'enfant (15).

8.2 Les complications :

Elles sont d'ordre maternel et fœtal.

➤ Complications maternelles

Elles surviennent plus fréquemment en anté-partum. Nous avons la morsure de langue qui est la seule complication mineure. Puis nous avons la récurrence, l'état de mal éclamptique, le HELLP syndrome, l'hématome sous-capsulaire du foie l'insuffisance rénale aiguë (IRA), l'œdème aigu pulmonaire, les hémorragies cérébro-méningée, l'arrêt circulatoire et enfin la psychose puerpérale.

Les complications les plus redoutables sont la persistance d'une anurie et la survenue d'une CIVD.

➤ Complications fœtales

Les complications fœtales sont la prématurité dans le cadre d'une interruption de grossesse avant le terme, le retard de croissance in utero, la souffrance fœtale

aiguë, voire la mort fœtale. L'amélioration du pronostic de ces enfants dépend de la prise en charge immédiate après la naissance (16).

8.3- Pronostic :

Le pronostic maternel est le plus souvent favorable sous un traitement et une surveillance adaptée.

Quant au pronostic fœtal, il est sombre. Cette éclampsie tue souvent le fœtus qui était dans un état de souffrance fœtale chronique. S'il est vivant, il est le plus souvent prématuré ou hypotrophe.

La mortalité néonatale précoce est importante, conséquence de la prématurité et de la souffrance fœtale. Les éléments du pronostic sont :

- Date d'apparition : plus l'éclampsie est précoce plus elle est grave,
- Caractère des crises : l'éclampsie est d'autant plus grave que les crises sont nombreuses et rapprochées.
- Caractère du coma : la profondeur du coma est une marque de gravité,
- L'élément obstétrical : l'absence de travail d'accouchement est un élément de mauvais pronostic,
- Les troubles thermiques, le subictère, la CIVD, les hémorragies des centres nerveux, le non fléchissement des courbes de la tension artérielle de la protéinurie, la non relance de la diurèse malgré le traitement ainsi que l'apparition de la complication sont les éléments de mauvais pronostic.
- L'examen du fond d'œil : l'œdème de la papille, les hémorragies rétiniennes sont les éléments les plus souvent graves.
- L'influence du traitement : son inefficacité est de mauvais augure.

9. Diagnostic différentiel :

L'éclampsie ne prête guère à confusion. La gravidité, les circonstances d'apparition, les prodromes lui sont propres.

Les affections avec lesquelles on pourrait la confondre ne s'accompagnent ni de protéinurie, ni d'hypertension.

L'épilepsie, dont la crise est décelée par l'anamnèse.

Le tétanos s'intègre dans un tout autre cadre.

Plus difficiles peuvent être les diagnostics de convulsions consécutives à une méningite tuberculeuse ou à une tumeur cérébrale. On y pensera lorsque le nombre de crises est très élevé et que cependant l'enfant reste vivant et l'évolution favorable.

Dans les suites de couches, on distinguera l'éclampsie des crises convulsives par thrombophlébite intracrânienne (17).

Paludisme grave : le diagnostic pourrait être évoqué devant une convulsion généralisée le tout dans un contexte fébrile. Il sera confirmé par la réalisation d'une goutte épaisse ainsi que d'un frottis sanguin. Il y a une absence d'anomalies au niveau de la neuro-imagerie (18).

10. Traitement de l'éclampsie :

- Volet médical :

Le traitement médical comporte :

- Une thérapeutique neurosédative et anti-convulsivante,
- Une thérapeutique hypotensive ;
- et parallèlement des mesures de réanimation générale.

Le traitement médical est nécessaire en toute circonstance. Mais tantôt il est utilisé à titre exclusif, tantôt abandonné au profit du traitement chirurgical (Césarienne).

- Volet obstétrical :

Le traitement obstétrical

Il consiste à une évacuation utérine soit par voie basse (extraction par ventouse ou forceps le plus souvent) ou par voie haute (césarienne) qui constitue le traitement de fond de la pathologie.

MATERIELS ET METHODE

IV. MATERIELS ET METHODE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le Centre de Santé de Référence de la commune V de Bamako. Présentation centre de santé de la Commune V.

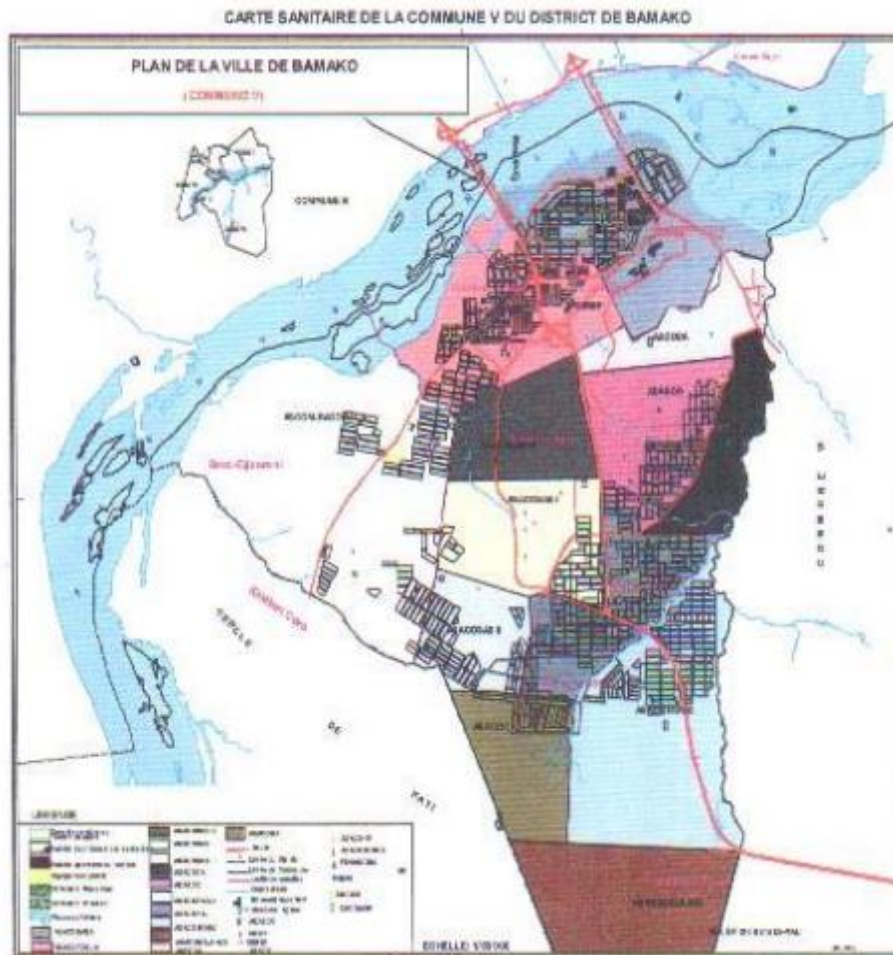


Figure 1: Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako.

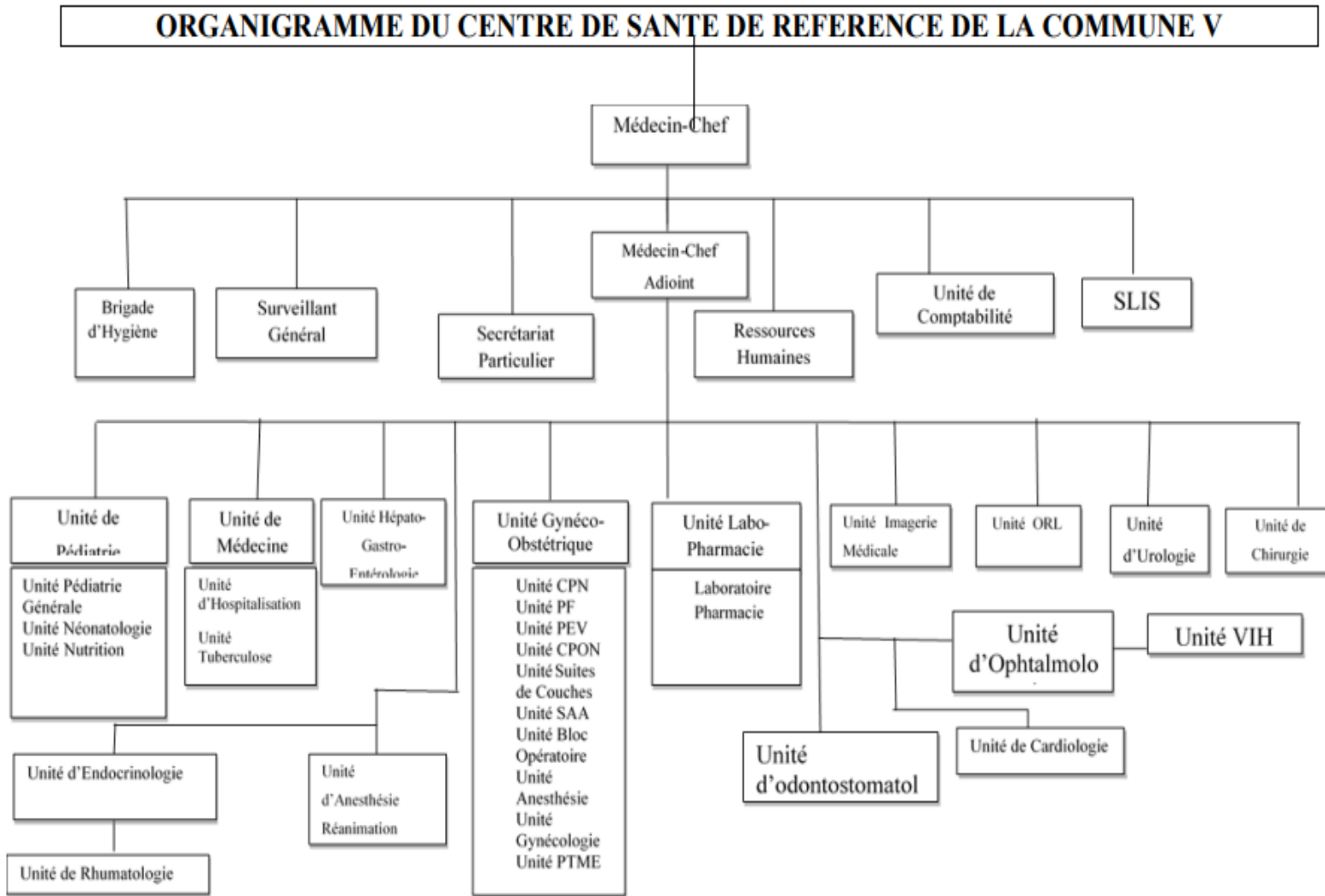


Figure 2: Organigramme du CSREF de la Commune V

Source : Gestion des ressources humaines.

. Description du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV :

Il comporte :

- Unité hospitalisation bloc opératoire,
- Un hangar d'attente,
- Unité de Consultation Périnatale(CPN),
- Unité de grossesse pathologique.
- Une unité de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME),
- Une salle de travail avec deux lits,
- Une salle d'accouchement avec 4 tables,
- Une unité des suites de couche avec 17 lits,
- Une salle de garde pour sage-femmes,
- Une salle de garde pour les Internes,
- Une salle de garde pour les Diplôme d'Etudes Spéciales (DES),
- Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse,
- Six salles d'hospitalisations de 5 lits chacune et 2 salles VIP (Very important person) ou salle unique d'un lit avec commodité
- Unité de Consultation Postnatale (CPON),
- Unité de Gynécologie,
- Unité de Soins Après Avortement (SAA),
- Unité de Planification Familiale (PF),
- Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un laboratoire de compétence,
- Unité de One Stop Center
- Le Personnel du service de gynécologie obstétrique : Il comporte :
Six (6) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue
Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique :

- Trois médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Un médecin anesthésiste réanimateur
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maîtresse,
- Quarante-quatre sages-femmes,
- Quatre infirmiers d'état,
- Treize infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Un agent technique de santé
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d'ambulance

2. Type et lieu d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale évaluative descriptive et analytique qui s'est au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako (csref cv).

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 20 novembre 2023 au 20 janvier 2024 soit 3 mois.

4. Population d'étude :

L'étude avait concerné toutes les populations de la commune V ayant consulté au csref de la commune V du district de Bamako pendant la période d'étude.

5. Critère d'inclusion :

Etaient inclus dans l'étude les patientes et les accompagnants qui ont consulté au csref de la commune V au moment de l'étude et qui ont accepté de répondre aux questions.

6. Critère de non-inclusion :

N'étaient pas inclus dans l'étude les patientes et les accompagnants ayant consulté au csref commune 5 et qui n'ont pas été vu à la maternité.

7. Echantillonnage :

Nous avons réalisé une interview à partir d'un questionnaire semi dirigé auxquels les participants ont accepté de répondre.

Point de vue des populations de la commune V du district de Bamako sur l'éclampsie

La taille de notre échantillon est calculée par la formule Daniel Schwartz

$$n = z^2 \times p(1-p) / i^2$$

n = taille d'échantillon requise ;

z = niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96) ;

p = proportion; Avec un taux d'éclampsie à 22,8% dans le District sanitaire de Bamako au CHU Gabriel Touré (19).

i = marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05).

La taille de l'échantillon était

$$n = 272$$

La taille de notre échantillon était constituée de 272 individus.

8. Outils collecte et analyses des données :

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire semi dirigé puis copiés et stockés sur le serveur de kobocollet. Les données ont été extraites du serveur puis convertis en fichier Microsoft World et Excel. L'analyse et traitement des données ont été effectués sur le logiciel SPSS 25.0.

9. Considération Ethique :

La confidentialité et l'anonymat des informations ont été respectés. Un consentement éclairé a été obtenu auprès des participants avant le démarrage des entretiens. Les participants étaient libres d'accepter ou de refuser avant ou pendant l'entretien.

10. Les variables étudiées :

Les variables qualitatives et quantitatives ont été mesurées à l'aide d'un questionnaire administré aux participantes lors de l'enquête dans les ménages.

Variables quantitatives : âge.

Variables qualitatives : statut matrimonial, niveau d'instruction, ethnie, sexe, religion, profession.

Caractéristiques sociodémographiques :

La Tranche d'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction du participant et l'ethnie.

Connaissances des participants sur l'éclampsie :

Les signes cliniques de l'éclampsie, le nom local donné à la maladie, la conduite à tenir devant une crise d'éclampsie, les causes et la prévention.

11. Définition opérationnelle :

✓ Pré-éclampsie :

La pré-éclampsie (PE) est définie par l'association d'une hypertension artérielle gravidique (PAS \geq 140 mmHg et / ou PAD \geq 90

mmHg) et d'une protéinurie survenant à partir de la 32ème semaine d'aménorrhée (SA) avec ou sans œdème.

✓ Éclampsie :

L'éclampsie est définie par la survenue dans le péripartum d'un état convulsif généralisé de type grand mal et / ou de trouble de la conscience sans aucun rapport avec un problème neurologique préexistant survenue dans un contexte de prééclampsie.

✓ Mort néonatale :

C'est le décès d'enfants nés vivants survenant au cours des quatre premières semaines de vie.

✓ Borin gishiri :

Borin gishiri signifie tranche de sel dans une langue parlée au Niger.

✓ Hausa :

Le Haoussa ou Hausa est une langue parlée dans une grande partie du continent Africain principalement au Niger et au Nigeria mais également au Tchad, au Cameroun, au Benin.

✓ Consultation prénatale (CPN) :

C'est un ensemble de gestes techniques d'ordre médical, contribuant à trois fins essentielles : assurer le bon déroulement de la grossesse, traiter la gestante ou l'orienter vers une structure spécialisée pour raison médicale, et prédire le pronostic ou prévoir les conditions de l'accouchement.

✓ Evaluation du niveau de connaissance des participants sur les signes cliniques de l'éclampsie :

Le score a été établi pour évaluer le niveau de connaissance des participants sur l'éclampsie en basant sur ces variables :

Les signes cliniques liées au paludisme chez une femme enceinte (HTA, convulsion, mortinaissance, Bébé peut naître petit ou faible poids à la naissance, Bébé pourrait mourir à la naissance et Naissance prématurée) ;

Chaque bonne réponse était classée parmi les bonnes connaissances et chaque mauvaise réponse classée parmi les faibles connaissances.

✓ **Evaluation du niveau de connaissance des participants sur la prévention de l'éclampsie :**

Le score a été établi en posant la question que peut-on utiliser ou faire pour prévenir l'éclampsie pendant la grossesse (faire régulièrement les CPN, prendre les antihypertenseurs, sensibilisation). Chaque bonne réponse était classée parmi les bonnes connaissances et chaque mauvaise parmi les faibles connaissances.

✓ **Evaluation du niveau de connaissance des participants sur la cause de l'éclampsie :**

Le score a été établi en posant la question selon vous quelles sont les causes de l'éclampsie (HTA, paludisme, anémie, infection, typhoïde). Chaque bonne réponse était classée parmi les bonnes connaissances et chaque mauvaise parmi les faibles connaissances.

✓ **Bonne connaissance :**

Etaient classés parmi les bonnes connaissances les participants ayant donné une bonne réponse sur les signes, la prévention et la conduite à tenir devant un cas d'éclampsie.

✓ **Faible connaissance :**

Etaient classés parmi les faibles connaissances les participants ayant donné une mauvaise réponse sur les signes, la prévention et la conduite à tenir, ou les participants qui ont eu une seule bonne réponse.

RESULTATS

V. RESULTATS

1. Etudes descriptives :

1.1. Données démographiques :

➤ Type de répondant :

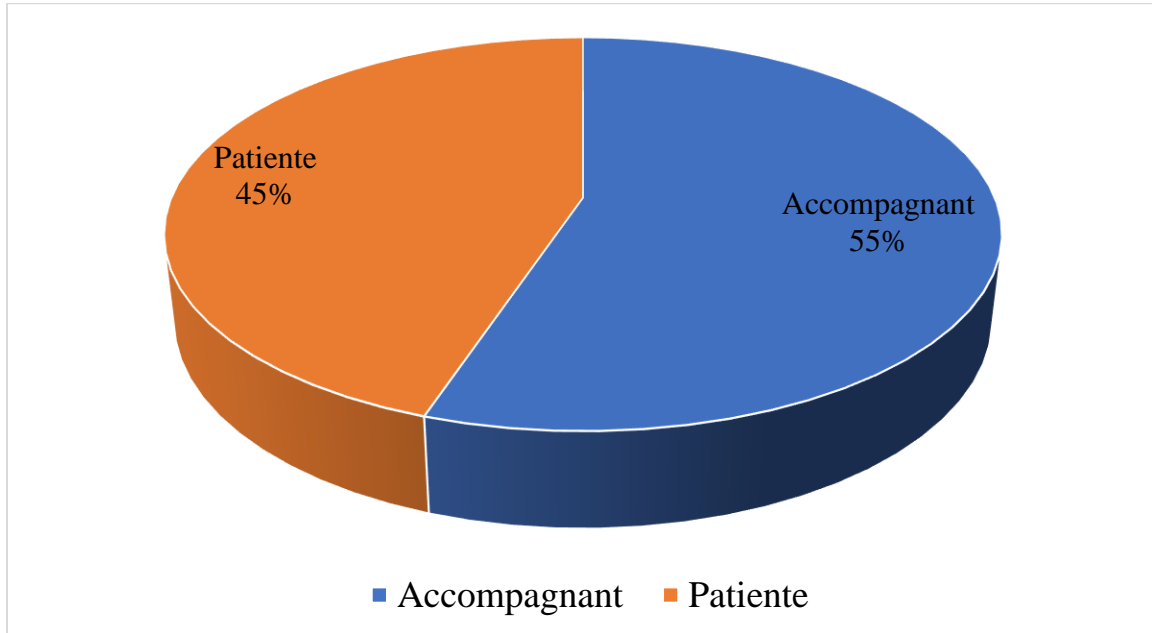


Figure 3: Répartition des répondants selon le type répondant.

Les accompagnants sont les plus représentés dans les répondants.

Sexe :

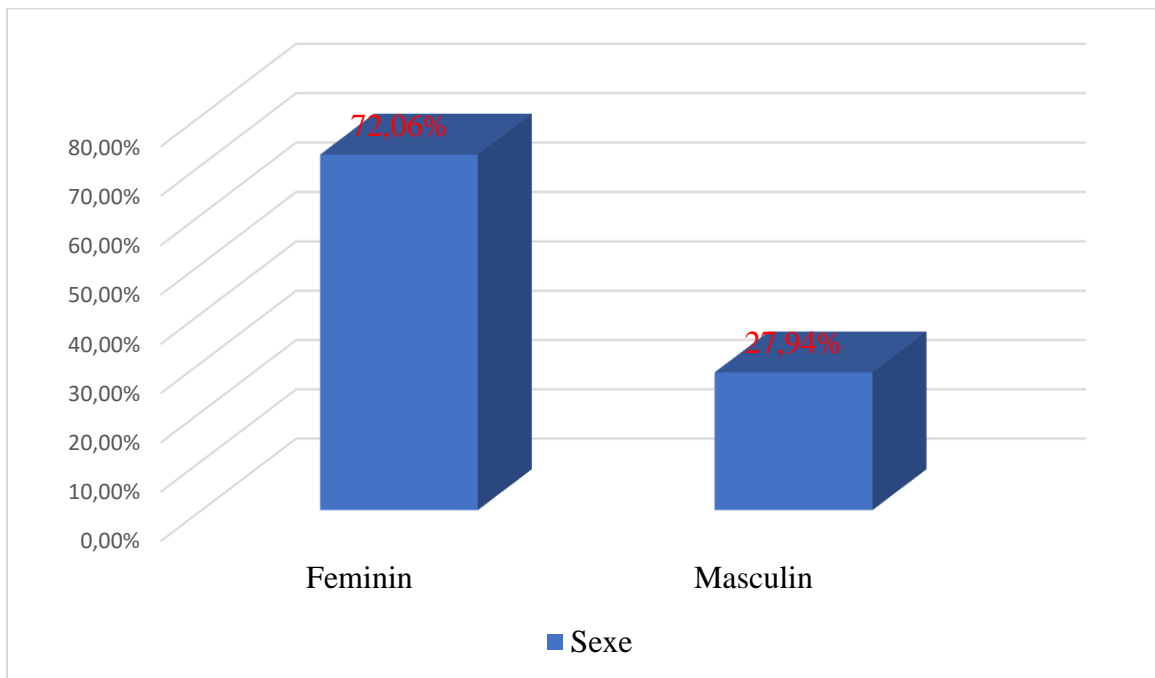


Figure 4:Répartition des répondants selon le sexe.

Le sexe féminin était le plus représenté avec 72,1% dans notre étude.

➤ **Tranche d'âge :**

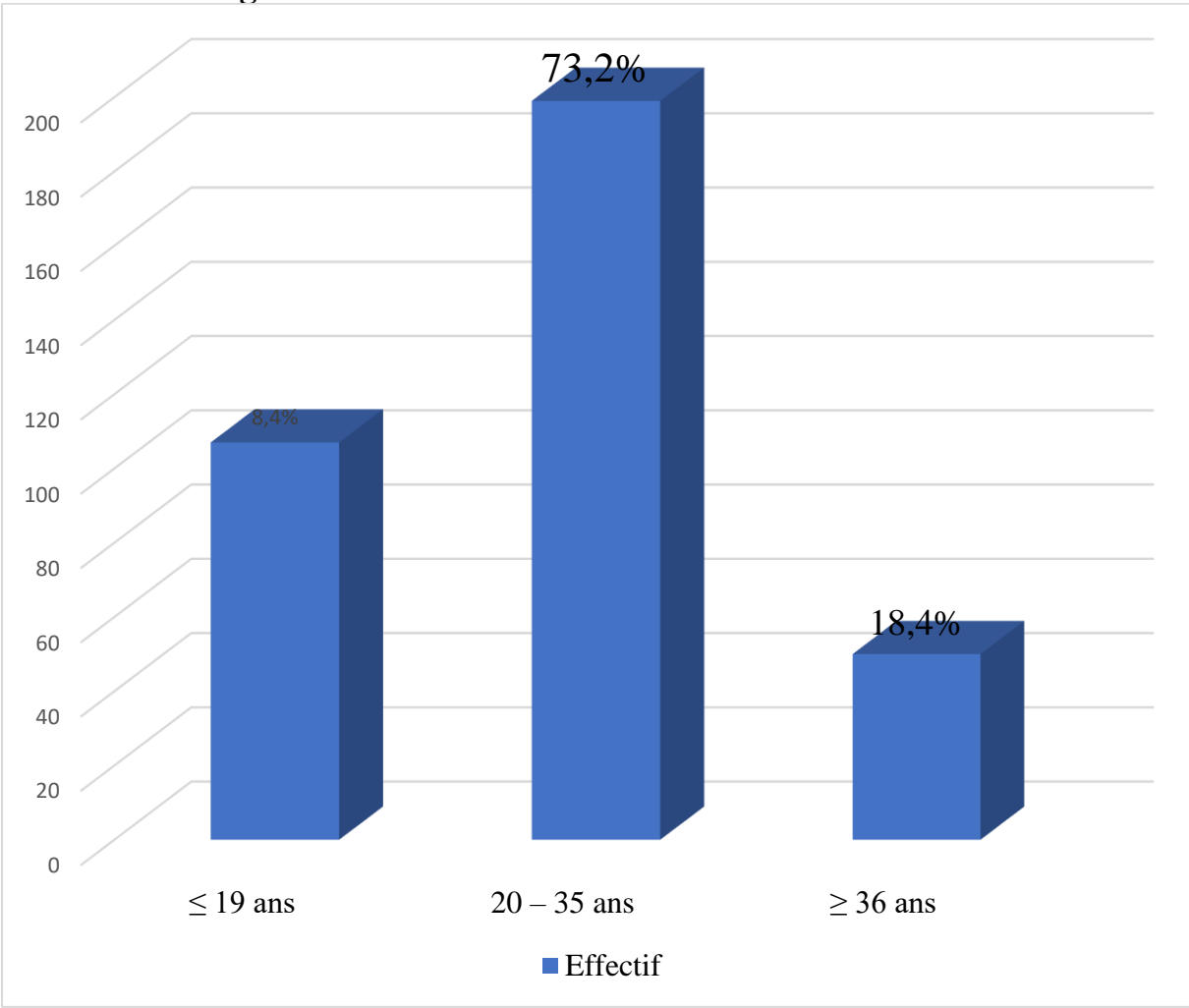


Figure 5: Répartition des répondants selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 35 ans avec un âge moyen de 29,2+ou- 7,64.

Tableau I: Répartition des répondants selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	58	21,4
Dogon	26	9,6
Mianka	11	4
Peulh	50	18,4
Sarakolé	46	16,9
Senoufo	24	8,8
Malinke	20	7,35
Bobo	11	4,04
Diawando	8	2,94
Sonrhai	5	1,83
Kakolo	5	1,83
Gana	3	1,1
Dafing	2	0,73
Bozo	1	0,36
Mossi	1	0,36
Tamachek	1	0,36
Total	272	100

Les bambaras étaient les plus représentés avec 19,9% dans notre étude.

Tableau II: Répartition des répondants selon la religion.

Religion	Effectif	Pourcentage (%)
Musulmane	248	91,2
Chrétienne	23	8,5
Total	272	100

La quasi-totalité de nos répondants étaient des musulmans.

Tableau III: Répartition des répondants selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	108	39,7
Commerçant	57	21
Cultivateur	2	0,7
Eleveur	1	0,4
Entrepreneur	8	2,9
Fonctionnaire	13	4,8
Ouvrier	17	6,3
Élève et étudiant	32	11,76
Infirmière	7	2,57
Monitrice	3	1,1
Enseignant	8	2,94
Comptable	3	1,1
Vendeuse ambulante	2	0,73
Secrétaire	2	0,73
Mécanicien	2	0,73
Teinturière	2	0,73
Griotte	2	0,73
Gendarme	1	0,36
Chauffeur	1	0,36
Tailleur	1	0,36
Total	272	100

Les ménagères étaient les plus représentées lors de notre enquête.

➤ **Statut matrimonial :**

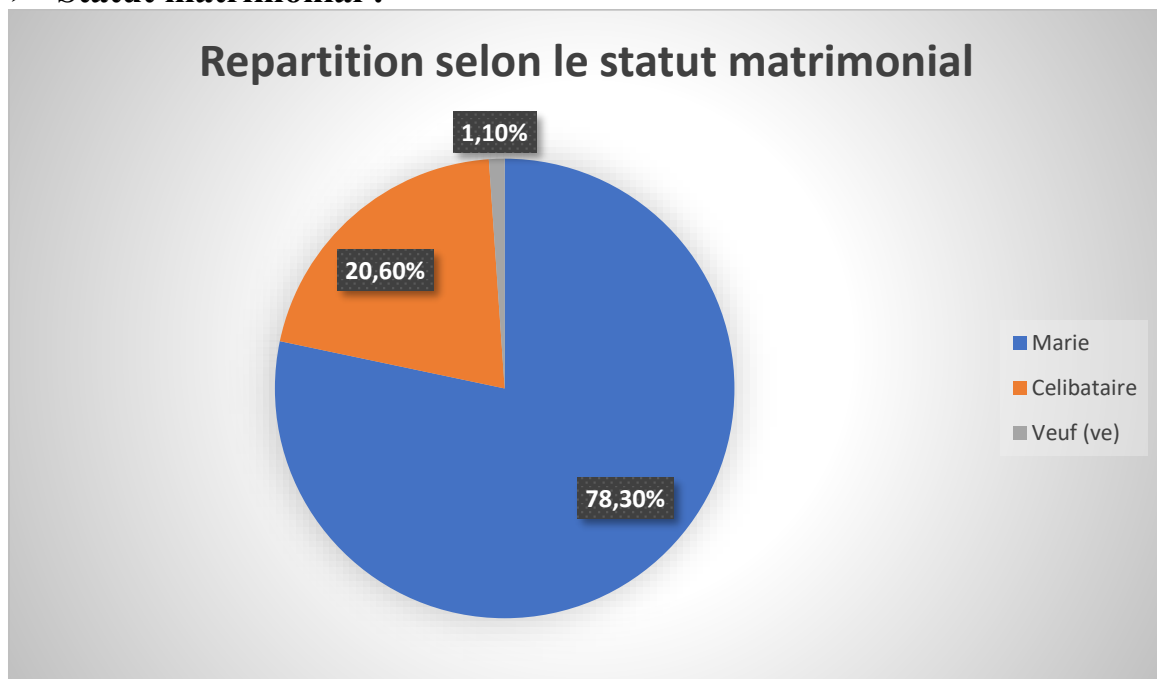


Figure 6: Répartition des répondants selon le statut matrimonial.

La plupart de nos répondants étaient mariés.

Tableau IV: Répartition des répondants selon la scolarisation.

Scolarisation	Effectif	Pourcentage (%)
Scolarisé	191	70,2
Non scolarisé	81	29,8
Total	272	100

La plupart de nos répondants était scolarisé.

Tableau V: Répartition des répondants selon le niveau d'éducation.

Niveau d'éducation	Effectif	Pourcentage (%)
Primaire	90	33
Aucun	81	29,8
Secondaire	56	21
Supérieur	45	16,2
Total	272	100

Les répondants avaient majoritairement un niveau d'éducation primaire.

1.2 Connaissance sur l'éclampsie :

Tableau VI: Répartition des répondants selon les causes probables des convulsions chez les femmes enceintes.

Causes probables des convulsions	Effectif	Pourcentage (%)
Maladie associée à sa grossesse	248	91,2
Maladie associée à sa grossesse	4	1,5
Incorporation d'un esprit maléfique (djinn)		
Transgression d'un interdit par la femme	2	0,7
Attrapée par l'oiseau	2	0,7
Transgression d'un interdit par la femme	1	0,4
Maladie associée à sa grossesse		
Incorporation d'un esprit maléfique (djinn)	7	2,57
Diabète	3	1,1
Travail d'accouchement	4	1,4
Djolitchaya (trop de sang dans le corps)	1	0,4
Total	272	100

Les personnes enquêtées attribuaient les convulsions chez les femmes enceintes à une maladie associée à la grossesse a 91,2%.

Tableau VII: Répartition selon que les répondants avaient une fois entendu parlé de l'éclampsie.

Réponse	Effectif	Pourcentage (%)
Non	234	86
Oui	38	14
Total	272	100

Seulement 14% des répondants avaient une fois entendu parlé de l'éclampsie.

Tableau VIII: Répartition selon la source d'information.

Source d'information	Effectif	Pourcentage (%)
Agent de santé	35	92,1
Ecole	2	5,3
Entourage	1	2,6
Total	38	100

Les personnes ayant une fois entendus parlées de l'éclampsie avaient comme source d'information majoritairement un agent de santé.

Tableau IX: Répartition selon que les répondants avaient déjà vu un cas d'éclampsie.

Réponses	Effectif	Pourcentage (%)
Non	242	89
Oui	30	11
Total	272	100

Les 89% de nos répondants n'avaient pas vu un cas d'éclampsie contrairement au 11% qui en avaient.

Tableau X: le rapport avec le cas d'éclampsie.

Rapport	Effectif	Pourcentage (%)
Belle fille	1	3,33
Fille	1	3,33
Aide-ménagère	26	86,67
Voisine	2	6,67
Total	30	100

Les victimes de l'éclampsie étaient le plus souvent les aides ménagères.

Tableau XI: Connaissez-vous les causes de l'éclampsie ?

Connaissance	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	249	91,5
Non	22	8,1
Total	272	100

91,5% des répondants affirmaient connaître les causes de l'éclampsie.

Tableau XII: Répartition répondants selon les causes de l'éclampsie.

Pathologie	Effectif	Pourcentage (%)
HTA	80	29,4
Paludisme	68	25
Anémie	30	11
HTA, paludisme	25	9,2
Paludisme, anémie	17	6,1
HTA, anémie	9	3,2
HTA, paludisme, anémie	12	4
Paludisme, HTA Autres	4	1,3
Infection	2	0,7
HTA, infection	1	0,4
Paludisme, infection	2	0,7
Paludisme, djinn	2	0,7
Paludisme, coépouses	1	0,4
Paludisme, infection, typhoïde	2	0,7
Paludisme, typhoïde, anémie	1	0,4
Djinn	1	0,4
Vomissement	4	1,47
Diabète	3	1,1
Travail d'accouchement	4	1,47
Vertige	6	2,2
Total	272	100

La majorité des répondants attribut l'éclampsie a l'hypertension artérielle.

Tableau XIII: Le nom local qui peut être utilisé pour désigner une maladie qui se présente de cette façon chez les femmes enceintes.

Nom local d'appellation (en langue bambara)	Effectif	Pourcentage (%)
Takabin	115	42,3
Krikrimacien	37	13,6
Konon	34	12,5
Saïdjè	18	6,61
Djaliban	22	8,08
kanbansiri	10	3,7
Konon, takabin, krikrimacien	1	,4
Ne sait pas	27	9,92
Tin (travail d'accouchement)	8	2,94
Total	272	100

L'appellation takabin est la 1ere désignées suivit de yanamini bana dans notre étude.

Tableau XIV: Pensez-vous qu'on peut prévenir l'éclampsie ?

Avis	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	267	98,16
Non	5	1,84
Total	272	100

Les 98% de nos répondants pensent qu'on peut prévenir l'éclampsie.

Tableau XV: Les complications possibles de l'éclampsie pour la mère.

Complication maternelle	Effectif	Pourcentage (%)
Décès maternel	146	53,7
Maladie mentale	77	28,3
Décès maternel maladie mentale	4	1,5
Handicap physique	17	6,25
Longue maladie	13	4,77
Blessure	8	2,94
Ne sait pas	3	1,1
Anémie	4	1,47
Total	272	100

53,7 % des répondants pensent que l'éclampsie est mortelle.

Tableau XVI: Répartition des répondants selon les complications possibles de l'éclampsie pour le fœtus/nouveau-né.

Complication fœtale	Effectif	Pourcentage (%)
Mort fœtale in utero	106	39
Décès néonatal	100	36,8
Malformation	30	11
Accouchement prématuré, mort fœtale in utero	12	4,4
Mort fœtale in utero, malformation	12	4,5
Accouchement prématuré, malformation	7	2,5
Ne sait pas	5	1,8
Total	272	100

39% de nos répondants pensaient que la complication fœtale de l'éclampsie est la mort fœtale in utero.

Tableau XVII: Que faites-vous devant une femme enceinte qui convulse ?

Attitude	Effectif	Pourcentage (%)
L'amener au centre de santé le plus proche de vous	268	98,5
Attendre la décision du chef de famille	1	0,4
Crier à l'aide	3	1,1
Total	272	100

Les 98,5% de nos répondants amènent au centre de santé les femmes enceintes qui convulsent.

Tableau XVIII: Répartition des répondants selon le moyen de transport.

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage (%)
Taxi	117	43,0
Ambulance médicalisé	79	29,0
Voiture personnelle	72	26,5
Taxi, ambulance médicalisé	2	0,8
Voiture personnelle, ambulance médicalisé	1	0,4
Moto	1	0,4
Total	272	100

La majorité des répondants utilisait un taxi pour se rendre au centre de santé.

Tableau XIX: Selon vous la CPN permet-elle de prévenir l'éclampsie ?

Avis	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	271	99,6
Non	1	,4
Total	272	100,0

La majorité de nos répondants pensent que la CPN permette de prévenir l'éclampsie en faisant la prise en charge de l'HTA/ prééclampsie.

Tableau XX: Répartition selon le traitement de l'éclampsie.

Médecine conventionnelle	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	272	100
Non	00	00
Total	272	100

La totalité de nos répondants pensaient que le traitement de l'éclampsie était la médecine conventionnelle.

Tableau XXI: Répartition des répondants selon le premier réflexe devant une femme qui convulse.

Reflexe	Effectif	Pourcentage (%)
Verser un peu d'eau sur la patiente	205	75,4
Incantation	9	3,3
Automédication	7	2,6
Sacrifice aux djinns	3	1,2
Ne sait pas	4	1,47
Retourner la patiente sur elle même	29	10,66
Donner du sucre	6	2,2
Mettre la patiente en position latérale de sécurité	4	1,47
Crier à l'aide	5	1,84
Total	272	100

La majorité de nos répondants ont comme premier réflexe de verser un peu d'eau sur la patiente.

2. Etudes analytiques :

Tableau XXII: Répartition des répondants selon l'influence de la scolarisation sur la connaissance sur l'éclampsie.

Scolarisation	Connaissance sur l'éclampsie		OR [IC 95%]	P-value
	Non	Oui		
Scolarisé	155 (57%)	36 (13,2%)	Réf. 7,63 [1,88-30,95]	0,00
Non scolarisé	79 (29%)	2 (0,7%)		
Total	234	38		

Les participants non scolarisés ont 7,63 fois moins de chance de connaître l'éclampsie que les participants scolarisés.

Tableau XXIII: Répartition des répondants selon l'influence de la connaissance de l'éclampsie sur la prévention.

Prevention	Connaissance sur l'éclampsie		OR [IC 99%]	P-value
	Non	Oui		
Non	6 (2,6%)	00 (00%)	Réf. 12,27 [0,013- ,020]	0,015
Oui	228 (97,4%)	38 (100%)		
Total	234	38		

Les participants ayant une bonne connaissance sur la prévention ont également une bonne connaissance sur la maladie.

Tableau XXIV: Répartition des répondants selon l'influence de la connaissance de l'éclampsie sur la bonne connaissance des signes.

Signe	Connaissance sur l'éclampsie		OR [IC 99%]	P-value
	Non	Oui		
Bonne	54 (23,1%)	12 (29,7%)	Réf. 13,95 [0,002-0,004]	0,007
Faible	180 (76,9%)	26 (70,3%)		
Total	234	38		

Les participants ayant une faible connaissance ont 13 fois plus de chance de ne pas connaître les signes.

Tableau XXV: Répartition des répondants selon l'influence de la connaissance de l'éclampsie sur la bonne conduite à tenir.

Conduite à tenir	Connaissance sur l'éclampsie		OR [IC 95%]	P-value
	Non	Oui		
Bonne	25 (10,7%)	5 (13,2%)	Réf. 1,22 [0,51-2,89]	0,659
Faible	209 (89,3%)	33 (86,8%)		
Total	234	38		

Les participants ayant une bonne connaissance sur la conduite à tenir face à l'éclampsie ont 1,22 fois plus de chance de connaître la maladie.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

6.1. Profil sociodémographique :

6.1.1. Age et statut matrimonial :

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-35 ans avec une moyenne de 29,2 + ou - 7,64 avec une fréquence de 47,8%. **(Figure 5)**. Cette tranche d'âge est un échantillon représentatif de la population générale.

78, 3% était marié contre 20,6% célibataire et 1,1% veuve. **(Figure 6)**.

6.1.2. Sexe

Le sexe féminin était le plus représenté avec 72,06%. **(figure4)**. Ce résultat est superposable à celui de Diallo B. et al à Diéma 2021 (8) qui avaient trouvé 79, 7%. Ce résultat s'explique par le fait que les femmes sont plus disponibles pour se rendre au centre de santé.

6.1.3. Profession

Dans notre étude les ménagères étaient les plus représentées avec 39,7 %.

KAMATE E. 2022(9) a fait le même constat en trouvant 47% de femme au foyer à Dioïla.

Konaté S(20) au Mali les ménagères représentaient 86,7% des cas. Cette situation n'est autre que le reflet général de la population féminine africaine en général et malienne en particulier.

6.1.4. Niveau d'instruction

Contrairement à KAMATE E. Dioïla 2022 (9) et Diallo B. Diéma 2021 (8) la majorité de nos répondants était scolarisé avec une prédominance pour le niveau d'éducation primaire avec une fréquence 33,1%. **(Tableau IV)**. Le bas niveau d'éducation reste un défi majeur à relever au Mali.

6.2 Niveau de connaissances sur l'éclampsie :

6.2.1. La connaissance

L'éclampsie est un terme méconnu des populations de la commune V.

Les personnes enquêtées à 91,2% ont attribué la convulsion chez la femme enceinte à la maladie associée à sa grossesse. **(Tableau V)**. Ce résultat est proche de celui de KAMATE E. Dioïla 2022 (9) au Mali qui avait trouvé 83,7%. Par contre Diallo B. et al Diéma 2021 (8) avaient remarqué que 34,2% des enquêtés pensaient à l'ensorcellement devant une femme enceinte convulsant. Cette différence peut être associée à une plus grande exposition de nos répondants à des problèmes de santé maternelle et infantile, soit à cause de la proximité des centres de santé, soit à l'intensification de la sensibilisation dans la zone d'étude.

6.2.2. Le nom attribué à l'éclampsie

Dans notre étude le nom local attribué à une maladie convulsivante était « takabin bana » avec 42,3% **(Tableau XII)**. Le nom « Krikrimacien » était utilisé dans 13,6% dans l'étude de KAMATE E. Dioïla 2022 (9). Romuald R. et al (21) avaient trouvé l'appellation « Kirizy » (convulsions) dans 05,88%. Ceci est illustré par le fait que l'éclampsie est souvent représentée par la combinaison de terminologies traditionnelles qui ne renferme aucune référence à la grossesse ou aux femmes enceintes.

6.2.3. Pathologies pouvant entraîner une éclampsie

Les maladies ou pathologies généralement associées à une grossesse pouvant entraînée des convulsions étaient l'hypertension artérielle (HTA), le paludisme et l'anémie dans respectivement 29,4%, 25% et 11%. **(Tableau XI)**. Contrairement à Diallo B et al Diéma 2021 (8) et KAMATE E Dioïla 2022 (9) dans leurs études avaient retrouvé le paludisme et l'anémie soit

respectivement (35,1% et 11,1%) ; (69,6% et 31%). Ceci pourrait s'expliquer par l'exposition des communautés à ces pathologies.

6.2.4. Source d'information

Seulement 14% des personnes interrogées avaient entendu parler d'éclampsie et leur source d'information était majoritairement les agents de santé à 92,1%. **(Tableau VI et VII)**. Par contre Romuald R. et al(21) avaient trouvés l'entourage dans 71,73%. Diallo B. et al Diéma 2021 (8) avaient trouvés environ 32% ont affirmé qu'ils ont été informés par des amis et 18% ont eu leur information sur la maladie à travers les agents de santé. Cette différence serait due aux différents efforts consentis par l'état et ses partenaires en matière de communication en faveur d'un changement de comportement sur l'éclampsie. La majorité de nos répondants n'avait pas vu de cas d'éclampsie.

6.2.5. La cause de l'éclampsie

L'hypertension artérielle était évoquée comme la cause de l'éclampsie dans 29,4%. **(Tableau XI)**. KAMATE E. Dioïla 2022 (9) avait trouvé que le paludisme était la cause l'éclampsie à 39,9%. Dans la série de Machenje et al(22) en Tanzanie, 37,2 % des participants ont déclaré que la cause était le diable vivant dans la nature. Ceci peut ne pas être sans lien avec le niveau d'étude inférieurs des communautés (Maris, décideurs de famille, belles mères) puisque seulement 13% d'entre eux avaient fait des études secondaires. La littérature suggère que les troubles hypertensifs de la grossesse sont généralement mal compris dans les pays moins développés en raison de l'analphabétisme, du manque de sensibilisation, des croyances superstitieuses et de la pauvreté (5).

6.2.6. La prévention

La perception prédominante sur la prévention de l'éclampsie enregistrée dans cette étude était que le suivi régulier de la grossesse permettait de prévenir l'éclampsie avec 99,6% (**Tableau XVIII**) en faisant la prise en charge de l'HTA/prééclampsie. Ce résultat est superposable à celui d'Umar Muhammad Lawan et al (23) qui avaient eu une fréquence de 76,4 %. Les répondants avaient comme point de vue que le risque de développer une éclampsie peut être prévenu par une bonne CPN.

6.2.7. Les complications

L'éclampsie pendant la grossesse avait comme première conséquence la mort fœtal in utero avec une fréquence de 39% (**Tableau XV**). La principale complication maternelle rapportée par les participants était le décès maternel 53,7% (**Tableau XIV**). Ce résultat est superposable de celui de KAMATE E. Dioïla 2022 (9) qui avait 51,4% et différent de celui de Machenje et al(22) qui ont rapporté la maladie mentale dans 51%.

6.3. Attitudes face à l'éclampsie :

Dans la présente étude, la principale attitude adoptée devant une femme convulsivante a été l'attitude d'amener la femme au centre de santé le plus proche avec 98,5 % (**Tableau XVI**). Ce résultat est superposable à celui de KAMATE E. Dioïla 2022 (9) qui avait trouvé 88,12%. Cela pourrait s'expliquer par une plus grande exposition de nos répondants à des problèmes de santé maternelle et infantile, soit à cause de la proximité des centres de santé, soit à l'intensification de la sensibilisation dans la zone d'étude, soit du fait qu'ils accordent une confiance au traitement médical.

6.4. Pratiques face à l'éclampsie :

Les répondants avaient mentionné verser un peu d'eau sur la dame en première intention en cas de convulsion chez une femme enceinte suivi de la retourner sur elle-même avant de l'amener au centre de santé. Par contre dans l'étude de

KAMATE E. Dioïla 2022 (9) les médicaments modernes étaient utilisés avec 76% en première intention en cas de convulsion chez une femme enceinte suivi de décoction de plantes avec 15,2%. Machenje et al(22) a rapporté la prise des décoctions de plantes comme traitement local de l'éclampsie dans 37,4 %. Ces traitements n'aboutissaient à aucun résultat pour la plupart du temps, il devenait donc nécessaire d'amener les femmes concernées dans un centre de santé. Cependant, de telles pratiques comme l'automédication peuvent avoir des conséquences graves en particulier pour les femmes enceintes, qui sont à risque de développer des complications mortelles, en raison du retard d'un traitement approprié. La totalité de nos répondants pense que le traitement de l'éclampsie est la médecine conventionnelle.

❖ Association entre scolarisation, prévention, signe, conduite à tenir et connaissance sur l'éclampsie :

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre la scolarisation, les modes prévention, les signes et la connaissance sur l'éclampsie ($p < 0,05$) par contre nous n'avons pas eu cette significativité entre la conduite à tenir devant un cas d'éclampsie et la connaissance sur la maladie.

Les CPN de moyenne qualité et le manque d'information par la population pourrait expliquer la mauvaise conduite à tenir devant un cas d'éclampsie.

VII. CONCLUSION :

L'éclampsie est une pathologie grave dans notre contexte responsable de complications fatales tant maternelles que fœtales.

Cette étude a permis de mettre en lumière les points de vue des populations du district sanitaire de la commune V de Bamako sur l'éclampsie, en supposant qu'il existe des insuffisances sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés du District sanitaire de la commune V face à l'éclampsie ce qui est avéré validé puisque les connaissances sur l'éclampsie sont limitées ; il existe des lacunes sur les connaissances concernant les causes et le traitement. Nous avons noté avec satisfaction la première intention dans le choix du traitement était la médecine conventionnelle. Ce travail se voulait d'aider dans la lutte contre l'éclampsie dans la commune V du district de Bamako. Il serait pertinent de procéder à une étude plus approfondie qui impliquerait toutes les communes du District de Bamako avec les acteurs de la santé du district.

RECOMMANDATIONS

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous tenons à formuler les recommandations ci-après :

Aux autorités politico-administratives :

- Améliorer la politique d'accès aux soins de santé de qualité à travers une subvention de la prise en charge de la pré-éclampsie et la gratuité des CPN ;
- Améliorer le système de référence / évacuation pour pallier au retard dans la prise en charge ;
- Accroître la communication pour le changement social de comportement en faveur des consultations prénatales et des signes de dangers au cours de la grossesse à travers les médias de larges portées (journaux, radios, télévisions, réseaux sociaux) ;
- Assurer et intensifier la formation et le recyclage régulier de tous les agents intervenant dans la prise en charge des femmes à risque d'hypertension associée à la grossesse ;
- Doter le CSRéf d'un service de réanimation et de néonatalogie fonctionnel, équipé et rattaché au service de Gynécologie-obstétrique.

Aux personnels de santé :

- Faire les consultations prénatales selon les normes en vigueur du pays ;
- Promouvoir le dépistage systématique de l'HTA au cours de la grossesse à tous les échelons du système de santé ;
- Faire la bandelette urinaire systématiquement chez les gestantes au cours des consultations prénatales ;
- Référer à temps toutes les gestantes à risques vers des structures avec le plateau technique adéquat afin d'optimiser le pronostic maternel et fœtal ;

- Rendre disponible de façon permanente le Sulfate de Magnésium au CS Réf et au CSCOM et promouvoir son utilisation avant les évacuations ; assurer une meilleure surveillance des accouchées ;
- Organiser régulièrement des staffs de dossiers et des EPU (enseignement post universitaire) ; renforcer la collaboration interdisciplinaire ;
- Elaborer un plan de formation et de supervision de tous les agents de santé impliqués dans le suivi et la prise en charge des pré-éclampsies sévères ;
- Promouvoir des campagnes de sensibilisation sanitaires sur les CPN et les facteurs de risques de l'HTA sur grossesse.

Aux femmes enceintes

- Faire le suivi régulier de la grossesse dès la conception et après l'accouchement ;
- Respecter rigoureusement les rendez-vous et suivre à la lettre les prescriptions médicales ;
- Promouvoir la scolarisation des filles ;
- Accoucher en milieu médicalisé.

A la population

- Ne pas perdre de temps sur les pratiques superstitieuses sur les patients convulsivants.
- Amener immédiatement au centre de santé le plus proche les femmes enceintes présentant le moindre signe de danger.
- Eviter l'auto médication chez les femmes enceintes.
- Eviter les décoctions de plantes qui pourrait avoir des conséquences néfastes.
- Adopter une mode de vie saine.

REFERENCES

IX. REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. faouzi y. facteurs de risque de l'éclampsie dans une population de prééclampsie sévère avec signes neurosensoriels prise en charge en unité de soins intensifs – etude cas- témoin. [marrakech]: cadi ayyad; 2017. 194-17
2. current diagnosis & treatment: obstetrics & gynecology, 12e | accessmedicine | mcgraw hill medical [internet]. [cité 9 mai 2024]. disponible sur: <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2559>
3. phipps ea, thadhani r, benzing t, karumanchi sa. pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapies. nat rev nephrol. 1 mai 2019;15(5):275-89.
4. boene h, vidler m, saccoor c, nhama a, nhacolo a, bique c, et al. community perceptions of pre-eclampsia and eclampsia in southern mozambique. reprod health. 8 juin 2016;13(1):33.
5. vidler m, charantimath u, katageri g, ramadurg u, karadiguddi c, sawchuck d, et al. community perceptions of pre-eclampsia in rural karnataka state, india: a qualitative study. reprod health. 8 juin 2016;13(1):35.
6. perceptions on preeclampsia and eclampsia among senior, older women, in rural southwestern uganda - pmc [internet]. [cité 8 mai 2024]. disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc8445047/>
7. olivier de sardan jp, moumouni a, souley a. « l'accouchement c'est la guerre »- de quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien. bull apad [internet]. 1 juin 1999 [cité 8 mai 2024];(17). disponible sur: <https://journals.openedition.org/apad/483>
8. diallo b. evaluation des connaissances, attitudes et pratiques des hommes du district sanitaire de diéma face à l'éclampsie. mali santé publique. 4 août 2021;29-33.
9. kamate e. connaissances, attitudes et pratiques des communautés face à l'éclampsie dans le district sanitaire de dioïla. [dioïla]: institut national de formation en sciences de la santé de bamako; 2022.
10. lilly khamsy et léna royston. evaluation de la prise en charge de la prééclampsie au bpkhis, dharan, népal. népal; 2011 juin p - recherche google [internet]. [cité 9 mai 2024]. disponible sur: https://www.google.com/search?sca_esv=fc0f42412f6fa1c1&q=lilly+khamsy+et+%c3%a9na+royston.+evaluation+de+la+prise+en+charge+de+la+pr%c3%a9?%c3%a9clampsie+au+bpkhis,+dharan,+n%c3%a9pal.+n%c3%a9pal;+2011+juin+p&spell=1&sa=x&ved=2ahukewjpyckn_p-faxv-tqqehy3cawaqbsgaegqibxac&biw=1366&bih=641&dpr=1#vhid=zephyr:0&vssid=atritem-http://www.medicine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2010_2011/stages/11_r_eclampsie.pdf
11. profil épidémiologique et prise en charge de l'éclampsie au sénégal: à propos de 62 cas | pan african medical journal [internet]. [cité 8 mai 2024]. disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/103417>
12. de, tran tc. impact des facteurs environnementaux sur la survenue d'une pré-éclampsie sévère.juin 2016. 570-tran-2016
13. clément b. perception des facteurs de risque et modalités de prise en charge initiale de la prééclampsie. enquête menée en 2013 auprès de 53 sages-femmes assurant des consultations

- anténatales en meurthe-et-moselle. 2014 [Thèse]. [École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz de Nancy]: Université de Lorraine;
14. agnide mm. prise en charge et pronostic de l'éclampsie en réanimation polyvalente au centre hospitalier universitaire du point g [internet] [thesis]. université de bamako; 2010 [cité 9 mai 2024]. disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/9330>
 15. chobli k, hervé h. evaluation de la prise en charge anesthésiologique de l'éclampsie au chu du point g. 2013 [cité 9 mai 2024]; disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1807>
 16. kamissoko g. aspects épidémio-cliniques et pronostic foeto maternel de la crise d'éclampsie dans le centre de santé de référence du cercle de koutiala [internet] [thesis]. université de bamako; 2008 [cité 9 mai 2024]. disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/8689>
 17. guindo s. pronostic materno-foetal de l'éclampsie dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital nianankoro fomba-ségou. 2014 [cité 9 mai 2024]; disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/555>
 18. nnembeng fj. etude épidémiologique et pronostic de l'éclampsie en réanimation du chu gabriel touré. 2012 [cité 9 mai 2024]; disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1313>
 19. sylla ml. profil des nouveau-nés issus de grossesses compliquées de prééclampsie et éclampsie au chu gabriel touré. [bamako]: usttb-fmos; 2023.
 20. konate ps. présentée et soutenue publiquement le 08/10/2020 devant la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie. insuffisance renale aigue obstetricale : profil epidemiologique, etiologique et evolutif dans le service de nephrologie et hemodialyse du chu du point g Mali
 21. romuald r, ratsiatosika ta, martial ra, lantonirina ra, ando-miora r, rakotovao ah. the women knowledge, attitude, and perceptions of pre-eclampsia and eclampsia in madagascar. int j reprod contracept obstet gynecol. 26 mars 2019;8(4):1233-9.
 22. machenje as, kibusi sm, gibore n, lilungulu a, moshi fv. knowledge and myths about preeclampsia and eclampsia and its influence on antenatal service utilization among pregnant women and their male partners in mtwara regional - tanzania: a cross sectional analytical study. arch intern med res. 10 août 2022;5(3):397-411.
 23. takai iu, ishaq h, lawan um, perceptions about eclampsia, birth preparedness, and complications readiness among antenatal clients attending a specialist hospital in kano, nigeria - pubmed [internet]. [cité 21 mai 2024]. disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26257792/>

Annexes

X. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Point de vue des populations de la commune v du district de Bamako sur l'éclampsie.

Fiche N° _____

Identification

1. Répondant : 1= Accompagnant 2=Patient / ___ /
 2. Ages (en année) / ___ /
 3. Sexe 1=Masculin 2=Féminin / ___ /
 4. Ethnies 1= Bambara 2=Peulh 3=Sarakolé 4=Mianka 5=Dogon
6=Sénoufo 7=Autres ethnies à préciser _____ / ___ /
 5. Religion 1=Musulmane 2=Chrétienne 3=Animiste / ___ /
 6. Profession 1=Cultivateur 2=Eleveur 3=Ouvrier 4=Commerçant
5=Ménagère 6=Fonctionnaire 7= Entrepreneur
8=Autres _____ / ___ /
 7. Niveau d'éducation 1=Aucun 2=Primaire 3=Secondaire 4= Supérieur
/ ___ /
 8. Statut matrimonial 1=Marié 2=Veuve 3=Divorcé 4= célibataire 5=
Autres _____ / ___ /
- Point de vue sur l'éclampsie.
9. Si une femme enceinte commençait à convulser, à quoi penserez-vous qu'elle souffre immédiatement ? Transgression d'un interdit par la femme Incorporation d'un esprit maléfique (djinn) Ensorçèlement Maladie associée à sa grossesse Attrapée par l'oiseau Autres _____
 10. Quel est le nom local qui peut être utilisé pour désigner une maladie qui se présente de cette façon chez les femmes enceintes ? Kanbansiri

Saïdjè Djaliban Takabin Konon Krikrimacien

Autres _____

11. Connaissez-vous les pathologies associées à la grossesse, qui peuvent entraîner une convulsion chez la femme enceinte ? 1=Oui 2=Non / ___ / Si oui lesquelles ? Paludisme épilepsie fièvre anémie HTA
Autres _____

12. Avez-vous une fois entendu parler de l'éclampsie

1=Oui 2=Non / ___ /

13. Si oui quel a été votre source d'informations sur ? Radio Télévision
Agent de santé Entourage Autres à préciser

14. Avez-vous une fois vu un cas d'éclampsie ?

1= Oui 2=Non

15. Si oui quel était votre rapport avec cette personne ?

1=Votre fille 2=belle-fille 3=autres

16. Connaissez-vous les causes de l'éclampsie

1=Oui 2=Non / ___ /

17. Si oui quelles sont les causes de l'éclampsie selon vous

1=HTA 2=paludisme 3=coépouse 4=sorcier 5=mari 6=djinn 7=marâtre
8=anémie 8= infection 9=typhoïde 10= Autres _____ / ___ /

18. Pensez-vous qu'on peut prévenir l'éclampsie 1=Oui 2=Non / ___ /

19. Si oui comment peut-on prévenir l'éclampsie chez la femme enceinte
La sensibilisation Eviter les mariages précoces Espacement des naissances
Suivi régulier de la grossesse Alimentation saine au cours de la grossesse
Les travaux pénibles au cours de la grossesse
L'éducation des filles L'entente dans le foyer Dormir sous

moustiquaires Assainissement Eviter l'infidélité pendant la grossesse
 Eviter les mauvais esprits La vaccination Autres

20. Quelles sont les complications possibles de l'éclampsie pour la mère ?

Décès maternel Maladie mentale Autres

21. Quelles sont les complications possibles de l'éclampsie pour le nouveau-né/fœtus ? Accouchement prématuré Mort fœtal in utero

décès néonatal Malformation

22. Que faites-vous devant une femme enceinte qui convulse ? 1=Se remettre à Dieu 2=Attendre la décision du chef de famille 3=L'amener au centre de santé le plus proche de vous 4=prière 5=pasteur 6=Autre à préciser / _____ /

23. Quel traitement vous faites en cas de convulsion chez une femme enceinte dans votre communauté ? 1=verser de l'eau sur la dame 2=Sacrifices aux djinns 3=Imploration des esprits 4=Incantations 5=Automédication 6=Autres à préciser _____ / ___ /

24. Pensez-vous que le traitement choisit pourrait guérir les convulsions chez les femmes enceinte 1=Oui 0=Non / ___ /

25. Selon vous une femme enceinte doit-elle faire les consultations prénatales ? 1=oui 2=non / ___ /

26. Si oui pourquoi ?

1= Dépister et prendre en charge les facteurs de risque

2= Dépister et prendre en charge les maladies (HTA, paludisme, diabète, infections urinaires)

3= Prévention des anémies et autres soins préventives (paludisme, VAT, déparasitage)

4=Conseils hygiéno-diététiques

5= Les bilans complémentaires

27. Selon vous la CPN permet-elle de prévenir de l'éclampsie ?

1=oui 2=non

28. Si oui comment ?

1= Prise en charge de l'HTA/pré-éclampsie

2= Demander à la femme enceinte de ne pas prendre du sel

3= Demander à la femme enceinte de ne pas beaucoup manger

4= Demander à la femme enceinte de ne pas se coucher sur le dos

5= Autres à préciser_____

29. Selon vous le traitement de l'éclampsie doit être par :

1=Médecine conventionnelle

2=Médecine traditionnelle

3=Médecine confessionnelle

30. Que faites-vous si le traitement choisit ne parvenait pas à guérir les convulsions chez la femme enceinte 1=L'amener au centre de santé 2=Voir le marabout 3=Voir féticheur 4=Pas de réponse 5=Se remettre au bon Dieu 6=Autres_____ / ___/

31. En cas d'éclampsie dans la communauté, quel est le meilleur moyen de sécurité pour l'amener au centre santé 1=Moto 2=Charrette 3=Voiture personnelle 4=Ambulance médicalisé 5=Taxi 6=Tracteur 7=Autres à préciser_____ / ___/

32. Quel est votre contribution pour minimiser le risque de survenue de l'éclampsie ?

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCRIT

Ce qui suit sera lu aux participants et leur consentement écrit demandé :

Si vous êtes d'accord avec chaque déclaration, veuillez PARAPHER la case fournie	Initiales du participant / Empreinte du pouce
J'ai lu la fiche d'information (ou j'ai compris l'information verbale) qui explique la raison de l'étude, et les procédures qu'on me demandera.	
Je comprends que je suis libre de choisir si je souhaite ou non participer, et qu'aucune pression ne sera exercée sur moi pour participer.	
Toutes les questions que j'avais au sujet de cette étude ont reçu une réponse.	
Je comprends que je peux demander l'arrêt de l'entrevue à tout moment, et qu'elle s'arrêtera immédiatement à ma demande	
J'accepte de participer à cette étude.	
On m'a donné suffisamment de temps pour envisager de participer à cette recherche.	

Nom du district _____

Nom du village _____

Nom du participant _____

Signature ou empreinte numérique de l'interviewé/participant :

Point de vue des populations de la commune V du district de Bamako sur l'éclampsie

Date.....

Je certifie que j'ai expliqué ce qui précède à

.....

Et qu'elle a compris ce que j'ai dit et qu'elle a accepté de participer à l'étude.

Nom et signature du

chercheur/intervieweur.....

Date.....

Nom et signature du témoin indépendant (le cas échéant)

.....

Date.....

Fiche Signalétique

Nom : Coulibaly

Prénom : Barakissa

Titre de la thèse : Point de vue des populations de la commune V du district de Bamako sur l'éclampsie

Email : barakicouli20@gmail.com

Téléphone : (+223) 73969905

Année universitaire : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

Résumé :

Introduction : L'éclampsie qui est une urgence obstétricale est définie par la survenue d'une crise convulsive généralisée et /ou de troubles de conscience au-delà de 20 semaines d'aménorrhée (SA) où dans le postpartum (jusqu'à la sixième semaine des suites de couches), dans un contexte de pathologie hypertensive gravidique, et en l'absence de pathologie neurologique sous-jacente expliquant les convulsions. Elle est une complication majeure de la prééclampsie qui est une maladie complexe et potentiellement mortelle survenant pendant la grossesse, généralement dans la seconde moitié de la gestation.

Objectif : Le but de notre étude visait à évaluer le point de vue des populations de la commune V du district de Bamako sur l'éclampsie.

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale évaluative et analytiques dans le district de la commune V. Nous avons procédé à une collecte de données dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako de novembre 2023 à janvier 2024.

Résultat : Dans cette étude 272 participants ont été enquêtés. Leurs âges étaient compris entre 16 et 64ans et 29,8% étaient non instruites. Dans notre étude 14% avaient une bonne connaissance sur l'éclampsie. 97,4% pensaient qu'on pouvait prévenir l'éclampsie. L'appellation la plus commune en langue bambara est « takabin ». Les agents de santé était la source d'information le plus souvent. 53,7% des participants pensaient que la complication première de l'éclampsie pour la mère était le décès et 39% pensaient que c'était la mort foetale in utero pour le fœtus. 75,4% des participants avaient comme premier reflexe de verser un peu d'eau sur la patiente. Nous avons trouvé une association significative entre la scolarisation et connaissance sur l'éclampsie.

Conclusion : L'éclampsie est une pathologie grave dans notre contexte responsable de complications fatales tant maternelles que fœtales. Une bonne collaboration interdisciplinaire permettra d'assurer une bonne prise en charge.

Mots clés : Connaissance, population, éclampsie.

Name: Coulibaly

First name: Barakissa

Email: barakicouli20@gmail.com

Telephone: (+223) 73 96 99 05

Title: Point of view of the populations of commune V of the district of Bamako on eclampsia

Year of defense: 2023-2024

City of defense: Bamako

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Odontostomatology and the Faculty of Pharmacy.

Sector of interest: Gyneco-obstetrics;

Abstract:

Introduction: Eclampsia, which is an obstetric emergency, is defined by the occurrence of a generalized convulsive seizure and/or impaired consciousness beyond 20 weeks of amenorrhea (WA) or in the postpartum period (up to the sixth week of postpartum), in the context of hypertensive pathology of pregnancy, and in the absence of underlying neurological pathology explaining the convulsions. It is a major complication of preeclampsia, which is a complex and potentially fatal disease occurring during pregnancy, usually in the second half of gestation.

Objective: The aim of our study was to assess the perspective of the populations of commune V of the Bamako district on eclampsia.

Methodology: We conducted an evaluative and analytical cross-sectional study in the district of commune V. We collected data in the reference health center of commune V of the district of Bamako from November 2023 to January 2024.

Result: In this study 272 participants were surveyed. Their ages were between 16 and 64 years old and 29.8% were uneducated.

In our study, 14% had a good knowledge of eclampsia. 97.4% thought that eclampsia could be prevented. The most common name in the Bambara language is "takabin". Health workers were the most common source of information. 53.7% of participants thought that the first complication of eclampsia for the mother was death and 39% thought that it was fetal death in utero for the fetus. 75.4% of participants had as their first reflex to pour a little water on the patient. We found a significant association between schooling and knowledge of eclampsia.

Conclusion: Eclampsia is a serious pathology in our context responsible for fatal complications for both mothers and fetuses. Good interdisciplinary collaboration will ensure good management.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je Le Jure !