

**Ecole Nationale de Médecine
et de
Pharmacie du Mali**

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

**CONTRIBUTION A L'APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE
DES CONSULTATIONS GYNECO-OBSTETRIQUES
DANS LE DISTRICT DE BAMAKO
(Du 1er Janvier 1990 Au 31 Décembre 1990)**

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement le 1991 devant
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali par :

Madame SANGARE FANTA SAMAKE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Examineurs :

Président : Professeur Sidy Yaya SIMAGA

**MEMBRES : Professeur Hubert BALIQUE
Professeur Amadou Ingré DULO
Professeur Hamadou Lamine TRAORE.**



ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1990 - 1991 .-

Liste des Professeurs

Professeur Sambou SOUMARE
Professeur Moussa TRAORE
Professeur Hubert BALIQUE
Monsieur Bakary M. CISSE

Directeur Général
Directeur Général Adjoint
Conseiller Technique
Secrétaire Général

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 1. Professeur Mamadou Lamine TRAORE | Chef de D.E.R. Chirurgie |
| 2. Professeur Aliou BA | Ophthalmologie |
| 3. Professeur Bocar SALL | Orthop.Traumat. Secourisme |
| 4. Professeur Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 5. Professeur Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 6. Professeur Abdou Alassane TOURE | Orthop. Traumatologie |
| 7. Professeur Amadou Ingré IOLO | Gynéco-Obstétrique. |

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Docteur Mme. SY Aida SOW | Gynécologie-Obstétrique |
| 2. Docteur Salif DIAKITE | Gynécologie-Obstétrique |
| 3. Docteur Mme. Fanta Sambou DIABATE | Gynécologie-Obstétrique |
| 4. Docteur Kalikou OUATTARA | Urologie |
| 5. Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA | Odonto-Stomatologie |
| 6. Docteur Djibril SANGARE | Chir.Générale, Soins Infirmiers |
| 7. Docteur Abdoulaye DIALLO | Ophthalmologie |
| 8. Docteur Alhousséni Ag MOHAMED | O.R.L. |
| 9. Docteur Abdoulaye DIALLO | Anesthésie-Réanimation |
| 10. Docteur Sidi Yaya TOURE | Anesthésie-Réanimation. |

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. Professeur Bréhima KOUMARE | Chef de D.E.R. Microbiologie |
| 2. Professeur Siné BAYO | Anatomie Pathologie - |
| | Histologie-Embryologie. |
| 3. Professeur Gaoussou KANOUTE | Chimie Analytique. |

2. DOCTEURS D'ETAT

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| 1. Professeur Yéya Tiémoko TOURE | Biologie |
| 2. Professeur Amadou DIALLO | Biologie-Génétique. |

3. DOCTEURS 3ème CYCLE

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| 1. Professeur Moussa HARAMA | Chimie Organique-Minérale |
| 2. Professeur Massa SANOGO | Chimie Analytique |
| 3. Professeur Mme. THIAM Aïssata SOW | Biophysique |
| 4. Professeur Bakary M. CISSE | Biochimie |
| 5. Professeur Mamadou KONE | Anatomie Phys.Humaines. |

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

- | | |
|-------------------------------------|----------------|
| 1. Docteur Ogobara DOUMBO | Parasitologie |
| 2. Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA | Parasitologie. |

5. MAITRES - ASSISTANTS

- | | |
|---------------------------------|------------|
| 1. Docteur Abdrahamane TOUNKARA | Biochimie. |
|---------------------------------|------------|

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEUR AGREGES

1. Professeur Souleymane SANGARE	Chef de D.E.R. Pneumo-Phtisiologie.
2. Professeur Abdoulaye Ag. RHALY	Médecine Interne
3. Professeur Eric PICAHRD	Médecine Interne
4. Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
5. Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
6. Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
7. Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
8. Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
9. Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
10. Professeur Issa TRAORE	Radiologie
11. Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
12. Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie.

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

1. Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
2. Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
3. Docteur Dapa Ali DIALLO	Hématologie-Médecine Interne
4. Docteur Somita M. KEITA	Dermatologie-Léprologie.

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

1. Professeur Boubacar CISSE	Chef de D.E.R. Toxicologie
------------------------------	----------------------------

2. MAITRES ASSISTANTS

1. Docteur Boukassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharmacie
2. Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
3. Docteur Arouna KEITA	Matière Médicale
4. Docteur Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique.

3. DOCTEUR 3ème CYCLE

Docteur Mme. CISSE Aminata GAKOU	Pharmacie Galénique.
----------------------------------	----------------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Professeur Sidi Yaya SIMAGA | Chef de D.E.R. Santé Publique |
| 2. Professeur Hubert BALIQUE | Maître de Conférence
en Santé Publique. |

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

- | | |
|-------------------------------|-----------------|
| 1. Docteur Sory Ibrahima KABA | Epidémiologie |
| 2. Docteur Sanoussi KONATE | Santé Publique |
| 3. Docteur Moussa MAIGA | Santé Publique |
| 4. Docteur SOULA | Santé Publique |
| 5. Docteur Bocar Garba TOURE | Santé Publique |
| 6. Docteur Pascal FAFRE | Santé Publique. |

. CHARGES DE COURS

- | | |
|---|----------------------|
| 1. Professeur Bouba DIARRA | Microbiologie |
| 2. Professeur N'Golo DIARRA | Botanique |
| 3. Professeur Souleymane TRAORE | Physiologie Générale |
| 4. Professeur Salikou SANOGO | Physique |
| 5. Professeur Daouda DIALLO | Chimie Minérale |
| 6. Professeur Bakary I. SACKO | Biochimie |
| 7. Docteur Boubacar KANTE | Pharmacie Galénique |
| 8. Docteur Alou KEITA | Pharmacie Galénique |
| 9. Docteur Mme. CISSE Aminata GAKOU | Pharmacie Galénique |
| 10. Docteur Souleymane GUINDO | Gestion |
| 11. Monsieur Modibo DIARRA | Diététique-Nutrition |
| 12. Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA
(Ingénieur Sanitaire). | Hygiène du Milieu |

ASSISTANTS ET C.E.S.

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Docteur Bah KEITA | Pneumo-Phtisiologie |
| 2. Docteur Sékou SIDIBE | Orthopédie-Traumatologie |
| 3. Docteur Moussa I. MAIGA | Gastro-Entérologie |
| 4. Docteur Flabou BOUGOUDOGO | Microbiologie |
| 5. Docteur Mamadou A. CISSE | Urologie |
| 6. Docteur Drissa DIALLO | Matière Médicale |
| 7. Docteur Kader TRAORE | Médecine Interne |
| 8. Docteur Hamar Alassane TRAORE | Médecine Interne |
| 9. Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP | Chirurgie Générale |
| 10. Docteur Benoît KOUMARE | Chimie Analytique |
| 11. Docteur Nouhoum ONGOIBA | Chirurgie générale |
| 12. Docteur Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |

C.E.S.

1. Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
2. Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
3. Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie générale
4. Docteur Georges YAYA	Ophtalmologie
5. Docteur Mahamane S. ASKIA	Ophtalmologie
6. Docteur Amadou NDene DIALLO	Ophtalmologie
7. Docteur Abdou ISSA	Ophtalmologie
8. Docteur NDJIKAM	Ophtalmologie
9. Docteur Oumar BORE	Ophtalmologie
10. Docteur Aboubacrine A. MAIGA	Santé Publique
11. Docteur Dababou SIMPARA	Chirurgie
12. Docteur Mahamane TRAORE	Chirurgie
13. Docteur Mohamed Ag BENDECH	Santé Publique
14. Docteur Mamadou MAIGA	Dermatologie.

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

1. Professeur Tchqke LEOPOLD	Pharmacie Chimique
2. Professeur Ababacar FAYE	Pharmacodynamie
3. Professeur E.A. YAPPO	Biochimie
4. Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
5. Furaste	Pharmacie chimique.

PERSONNELS RESSOURCES

1. Docteur Madani TOURE	H.G.T.
2. Docteur Tahirou BA	H.G.T.
3. Docteur Amadou MAIKO	H.P.G.
4. Docteur Badi KEITA	H.G.T.
5. Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
6. Docteur Kassim SANOG	H.G.T.
7. Docteur Yéya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
8. Docteur Chompéré KONE	I.N.R.S.P.
9. Docteur BA Marie S. DIALLO	I.N.R.S.P.
10. Docteur Adama S. SANOG	I.N.R.S.P.
11. Docteur Almady DICKO	P.M.I. Sogoniko
12. Docteur Mohamed TRAORE	KATI
13. Docteur Arkia DIALLO	P.M.I. Centrale
14. Docteur Reznikoff	I.O.T.A.
15. Docteur TRAORE J. THOMAS	I.O.T.A.
16. Docteur Pierre BOBIN	Marchoux
17. Docteur Alain DELAYE	H.P.G.

DÉDICACES

Je dédie ce modeste travail à :

1. Toutes les femmes de la terre en général et en particulier à nos soeurs d'Afrique.

" IN - MEMORIAM "

2. **Mon regretté Père : Feu Docteur FARAN SAMAKE**

J'ai enfin approché ton souhait.

Un jour quand j'avais 16 ans, tu m'as dit, je cite

" Fifi, je veux que tu deviennes un jour comme moi, c'est à dire, un médecin... ". C'est pour cela que j'ai tenu à exhausser ce voeu même après ta mort.

Tu as été pour moi un ami, un conseiller et bref un digne père.

Brave homme, tu resteras pour moi un modèle admirable de courage, une source d'inspiration, j'aurai voulu que tu sois là aujourd'hui parmi nous, à partager cette joie tant voulue et attendue, mais comme un adage dit : " l'homme propose et Dieu dispose ".

Cher Père FARAN SAMAKE, que la terre te soit légère.

3. **À ma Mère : Salimata KONATE**

Ce modeste travail ne suffit certes pas à apaiser tes souffrances endurées. Puisse-t-il cependant t'apporter la preuve de l'amour que j'ai pour toi et que ces longues années de sacrifices ont été pour moi une expérience enrichissante.

Trouves-y un motif de consolation.

4. À mon Père adoptif MALAMANE SANOGO

Ce travail est le tien grâce à l'éducation rigoureuse que tu as donnée très tôt, nous avons pris un bon départ sur le chemin de la vie. Nous n'avons pas tardé à discerner le bien du mal et à aiguïser notre sens de l'honneur, de la dignité. Le mot me manque pour exprimer mes sentiments pour l'aide inestimable que tu m'as apportée dans la poursuite de ces études, pour ta disponibilité, ton dévouement.
**Pour tous les sacrifices auxquels tu as consenti,
Je dis merci, ainsi qu'à toute ta famille.**

5. À mon Mari :

- Ta patience
- Ton sacrifice
- Ta confiance
- Ton amour
- Ton aide

ont été d'un concours précieux dans la poursuite de ces études et dans l'élaboration de ce travail, qui est le couronnement de notre Amour. Voilà enfin, arrivé le jour attendu.

Puisse notre Amour continuer à triompher de façon éternelle de tous et de tout.

À mes Enfants (Faran, Sékou et Koyan)

Le chemin de la vie est long et sinueux, seul le courage et la détermination peuvent y triompher.

Vous avez été privés de chaleur et d'affection maternelles durant ces longues périodes d'épreuves. J'espère que ce travail sera pour vous un exemple de courage, une incitation à beaucoup mieux faire.

A vous mon éternel amour maternel.

7. À toutes mes Tantes :

- Tante Djénéba DJITEYE
- Tante Mama DIAKITE
- Tante Bety HAIDARA
- Tante Inna OUATTARA
- Tante Mariam KONATE.

Bref, toutes celles qui ne sont pas citées ici, vous m'avez toujours accepté comme votre fille aînée. Les mots me manquent pour exprimer mes sentiments pour l'aide inestimable que vous m'avez toujours apportée.
Je vous dis tout simplement merci.

8. À ma Belle Famille :

Vous m'avez toujours accepté en tant que membre à part entière de votre famille.
Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

9. À nos Frères, Sœurs, Cousins et Cousines :

Nous vous souhaitons courage et persévérance, que ce travail soit un modèle pour vous.

10. À tous nos Oncles :

Nous vous disons merci pour tous vos conseils, le soutien moral et l'aide que vous m'avez toujours apportés.

**11. À nos Amies, Nema SANGARA, Awa BA, Siro SIMBA
et Aminata GOTTA,**

À toutes mes Copines :

Qui de loin ou de près nous ont aidé à l'élaboration de cette Thèse.

**12. À tous les collègues de l'École de Médecine et à toute
notre Promotion.**

13. À tout le Personnel :

- De la Chirurgie "C"
- De la Maternité du Point G
- De la Maternité de l'hôpital Gabriel TOURE
- Des Centres de Santé des Communes
- Des Cabinets et Cliniques privés.

Pour votre collaboration franche et loyale

Tant appréciée - Soyez rassurés de notre profonde reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Sidy Uya SIMAGA :

- Professeur Agrégé en Santé Publique
- Chef du D.E.R de Santé Publique de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de présider notre jury de Thèse.

Votre immense expérience, vos nombreuses qualités humaines et votre très grande disponibilité font de vous un homme de grande générosité, doublé d'un intellectuel émérite et respecté.

Vous nous avez guidé dans notre travail en nous apportant vos précieux conseils et toute l'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise.

Votre sens critique et vos méthodes pédagogiques forcent l'administration, et nous nous réjouissons d'avoir eu la chance d'être votre élève.

Soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Monsieur le Professeur Amadou Ingré DOLO :

- Professeur Agrégé en gynéco-obstétrique
- Chef du service de la Maternité à l'hôpital du Point G.

Malgré vos occupations multiples, vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Vos qualités humaines, votre expérience, votre compétence font de vous un gynécologue de grande notoriété.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Monsieur le Professeur Hubert BALIQUE :

- Professeur de Santé Publique à l'Ecole de Médecine
- Conseiller Technique auprès de l'Ecole de Médecine.

Votre sens élevé du devoir, votre courtoisie et votre générosité font de vous l'homme providentiel. Vous nous avez dispensé des cours de Santé Publique en Médecine avec clarté, et initié à la manipulation de l'outil ordinateur tout au long de notre travail.

Vos conseils et vos critiques constructifs nous ont été bénéfiques durant nos recherches. Que Dieu fasse que vous restiez longtemps à nos côtés.

Trouvez ici nos remerciements.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE :

Monsieur le Professeur Mamadou Lamine TRAORE :

- Professeur Agrégé de chirurgie générale
- Chirurgien-chef de service de Chirurgie "C" à l'hôpital du Point G.

Malgré vos multiples sollicitations, vous avez bien voulu initier et diriger notre travail.

Nous avons toujours apprécié la clarté de votre enseignement et vos méthodes pédagogiques à travers vos cours de Pathologie Chirurgicale à l'Ecole de Médecine. Tout au long de notre formation, nous avons bénéficié de votre immense compétence et votre disponibilité légendaire, nous en avons abusé, vous dérangeant à tout moment pour avoir un renseignement, recevoir un conseil ou orienter notre travail.

Nous ne pouvons taire par ailleurs le sentiment que, pour nous, vous êtes " le vieux " de la Médecine, c'est-à-dire l'homme de sagesse, de savoir, auprès duquel on se lasse pas de s'instruire. Nous vous resterons très attachés. Notre souhait de tout instant est que vous restez longtemps avec nous, afin que nous puissions à satiété à votre source intarissable d'immenses connaissances.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1.
1. Définition	2.
2. Historique	2.
a)	
b) Aperçu général sur le District	3.
c) La Politique Sanitaire du District	3.
3. Importance des consultations prénatales	4.
4. Objectifs	5.
II. METHODOLOGIE	6.
1. Moyens de Recueil des données	7.
a) Enquête dans les formations sanitaires	7.
b) Enquête ^{dans} les quartiers	8.
2. Cadres d'Etude	8.
a) L'Hôpital du Point "G"	9.
a.1 Le Service de Maternité du Point "G"	9.
b) L'Hôpital Gabriel TOURE	10.
c) Les Centres de Santé	11.
3. Saisie et Analyse des données	12.

III. RESULTATS ET INTERPRETATIONS	13.
A./ Importance Numérique et Fréquence des Consultations Gynéco-obstétricales dans le District.	14.-16.
B./ Les Enquêtes	17.
1. Enquêtes dans les formations sanitaires du District	17- 29.
2. Enquêtes au niveau des quartiers	30.-42
C./ Principales Affections rencontrées dans les consultations gynéco-obstétricales et parmi elles celles qui aboutissent à un traitement chirurgical.	43.-44.
D./ Estimation du coût dans les consultations gynéco-obstétricales du District.	45.-46.
IV. CONCLUSION ET DISCUSSIONS	47.-49
V. RECOMMANDATIONS	50.-51.
ANNEXES	52.-59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60.-62.
SIGLES ET ABREVIATIONS DE LA THESE.-	63.-64.

I.

INTRODUCTION

1. DEFINITION

La femme, en Afrique est considérée comme un être spécifiquement conçu pour la procréation et la production familiale (1). Mais à l'heure actuelle une autre donnée du problème admet que la femme doit tout comme l'homme, être utile socialement et économiquement pour s'accomplir (2), pour son propre bien-être et celui de ses enfants. Pour cela rien ne devrait donc compromettre inutilement ou menacer sa santé.

Tout cela n'est possible que lorsque les conditions socio-économiques de la femme seront améliorées. D'où une prise en charge effective des femmes par les services spécialisés en gynécologie et en obstétrique.

La gynécologie par définition est une spécialité médicale consacrée à l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital, tout du point de vue physiologique que du point de vue pathologique (3).

L'obstétrique de son côté est considérée comme l'art des accouchements (4).

2. HISTORIQUE

a) Dans les temps anciens, la grossesse considérée comme une certaine maturation féminine, a toujours préoccupé les esprits du fait des risques de mortalité maternelle.

- Bien avant l'ère chrétienne, le problème de mortalité maternelle constituait une préoccupation (5).

- Diverses solutions ont été envisagées dans le temps pour soustraire la femme de ce danger, qu'il s'agisse de pratiques magiques, ou de techniques manuelles ou instrumentales (6), ou même de simples conseils. C'est ainsi qu'en guise de prévention contre certains facteurs de risque au cours de la grossesse : certains auteurs ont pu dégager des solutions, et par mieux :

. TARNIER (1828-1887), face au problème posé par l'éclampsie a préconisé le régime lacté pour prévenir les accidents gravissimes.

. En Hollande DESNOO a insisté sur le régime désodé comme base essentielle de la prophylaxie de l'éclampsie (7).

- Au cours des temps la gynécologie a toujours été sous la dépendance d'une autre discipline : tantôt la médecine générale, tantôt la chirurgie, tantôt l'obstétrique. Peu à peu, elle est devenue une véritable spécialité avec ses nouvelles méthodes d'examen et, ses moyens thérapeutiques perfectionnés dans ces dernières années (8).

b) Aperçu général sur le district de Bamako

Créé en 1977, le district de Bamako est une circonscription de l'état et une collectivité décentralisée, dotée de la personnalité morale et l'autonomie financière (9), avec une superficie de 267 Km² et une population de 735.424 habitants dont 51% de femmes contre 49% d'hommes. Il est dirigé par un gouverneur du district, relevant à son tour du Ministère de l'intérieur, de l'administration territoriale et du développement à la base.

c) La politique sanitaire du District

En dépit des ressources financières assez limitées, les efforts sont de plus en plus orientés vers une politique d'organisation adéquate et concrète des structures sanitaires.

Chacune des six (6) communes du District est dotée d'un centre de santé principal, auquel sont rattachées d'autres structures sanitaires accessoires (PMI, Maternités, dispensaires).

On sait par ailleurs que deux de nos trois hôpitaux nationaux (hôpital du Point G, hôpital Gabriel TOURE) sont situés géographiquement sur le territoire du district.

Ces deux grands hôpitaux sont rattachés à la Direction Nationale de la Santé Publique; tandis que les différents Centres de Santé des communes sont rattachés à la Direction Régionale de la Santé du District.

Parallèlement à ces services sanitaires publics et du fait de la privatisation de la profession médicale, nous assistons à la création d'établissements médicaux privés (essentiellement cabinets de consultation et cabinets de soins infirmiers), sans oublier l'apparition de clinique de l'AMPPF = Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille, clinique Farako et clinique du Docteur Diakité Mariam etc.)

Force est de reconnaître que dans toutes ces formations sanitaires qu'elles soient privées ou publiques, un accent semble particulièrement mis sur la santé de la femme et des enfants.

3. IMPORTANCE DES CONSULTATIONS PRENATALES

4.

En Afrique, les chiffres de la mortalité maternelle sont très élevés et redoutables (environ 600 décès pour 100.000 naissances vivantes contre 2 à 1 seulement dans les pays développés (10).

La proportion de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement est assez considérable. Le taux de mortalité proportionnelle semble avoir regressé de 134‰ en 1976, à une valeur minimale de 61‰ en 1979 (11).

Ce taux minima de 61‰ n'est point négligeable et doit inciter à cerner davantage le problème de Santé Publique posé par la mortalité liée à la gravidopuerpéralité (12).

Pour palier à cette situation, le Ministère de la Santé Publique de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine a donné une place importante à la mère et à l'enfant, et cela à travers la structure spéciale de la Division Santé Familiale et Communautaire dont les activités vont du niveau central jusqu'au niveau le plus périphérique.

Actuellement les consultations gynécologiques sont essentiellement suivies par les femmes alors que par exemple dans la stérilité du couple la présence de l'homme et de la femme est nécessaire.

En d'autres terme le suivi correct des femmes par les consultations gynéco-obstétricales permet :

. De prévenir un certain nombre de problèmes aux conséquences redoutables dont : les inflammations pelviennes/sequelles des infections), les grossesses ectopiques, les fistules, sténoses et paralysies obstétricales, le prolapsus génital, les conséquences des hémorragies obstétricales etc. (13).

. De réduire le taux de mortalité des femmes en âge de procréer.

4. OBJECTIFS

Notre travail est le premier du genre qui a été fait dans le cadre de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie. Il a été effectué pendant une période de douze mois (Du 1er Janvier 1990 Au 31 Décembre 1990). Les objectifs de ce travail sont les suivants :

1. Déterminer l'importance numérique des consultations gynéco-obstétricales et leur fréquence dans le District de Bamako.
2. Rechercher les liaisons existantes entre les lésions rencontrées et les divers paramètres :
 - Age
 - Ethnie
 - Profession du Mari
 - Profession Femme
 - Statut matrimonial
 - Niveau d'alphabétisation
 - Religion
 - Antécédents (médicaux, chirurgicaux et obstétricaux)
 - Motifs de consultation
 - Examens gynécologiques
 - Examens complémentaires
 - Types de traitement.
3. Déterminer les principales étiologies rencontrées dans les consultations gynéco-obstétricales dans le District et sélectionner parmi elles, celles qui aboutissent à un traitement chirurgical.
4. Estimer le coût des consultations gynéco-obstétricales dans certains cas particuliers.

II.
METHODOLOGIE

1. MOYENS DE MATERIEL DES DONNEES

Nous nous servons de deux types d'enquêtes :

- Une enquête socio-sanitaire effectuée dans les formations sanitaires
- Une enquête sociale menée dans les quartiers auprès des femmes.

a) Enquête dans les formations sanitaire :

Deux fiches distinctes ont été élaborées (voir annexes) :

- Une fiche pour consultations gynécologiques
- Une fiche pour consultations prénatales.

. Au Niveau des Centres de Santé

Etant donné le temps assez court qui nous était imparti, nous avons pris dans chaque formation sanitaire 50 femmes en gynécologie et 50 femmes en obstétrique.

. Au Niveau des Hôpitaux

A l'hôpital du Point G : Nous avons suivi 200 femmes (100 femmes en gynécologie et 100 femmes en obstétrique).

Chacune des fiches comportait les renseignements sur l'identité de la femme, les antécédents, ses motifs de consultation, l'examen physique, le diagnostic, le traitement et les examens complémentaires effectués. Les fiches étant individuelles.

Aux fiches gynécologiques, nous avons joint une fiche intitulée "Itinéraire Thérapeutique de la femme", qui a plusieurs avantages. Elle permet :

- De savoir le passé gynécologique de la femme et le personnel sanitaire qu'elle a déjà sollicité.
- De se rendre compte de la fidélité de la consultante.

A l'hôpital Gabriel TOURE : Les consultations prénatales ne faisant pas partie des activités du service de maternité, nous avons uniquement tenu compte des consultations gynécologiques.

A cet effet, seule la fiche gynécologique a été utilisée. A partir d'un échantillon de 100 femmes, nous avons pu déterminer :

- Le coût des principaux diagnostics rencontrés dans les consultations.
- Parmi les différentes affections, celles qui aboutissent à un traitement chirurgical. Ces deux derniers points n'ayant pu être étudiés au Point G.

b) Enquête dans les quartiers

Elle a été menée au niveau de vingt neuf (29) quartiers de Trente (30) grappes (le quartier de Banconi ayant en 2 grappes) - Ces quartiers ont été tirés au hasard en se servant de la table " des chiffres au hasard " .

Dans chaque grappe, nous avons sondé au moins un vingtaine de femmes dont la tranche d'âge se situe entre 14 et 50 ans, avec une moyenne de 7 à 8 foyers visités, soit 658 femmes au total effectuée à partir des fiches d'enquêtes (voir annexes), cette enquête a consisté à noter :

- L'identité de la femme
- Les réponses à un certain nombre de questionnaires à la fréquentation ou non des consultations gynéco-obstétriques par les femmes.

2. CADRES D'ETUDE

Nous avons choisi comme cadres :

- Les deux grands hôpitaux (Point G et Gabriel TOURE)
- Les Centres de Santé de Commune bénéficiant des prestations de médecins spécialistes en gynéco-obstétriques (Missira, Sogoniko, Korofina, PMI Centrale, Hamdallaye, Quartier-Mali).

Dans les autres formations sanitaires publiques (dirigées par les médecins généralistes) et privées, nous nous sommes limitées à recueillir les statistiques non seulement pour les consultations gynécologiques et obstétricales, mais aussi pour les autres types de consultations.

a) L'Hôpital du Point G.

Situé sur la colline du Point G à quelques Kilomètres au Nord-Est du centre ville de Bamako, il fut créé en 1910.

Il correspond à un centre hospitalier universitaire, doté de ce fait de structures acceptables pouvant faire faces aux différentes prestations en Médecine et en Chirurgie. A cet effet, il comporte plusieurs services dont le service de maternité.

a1. Le Service de Maternité du Point G

. Création : Il fut créé en 1910. Il est doté :

- D'une salle de consultations gynécologiques
- D'une salle de consultations obstétricales au rez-de-chaussées
- D'une salle d'accouchement
- D'un bloc opératoire
- D'une salle d'examen échographique
- De salles de garde pour Infirmière, Sage-femme et Médecin.
- De salles d'hospitalisation comportant 26 lits
- Une grande salle de 8 lits pour les opérées récentes.

. Organigramme : Ce service de maternité est dirigé par un médecin-chef spécialiste en gynéco-obstétrique.

Le Médecin-chef est secondé par deux Médecins également spécialistes en gynéco-obstétrique :

- 9 Sages-femmes dont la Sage-femme maîtresse
- 1 Infirmière
- 2 Aides-soignantes
- 2 Aides-chirurgiens affectés au bloc opératoire
- 1 Infirmier d'Etat Major.

. Activités : Des activités sont assez variées, et sont :

- Les consultations gynécologiques : Elles sont menées par les Médecins gynéco-obstétriciens, chacun des 3 Médecins ayant 2 jours de consultations dans la semaine. Chaque malade est enregistrée sur une fiche individuelle comportant sa filiation, ses motifs de consultation, ses antécédents, le diagnostic et le traitement (conduite à tenir).

- Des consultations obstétricales : sont effectuées au rez-de-chaussées par des Sages-femmes. Elles se font à partir des carnets maternels individuels qui comportent la filiation de la femme, l'âge de la grossesse, et différents autres paramètres.

Des AICD et les différentes analyses de labo permettent de juger de l'évolution correcte ou non de la grossesse (poids, hauteur utérine, BDC, MF, oedèmes, albumines, sucres dans les urines, état du col, TA et une colonne d'observation.

- Les interventions chirurgicales sont effectuées par les Médecins.
- Les accouchements sont menés par les Sage-femmes
- La visite interne des hospitalisées est menée par les médecins assistés de la Sage-femme maîtresse et du Major.

b) L'Hôpital Gabriel TOURE

Portant le nom du jeune stagiaire médecin qui fut contaminé par un malade atteint par la peste, il fut créé le 17 Février 1959, situé en plein centre ville de Bamako, il constitue centre hospitalier à accès facile. A cet effet, il donne lieu à presque toutes les prestations en Médecine et en Chirurgie. Comme l'hôpital du Point G, il comporte :

- Un Service de Maternité :

. Création : Il est situé à l'étage du " Pavillon INPS ", et comporte :

- * 3 bureaux de consultations gynécologiques
- * Une salle d'accouchement
- * Une salle de pansement
- * Un bureau pour les infirmiers majors
- * Des salles de gardes pour Médecins, Sages-femmes et Infirmiers.

. Organigramme : Le service de Maternité de l'hôpital Gabriel TOURE est dirigé par un médecin-chef spécialiste en gynéco-obstétrique :

- Le Médecin-chef est aidé dans sa tâche par cinq (5) Médecins

- * 5 Médecins
- * 33 Sages-femmes
- * 2 Infirmiers d'état
- * 15 Aides-soignantes
- * 6 Manoeuvres.

. Les Activités : Sont assez diverses et sont :

- Les consultations gynécologiques menées par les Médecins spécialistes en gynéco-obstétriques.

Au cours de ces consultations, chaque malade est enregistrée sur un registre de consultation qui comporte la date, l'identité de la patiente, le diagnostic et le traitement (conduite à tenir).

- Les interventions chirurgicales sont effectuées par les Médecins.
- Les accouchements effectués par les Sages-femmes
- La visite interne des malades hospitalières est menée par les Médecins chaque jour, assistés par les Infirmiers.

c) Les Centres de Santé :

Ils sont tous dirigés par des Médecins-chefs de Centre de Santé. A ces Centres sont rattachés d'autres structures sanitaires accessoires (PMI, Maternité, Dispensaire).

Pratiquement tous ces Centres de Santé à l'exception de la Commune IV, bénéficient des prestations de Médecins spécialistes en gynéco-obstétrique, qui sont parfois les Médecins-chefs de Centre de Santé (PMI Centrale et Quartier-Mali. En effet, en Commune IV seule la Maternité d'Hamdallaye est dirigée par une gynéco-obstétricienne.

Chaque Centre de Santé dispose d'au moins de deux Médecins, des Sages-femmes, des Infirmiers d'Etat, Infirmières, Infirmiers, Aides-soignantes, de manoeuvres.

Ici également, on note plusieurs activités réparties à différentes sections, elles mêmes comportant des unités. Ainsu nous avons :

- La Section femmes
- La Section enfants
- Le Laboratoire existant dans certains Centres
- Service social.

Ainsi par exemple, la Section femmes est divisée en :

- Unité gynécologique
- Planning familial
- Consultations prénatales
- Consultations post-natales.

La Section enfants comporte :

- L'unité de consultations des enfants malades.
- L'unité pour la surveillance des enfants sains.

3. SAISIE ET ANALYSE DE DONNEES

Ils ont été possibles grâce aux fiches de consultations gynécologiques et à l'ordinateur Marke (Bull Micral) de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie. Nous avons également fait la saisie des données de l'enquête menée dans les quartiers.

Nous avons ainsi saisi les données de 658 fiches dans les quartiers et de 551 fiches dans les formations sanitaires, et procédé à leur analyse et un calcul de CHI 2. (pour les enquêtes des quartiers).

L'analyse s'est effectuée grâce aux tableaux croisés élaborés par l'ordinateur.

III.

RÉSULTATS ET INTERPRÉTATIONS

A./ IMPORTANCE NUMERIQUE ET FREQUENCE DES CONSULTATIONS GYNECO-OBSTETRIQUES DANS LE DISTRICT.

Dans ce chapitre, il s'agit d'évaluer le nombre de consultations gynéco-obstétricales et la proportion qu'elles représentent dans l'ensemble de s activités sanitaires du District. Pour ce faire, nous avons collecté les relevés statistiques au cours de l'année 1990, ceci à partir des registres de consultation ou de fiches d'observations disponibles au niveau des structures étatiques et privés.

C'est ainsi qu'ont été visité les centres hospitaliers (hôpitaux nationaux et cabinet médical), les Centres de Santé des Communes, l'Institut National de Prévoyance Sociale, le secteur privé formel.

L'évaluation de la part des activités gynéco-obstétricales pra rapport à l'ensemble des activités sanitaires menées est consignée dans le tableau n° A 1.

Tableau A 1.

Formations Sanitaires	Centres Hôpitaux - Tiers = - Hôpital du Point G - Hôpital Gabriel TOURE. - Cabinet Médical.	Centres de Santé des Communes : I, II, III, IV, V, VI.	Institut National de Prévoyance Sociale (INPS).	Cabinets et Cliniques privés.	TOTAL/Fréquence de consultations Gynéco-obstétriques - les par rapport aux consultations dans le District.
Consultations gynéco-obstétricales.	15.829	98.802	33.459	20.306	168.396
Consultations en Médecine	86.196	337.444	274.208	15.351	713.199
Consultations en Chirurgie	19.265	0	0	0	19.265
Fréquence des Consultations gynéco-obstétricales par rapport aux autres types de consultations.	13,04%.	22,64%.	10,87%	5,94%	18,69%

De ce tableau, on retient que les consultations gynéco-obstétricales représentent des proportions variables selon les structures, constituent :

- 10,97% pour l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS)
- 22,64% pour les Communes
- 13,04% pour les Centres hospitaliers
- 56,94%.

La prise en charge de tous les besoins de santé des travailleurs et de leur famille fait que l'INPS assure, bien qu'il n'ait pas toujours le personnel et le matériel nécessaires, les activités de gynéco-obstétrique.

Ces chiffres s'élèveraient certainement si, l'enregistrement était mieux fait dans les hôpitaux, si toutes les consultations gynéco-obstétricales effectuées dans les services de Médecine ou de Chirurgie étaient mentionnées comme telles, et si l'accueil réservé aux femmes était plus satisfaisant, rassurant alors les femmes et les motivant davantage à effectuer les consultations. Faut-il souligner aussi que nous n'avons pas pris en compte les consultations effectuées dans les Cabinets de Soins.

De ce tableau il ressort également que :

- a) La fréquence des consultations gynéco-obstétricales dans les formations étatiques est égale à 17,11%.
- b) La fréquence des mêmes consultations dans le secteur privé est égal à 56,94%.

Il apparaît ainsi que cette fréquence est plus élevée dans le secteur privé où les praticiens installés sont en majorité des gynéco-obstétriciens et de ce fait, la gynéco-obstétrique est l'activité dominante de ces privés.

- c) Si l'on fait le bilan global, la fréquence des consultations gynéco-obstétricales par rapport aux autres types de consultations (en Médecine et en Chirurgie), dans le District de Bamako est égale à 18,69%.

B./ LES ENQUETES

1. ENQUETES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DU DISTRICT.

Pour mieux élucider ici, les objectifs que nous nous sommes fixés dès le début de ce travail, notre étude a été menée de manière plus approfondie.

A cet effet, nous avons voulu dégager une liaison existant entre les principaux diagnostics rencontrés dans les consultations gynéco-obstétricales et un certain nombre de paramètres :

- Age
 - Ethnie
 - Profession de la femme
 - Profession du Mari
 - Niveau d'alphabétisation de la femme
 - Statut Matrimonial de la femme
 - Gestation
 - Antécédents (ATDC) = Médicaux, Chirurgicaux et Obstétricaux.
 - Motifs de consultation
 - L'Examen gynécologique de la femme
 - Les examens complémentaires
 - Le traitement.
- Nous avons ainsi établi des tableaux croisés des diagnostics fréquents par les paramètres ci-dessus énumérés et au calcul CHI 2, à l'exception du paramètre âge.

Tableau a. des Moyennes d'âge

Il s'agit de la comparaison des moyennes arithmétiques d'âge selon les classes de diagnostics fréquents.

ENQUÊTE CONSULTATION/GYNÉCO-OBSTRICIALE/ DISTRICT

30/01/1991

COMPARAISON DES MOYENNES ARITHMETIQUES DE L'ÂGE SELON
LES CLASSES DE DITCS FREQUENTS.

(AN)

TABLEAU DES MOYENNES D'ÂGE

	Moyenne	Ecart-type	Effectif	Int. Confiance Moyenne
Inf. Génit.	28.64539	8.55247	141	27.2337 / 30.05708
Inf. Urin.	26.90476	5.412068	21	24.58996 / 29.21954
Fib. Ut.	35.7	11.079124	20	30.84435 / 40.55565
Prolapsus	34.5	14.84924	2	13.92 / 55.08
Cervicite	32.15385	13.53912	13	24.7939 / 39.5138
Stérilité	26.27551	5.862305	98	25.11484 / 27.43619
Ménaupose	44.90909	4.276777	11	42.38168 / 47.43651
GEU	22	0	1	22 / 22
Endométr.	28.66667	3.444809	6	25.91025 / 31.42309
Saïpng.	27.95	6.484598	20	25.108 / 30.792
Grossesse	27.59375	7.930594	32	24.84594 / 27.96852
Tble CYC.	26.22846	6.470765	53	24.48431 / 28.44257
T. Ovarin	26.53846	3.502743	13	24.63435 / 28.44257
Avort. Inc.	24.125	7.100051	8	19.20492 / 29.04509
Vaginite	25.31429	5.76384	35	23.40472 / 27.22385
Malf. Cong.	0	0	0	
Dysmen.	20.375	4.373214	8	17.34452 / 23.40548
Ménoce Av.	32.5	3.535534	2	27.6 / 37.4
18	26.91667	7.513119	12	21.66572 / 30.16762
19	26.80769	7.975059	26	23.74218 / 29.87321
TOTAL	27.89272	8.111744	522	27.19684 / 28.5886

Attention les effectifs d'au moins une classe sont trop faibles

ANALYSE DE LA VARIANCE D'ÂGE

Analyse de la variance impossible

TOTAL CAS VALIDES = 522 soit 94,7% du total.

Nous constatons d'après ce tableau des âges que la moyenne d'âge est volontiers basse dans certaines affections par exemple les troubles du cycle, alors que au contraire les affections telles que le prolapsus, les fibromes chez les femmes relativement âgées.

Tableau 6 croisé de diagnostics fréquents par Ethnie.

Diagnostic fréquences.	Bamana		Peulh		Sonrhaj		Malinké		Sarakolé		Kassonké		TOTAL	Fréq. Princip. Diagos./ Effectif Total.
	Effec- tifs.	Fré- quen- ce.	Effec- tifs.	Fré- quen- ce.	Effec- tifs.	Fré- quen- ce.	Effec- tifs.	Fré- quen- ce.	Effec- tifs.	Fré- quen- ce.	Effec- tifs.	Fré- quen- ce.		
Infections généto- urinaires.	74	31,9%	45	19,4%	12	5,2%	27	10,3%	38	16,4%	7	3%	232	44%
Tumeurs pelviennes	10	29%	7	20,6%	1	2,9%	5	14,7%	5	14,7%	2	5,8%	34	6,5%
Prolapsus génital	1	33%	2	66%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	0,57%
Stérilité	23	23,5%	19	19,4%	9	9,2%	13	13,3%	11	11,2%	6	6,1%	98	18,7%
Troubles du cycle.	17	33%	10	19,6%	4	7,8%	9	17,6%	9	17,6%	1	2%	51	9,7%
Grossesse	6	25%	3	9%	3	9%	3	9%	5	15,6%	3	9%	32	6,12%
Avortement	3	37,5%	1	12,5%	0	0%	0	0%	1		2	12,5%	8	1,5%
19 = Autres	15	35,7%	5	11,9%	2	4,7%	6	14,3%	5	11,9%	4	9,5%	42	8%
TOTAL	155		97		31		65		77		25		523	

Pour rendre le calcul CHI 2 possible, et du fait de la dispersion assez grande des données (si l'on considérait toutes les ethnies), nous nous sommes limités aux six ethnies qui sont représentées à des proportions relativement grandes : Bamana, Peulh, Sonrhaj, Malinké, Kassonké, Sarakolé.

N.B : Dans les tableaux suivants, 19 = autre = tous les diagnostics non signalés ici (Bartholinite, Grossesses extraordinaires, Ménopause, Malformation congénitale etc.).

Les infections génito-urinaires sont de loin le plus fréquentes (44%), suivies de la stérilité (18,7%). Le prolapsus génital par contre se présente à une proportion très faible de l'effectif total (0,57%) et cette affection se rencontre à près de 66% dans l'ethnie peulh et 33% chez les Bamana, et ne se rencontre pratiquement pas dans les autres ethnies. ceci s'explique par le fait que les bamana et les peulh sont représentés à des proportions très grandes par rapport aux autres ethnies.

C'est ainsi que les infections génito-urinaires, (31,8%) les tumeurs pelviennes (29%) par exemple se rencontrent chez les Kassonké pour les mêmes affections.

En revanche à part le prolapsus génital, tous les principaux diagnostics évoqués se rencontrent chez les six ethnies représentées ici (même si c'est à des proportions inégales).

Signalons que les diagnostics (autres) sont représentés à 8% de l'effectif total.

Tableau croisé c de diagnostics fréquents par profession de la femme.

Profession de la femme	Fonctionnaires.		Ménagères		Commerçantes.		Artisanes		Employées de Maison.		Autres.		TOTAL	Fréq. Princip. Diagos. / Effectif Total.
	Effectifs.	Fréquence.	Effectifs.	Fréquence.	Effectifs.	Fréquence.	Effectifs.	Fréquence.	Effectifs.	Fréquence.	Effectifs.	Fréquence.		
Infections génito-urinaires.	13	9,6%	70	51,8%	18	13,3%	2	1,5%	4	2,3%	26	20,7%	135	31,6%
Tumeurs pelviennes	4	14,8%	19	70,4%	1	3,7%	1	3,7%	0		2	7,4%	27	6,36%
Prolapsus génital	0		2	66%	0		0		1	33%	0		3	0,7%
Stérilité	17	17%	76	76%	3	3%	1	1%	1	1%	2	2%	100	23,6%
Troubles du cycle.	7	10,3%	37	54%	7	10,3%	5	7,3%	1	1,5%	11	16,2%	68	16%
Grossesse	1	2,9%	25	73,3%	6	17,6%	0		0		2	5,8%	34	8%
Avortement	0		7	77,7%	1	11%	0		0		0	11%	9	2,12%
19 - Autres	5	1,6%	17	54,8%	3	3,7%	0		4	12,9%	2	6,4%	31	7,3%
TOTAL	47		253		39		9		11		48		424	

Les ménagères représentent plus de la moitié de l'effectif (253 soit 69,5%).

Pour tous les principaux diagnostics, leurs effectifs sont plus élevés.

Les infections génito-urinaires (31,8%) et la stérilité (23,6%) se rencontrent chez toutes les catégories socio-professionnelles. Mais aussi à des proportions élevées de l'effectif total. La fréquence des infections génito-urinaires est plus élevée chez les Ménagères et les sans Profession (31,8% et 20,7%).

Ce qui est plus au moins lié aux conditions d'hygiène de tous les jours, elles mêmes étant liées aux conditions de vie économiques. Par ailleurs, les femmes fonctionnaires font moins d'infections génito-urinaires, de même que le diagnostic grossesse est peu fréquent chez elles. En effet, elles sont mieux sensibilisées en matière d'hygiène et de politique d'espacement des naissances.

Le prolapsus génital semble être le diagnostic le moins évoqué (0,7%) = affection qui se rencontre beaucoup plus chez les grandes multipares et les femmes ayant déjà eu des épisodes de dystocies.

Aussi, les avortements apparaissent à 2,12%. Ce taux faible par rapport à l'effectif total pourrait s'expliquer par le fait que ces avortements pour la majorité des cas s'effectuent dans la clandestinité et, le Médecin ne reçoit la femme qu'au stade de complications.

Tableau croisé d. diagnostics fréquents par Profession du Mari.

De la même manière que pour la profession de la femme, nous avons classé les différentes catégories professionnelles en 7 groupes.

Les autres représentent : les étudiants, les aventuriers, les retraités etc...

Profession du Mari.	Fonctionnaires		Commerçants.		Artisans		Eleveurs Pêcheurs Paysans.		Ouvriers		Militaires		Autres		TOTAL	Fréq. Diagnos. Princip. Effectif Total
	Ef-fectif.	Fré-quence.	Ef-fectif.	Fré-quence.	Ef-fectif.	Fré-quence.	Ef-fectif.	Fré-quence.	Ef-fectif.	Fré-quence.	Ef-fectif.	Fré-quence.	Ef-fectif.	Fré-quence.		
Infections génito-urinaires	76	33%	36	15,7%	2	0,87%	14	6%	27	11,8%	6	2,6%	68	29,7%	229	45,8%
Tumeurs pelviennes.	10	32%	6	13,3%	1	3,2%	3	9,7%	4	12,3%	1	3,2%	6	19,3%	31	6,2%
Prolapsus génital.	1	33%	0		0		2	66,6%	0		0		0		3	0,6%
Stérilité	39	20,5%	16	8,4%	1	0,53%	13	6,8%	16	8,4%	1	0,55%	9	4,7%	190	38%
Trouble du cycle.	5	4,8%	11	10,6%	6	5,7%	3	2,8%	12	11,5%	3	2,8%	12	11,5%	104	20,8%
Grossesse	7	16,9%	10	27%	1	2,7%	0		8	21,6%	0		11	29,7%	37	7,4%
Avortement	1	7,7%	2	15,3%	0		0		2	15,3%	0		8	61,5%	13	2,6%
19 = Autres	4	11,7%	5	14,7%	6	17,6%	7	20,6%	4	11,7%	0		8	23,5%	34	6,8%
TOTAL	143		85		17		41		73		11		122		500	

La fréquence des infections génito-urinaires est plus élevée par rapport aux autres fréquences de l'affectif total, suivie de la stérilité et des troubles du cycle ; et toutes ces 2 affections peuvent découler de manière directe ou indirecte des infections.

Tout ceci s'explique en partie par une certaine liberté sexuelle, notamment au sein des catégories socio-professionnelles plus ou moins aisées (fonctionnaires, commerçants, ouvriers).

Le prolapsus génital et les avortements occupent toujours le bas de l'échelle.

Tableau croisé e. diagnostics fréquents au Niveau d'alphabétisation de la femme.

Niveau d'alphabétisation. Diagnostic fréquences.	Bamana		Peulh		Sonrhaï		Malinké		Sarakoïé		Kassonké		TOTAL	Fréq. Princip. Diagos./ Effectif Total.
	Effec-tifs.	Fré-quence.	Effec-tifs.	Fré-quence.	Effec-tifs.	Fré-quence.	Effec-tifs.	Fré-quence.	Effec-tifs.	Fré-quence.	Effec-tifs.	Fré-quence.		
Infections génito-urinaires.	29	12,6%	90	39,3%	8	3,5%	2	0,8%	6	2,6%	94	41%	229	45,5%
Tumeurs polypieuses	3	8,8%	16	47%	0		0		0		15	44%	34	6,7%
Prolapsus génital	0		0		0		0		0		3		3	0,6%
Stérilité	9	9%	31	31,6%	3	3%	0		2	2%	53	54%	98	19,5%
Troubles du cycle.	6	11,3%	15	28,3%	2	3,7%	2	3,7%	2	3,7%	26	49%	53	10,5%
Grossesse	2	6,25%	8	25%	0		1	3%	1	3%	20	62,5%	32	6,36%
Avortement	2	25%	1	12,5%	0		0		0		5	62,5%	8	1,6%
19 = Autres	5	16,6%	8	26,6%	0		1	3,3%	1	3,3%	16	53%	30	5,9%
TOTAL	57		173		13		6		12		242		503	

Les femmes analphabètes ont un effectif très élevé (242 soit 48% de l'effectif total). Ceci dénote en part, du taux d'alphabétisation assez faible au sein de la population féminine. La réussite de tout programme de santé passe nécessairement par l'éducation des femmes. Cette éducation pourra contribuer à réduire l'incidence de certaines maladies. Par exemple les infections génito-urinaires et la stérilité sont plus fréquentes chez les analphabètes (41%) et les moins instruites (12,6%) alors que les mêmes affections se rencontrent à des proportions très faibles chez les femmes ayant le niveau universitaire (3,5%).

Les femmes du niveau universitaire et celles ayant fréquenté l'école coranique et le Médersa sont relativement peu représentées dans ce tableau. Ceci s'explique par le fait que, d'une part, que la majorité des jeunes filles ne vont pas loins dans les études au plutôt leurs études sont interrompues par le mariage précoce ou une grossesse "illégitime"; d'autre part, le taux de fréquentation des écoles coraniques et Médersa est très faible pour les filles que pour les garçons, et en plus ce sont des créations nouvelles.

Les infections génito-urinaires et la stérilité sont toujours à des proportions assez grandes (45,5% et 19,5% de l'effectif total), tandis que le prolapsus génital est peu fréquent.

Tableau croisé f. et diagnostics fréquents par Statut Matrimonial de la femme.

Statut Matrimonial. Diagnostics fréquents.	Célibataire		Mariées		Divorcées		Veuves		TOTAL	Fréquence Principaux diagnostics par effectif Total.
	Effectif.	Fréquence	Effectif.	Fréquence	Effectif.	Fréquence	Effectif.	Fréquence		
Infections génito-urinaires.	55	22,7%	162	75%	3	1,2%	2	0,8%	242	44,6%
Tumeurs pelviennes.	7	20%	27	77%	0		1	2,8%	35	6,45%
Prolapsus génital.	0		3	1%	0		0	0%	3	0,55%
Stérilité	4	3,9%	96	95%	1	0,99%	0		101	18,6%
Trouble du cycle.	18	29,5%	43	70,5%	0		0		61	11,25%
Grossesse	3	9%	29	87,8%	0		1	3%	33	6%
Avortement	2	22%	7	77,7%	0		0		9	1,66%
19 = Autres	8	17,4%	38	82,6%	0		0		46	8,5%
TOTAL	98		436		4		4		542	

Dans le tableau on constate que les infections génito-urinaires existent au sein de toutes les couches sociales avec une prédominance chez les mariées et les célibataires. De plus chez les femmes mariées en plus des infections génito-urinaires, d'autres diagnostics sont très fréquents (grossesse, stérilité, trouble). Nous pouvons dire pour expliquer cela que les femmes mariées accusent une phase d'activité sexuelle et procré

Par contre, les célibataires, Divorcées et Veuves présentent moins de cas de stérilité. Ceci se comprend aisément si l'on sait combien ces catégories sociales luttent pour éviter de tomber enceintes, à plus forte raison d'en che

Tableau 9. croisé diagnostics fréquents par Gestation de la femme.

Statut Matrimonial.	0		1. à 2.		3. à 5.		6. à 7.		9. à 12.		TOTAL	Fréquence Principaux diagnostics par effectif Total.
	Effectif.	Fré- quence	Effectif.	Fré- quence	Effectif.	Fré- quence	Effectif.	Fré- quence	Effectif.	Fré- quence		
Diagnosticse fréquences.												
Infections génito-urinaires.	54	29,5%	76	31,6%	60	25%	31	18,9%	19	7,9%	240	46,6%
Tumeurs pelviennes.	8	18,6%	11	25,6%	9	20,9%	12	27,9%	3	6,9%	43	8,3%
Prolapsus génital.	0		0		0		1	50%	1	51%	2	0,4%
Stérilité	32	31,7%	48	47,5%	16	15,8%	5	4,95%	0		101	19,6%
Trouble du cycle.	15	30,6%	16	32,6%	12	24,3%	5	10,2%	1	2%	49	9,5%
Grossesse	2	6,23%	8	25%	12	37,5%	5	15,6%	5	15,6%	32	6,2%
Avortement	0		3	33%	3	33%	0		3	33%	9	1,7%
19 - Autres	6	20%	9	30%	8	26,6%	4	13,3%	3	10%	30	5,8%
TOTAL	121		174		120		64		36		515	

A partir de 10 grossesses on note une baisse de la fréquence des principaux diagnostics. Ceci dénote de l'approche de la ménopause chez les femmes à cette période, mais aussi de leurs activités génitales assez réduites.

Les infections génitales existent aussi bien chez les multipares avec une prédominance chez les femmes ayant au maximum 2 grossesses.

La fréquence des infections et de la stérilité demeurent toujours élevé sur l'effectif total.

Tableau II. croisé de diagnostics fréquents par antécédents (ATCD).

Antécédents médicaux

R.A.S. = Rien à signaler.

ATCD Médicaux.	R.A.S.		Hypertension artérielle		Ictère		Cardiopathies		Bilharziose.		TOTAL	Fréquence Principaux diagnostics par effectif Total.
	Effectif.	Fréquence	Effectif.	Fréquence	Effectif.	Fréquence	Effectif.	Fréquence	Effectif.	Fréquence		
Diagnosics fréquents.												
Infections génito-urinaires.	167	77%	8	3,7%	15	6,9%	13	6%	13	6%	216	39,9%
Tumeurs pelviennes.	20	76,9%	2	7,7%	4	13,4%	0		0		26	4,8%
Prolapsus génital.	2	66,6%	0		0		1	33,3%	0		3	0,55%
Stérilité	81	86%	2	2%	6	6,4%	2	2%	3	3,2%	94	17,4%
Trouble du cycle.	33	78%	0		5	9,8%	3	6%	3	6%	50	9%
Grossesse	20	74%	2	7,4%	2	7,4%	3	11%	0		27	4,99%
Avortement	8	88,8%	1	11%	0		0		0		9	1,66%
19 = Autres	19	7,6%	1	4%	1	4%	0		4	16%	25	4,6%
TOTAL	562		19		34		23		24		541	

Les femmes ayant déjà eu des antécédents d'ictère et de Bilharziose présentent une fréquence élevée d'infections génito-urinaires et de Stérilité. ces 2 diagnostics sont plus élevés sur l'effectif total (39,9% et 17,4%).

Antécédents chirurgicaux et obstétricaux.

De même que pour les antécédents médicaux, ces antécédents aideront d'une part le Médecin à passer le diagnostic, d'autre part lui permettant d'orienter ou de modifier son schéma thérapeutique.

Tableau i. croisé diagnostics fréquents par motifs de consultations.

Motifs de consultations.	Douleurs pelviennes.		Dysménorrhée.		Désir d'enfants.		Leucorrhée.		Trouble du cycle.		Aménorrhée.		Autres		TOTAL	Fréq. Principaux par Effectif Total.
	Effectif.	Fréquence.	Effectif.	Fréquence.	Effectif.	Fréquence.	Effectif.	Fréquence.	Effectif.	Fréquence.	Effectif.	Fréquence.	Effectif.	Fréquence.		
Diagnostica fréquentes.																
Infections génito-urinaires	54	24,4%	12	5,4%	34	15,4%	46	20,8%	20	9%	21	9,5%	34	13,4%	221	45,6%
Tumeurs pelviennes.	8	27,6%	2	6,8%	6	20,6%	2	6,9%	6	20,6%	3	10,3%	2	6,9%	29	5,9%
Prolapsus génital.	0		0		0		0		0		0		3	1%	3	0,6%
Stérilité	3	3%	0		93	93,9%	2	2%	0		0		1	1%	99	20,4%
Trouble du cycle.	6	28,6%	4	19%	1	4,7%	3	14,3%	4	19%	1	4,7%	2	9,5%	21	4,3%
Grossesse	2	7,7%	1	3,8%	3	11,5%	0		2	7,7%	13	50%	6	23%	26	5,3%
Avortement	2	33%	0		0		0		0		1	16,6%	3	30%	6	1,2%
19 = Autres	8	27,6%	3	10,3%	4	13,8%	2	6,9%	0		4	13,8%	8	27,6%	29	5,9%
TOTAL	97		25		145		55		45		57		60		484	

et Autres = douleurs abdominales, Fièvre, Lombalgie, Constipation, Diarrhée, Bouffées de chaleurs etc.

La fréquence des infections génito-urinaires est élevée chez les femmes évoquant les motifs de douleurs pelviennes (24,4%) et de Leucorrhées (20,8%).

Dans tous les motifs de consultations évoquées, on peut retrouver des diagnostics d'infections urinaires, de tumeurs pelviennes.

Les motifs de consultations servent de guide pour le Médecin dans la recherche du diagnostic.

Tableau II. croisé diagnostics fréquents par Examens Complémentaires.

R.A.S. = Rien à signaler.

Examens Complémentaires	R.A.S.		Echo-graphie.		Coelioscopie.		Hystérosalpingographie.		Frottis vaginal.		E.C.B.U.		Bilan pré-opératoire.		TOTAL	Fréq. Principaux par Effectif Total.
	Ef-fec-tif.	Fré-quence.	Ef-fec-tif.	Fré-quence.	Ef-fec-tif.	Fré-quence.	Ef-fec-tif.	Fré-quence.	Ef-fec-tif.	Fré-quence.	Ef-fec-tif.	Fré-quence.	Ef-fec-tif.	Fré-quence.		
Infections génito-urinaires	173	78,3%	9	4%	1	0,45%	3	1,3%	31	14%	1	0,45%	2	0,9%	221	44%
Tumeurs pelviennes.	15	48,4%	8	25,8%	3	9,7%	1	3%	1	3%	0		3	9,7%	31	6,2%
Prolapsus génital.	0		0		0		0		0		0		3	100%	3	0,6%
Stérilité	56	66,6%	4	4,7%	3	3,6%	17	20%	3	3,6%	1	1,2%	0		84	16,7%
Trouble du cycle.	45	88%	3	5,8%	0		1	1,9%	1	1,3%	1	1,9%	0		51	10%
Grossesse	28	96,5%	0		0		0		1	3,4%	0		0		29	5,7%
Avortement	9	100%	0		0		0		0		0		0		9	1,8%
19 = Autres	19	70,4%	1	3,7%	1	3,7%	0		2	7,4%	0		4	14,8%	27	5,4%
TOTAL	368		31		9		22		41		3		10		502	

Les examens complémentaires aideront le Médecin à établir le diagnostic, à confirmer ce diagnostic.

Ainsi chaque examen complémentaire est prescrit pour une raison valable et joue un rôle à cet effet.

Par exemple : on prescrira l'hystérosalpingographie dans le cas d'une stérilité.

Et cet examen ici intervient à près de 20% sur l'ensemble de tous les examens prescrits.

Aussi dans les tumeurs pelviennes, l'échographie occupe une place importante (25,8% sur l'ensemble des examens).
pour les infections génito-urinaires, le frottis vaginal intervient plus fréquemment (14% contre 0,45% pour la coelioscopie = fréquence plus basse).

Tableau k. croisé diagnostics fréquents par Examen Gynécologique.

Examen gynécologique. Diagnostics Fréquences.	Rien à signaler		Autres = - Masses pelviennes - Annexes sensibles - Utérus sensibles - Vaginite + cervicite.		TOTAL	Fréquence Principaux diagnostics par effectif Total.
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence		
Infections génito-urinaires	208	85,6%.	35	14,4%.	243	45%.
Tumeurs pelviennes.	25	75,7%.	8	24%.	33	6%.
Prolapsus génital.	3	100%.	0		3	0,55%.
Stérilité	91	91,9%.	8	8%.	99	18,4%.
Trouble du cycle.	55	90%.	6	9,6%.	61	11,3%.
Grossesse	33	100%.	0		33	6%.
Avortements	9	100%.	0		9	1,6%.
19 = Autres	42	97,6%.	1	2,3%.	43	8%.
TOTAL	480		57		537	

Ce tableau montre que l'examen gynécologique est anormal devant les diagnostics :

- d'infections génito-urinaire (à 14,4%).
- Tumeurs pelviennes (à 24% = fréquence la plus élevée)
- Stérilité (à 8%).

Dans presque tous les autres cas de diagnostics, l'examen gynécologique ne révèle rien pour les infections génito-urinaires, le frottis vaginal intervient plus fréquemment (14% contre 0,45 % pour la coelioscopie = fréquence plus basse).

Tableau m. croisé diagnostics fréquents par types de traitements.

Types de Traitement. Diagnostics Fréquents.	R.A.S.		Traitement Médical.		Traitement Chirurgical.		TOTAL	Fréquence Principaux diagnostics/ Effectif Total.
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence		
Infections génito- urinaires.	70	29,9%.	157	67%.	7	2,9%.	234	46,5%.
Tumeurs pelviennes	2	6,23%.	21	65,6%.	9	28%.	32	6,4%.
Prolapsus général	1	33,3%.	0		2	66,6%.	3	0,6%.
Stérilité	28	28%.	68	68,7%.	3	3%.	99	19,7%.
Troubles du cycle.	10	18,8%.	43	81%.	0		53	10,5%.
Grossesse	11	34,4%.	19	59%.	2	6,25%.	32	6,7%.
Avortement	2	40%.	3	60%.	0		5	0,99%.
19 = Autres	6	20%.	14	46,6%.	9	30%.	30	5,9%.
TOTAL	130		337		31		503	

Le traitement médical semble être indiqué dans tous les cas de figure, à l'exception du prolapsus génital dont le seul remède est la cure chirurgicale.

C'est ainsi que le traitement médical intervient à une fréquence élevée dans presque toutes les affections : Trouble du cycle (81%), Stérilité (68%), infections génitales (67%) etc.

En revanche la chirurgie n'interviendra que lorsque toutes les ressources médicales ont été épuisées, c'est à dire au stade de complications de la maladie ; c'est ce qui explique ses fréquences basses devant toutes les affections, sauf le prolapsus génital où sa fréquence est 66,6%.

D'autre part, certaines affections ne méritent ni traitement médical, ni traitement chirurgical.

Il s'agit là de symptômes purement subjectifs dont se plaint la patiente. On parle alors de troubles psychosomatiques.

2. Les Enquêtes au niveau des Quartiers

Nous avons pris un échantillon de 658 femmes; dont l'âge varie entre 14 et 50 ans. Sur les 658 femmes, 434 ont déjà effectué au moins une consultation gynéco-obstétricale, et 224 n'ont jamais été en consultation gynéco-obstétricales.

Nous allons rechercher s'il existe des liaisons entre la fréquentation réelle des consultations pour les femmes, et un certain nombre de paramètre :

- Motifs de consultations
- Nombre de consultations
- Suivi des consultations
- Profession du Mari
- Profession de la femme
- Gestation
- Niveau d'alphabétisation de la femme
- Ethnie de la femme
- Statut matrimonial de la femme
- Sources d'information
- Personnel sollicité lors des consultations
- Changement de praticien.

Tableau 1. croisé Etat de consultation gynéco-obstétricales par motifs de consultation.

Motifs de consultations.	Grossesses (prénatales)		Stérilité		Douleurs pelviennes		Trouble du cycle.		Leucorrhées.		Autres		TOTAL
	Effectif Femmes.	Fréquent. quence	Effectif Femmes.	Fréquent. quence	Effectif Femmes.	Fréquent. quence	Effectif Femmes.	Fréquent. quence	Effectif Femmes.	Fréquent. quence	Effectif Femmes.	Fréquent. quence	
Effectuées	316	65%	12	2,5%	10	2%	19	3,9%	11	2%	114	23,6%	482
Non effectuée		10,02%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

AUTRES : Douleurs abdominales, constipation, Diarrhée, Douleurs lombaires, Bouffées de chaleur, Métrorragie, Aménorrhée, Fièvre.

CHI 2 = 0,7398 - Probabilité indépendance = 0,993 pas de liaison statistique entre les deux variables. Il ressort de ce tableau, que les visites prénatales représentent de loin le motif le plus évoqué, soit 65%. La plupart des femmes avouent avoir été plutôt en consultations prénatales qu'en consultations gynécologiques. Et parmi elles, certaines ignorent l'existence de médecins gynécologiques.

Tableau 2. croisé Etat de Consultation Gynéco-Obstétricales par Nombre de consultations.

Nombre de consultations	1. à 10 consultations		Plus de 10 consultations		TOTAL
	Effectifs femmes.	Fréquence	Effectifs femmes.	Fréquence	
Etat de Consultations gynéco-obstétricales.					
Effectuée	78	16%	394	83%	472
Non Effectuée	1	0,02%	1	0,02%	2

Il apparaît dans ce tableau que 83% des femmes sont allées plusieurs fois (plus de 10 fois) dans les consultations gynéco-obstétricales. Ceci constitue un témoignage éloquent du taux de fréquentation assez élevé. Il s'agit là donc d'une lueur d'espoir pour réduire les facteurs de risques des grossesses et la mortalité maternelle.

Tableau 3. croisé Etat de Consultations Gynéco-obstétricales par suivi des consultations.

Suivi des consultations.	OUI		NON		TOTAL
	Effectifs femmes.	Fréquence	Effectifs femmes.	Fréquence	
Etat de Consultations gynéco-obstétricales.					
Effectuée	138	34,5%	251	62,7%	283
Non Effectuée	3	0,07%	0	0	3

CHI 2 avec correction de Yates = 3,52. - Probabilité indépendance des 2 variables.

Il existe une liaison entre les 2 variables

Intensité de liaison entre les 2 variables :

- Coefficient de contingence = 0,086
- Coefficient phi = 0,089
- Coefficient Q de Yule = 1.

La fréquence du non suivi des consultations gynéco-obstétricales est assez élevée (62,7%). Ceci s'explique par le fait que les femmes une fois guéries, ou si elles accouchent ne repassent plus voir leur médecin pour un contrôle médical ou pour une consultation post-natale. Il se trouve que cette période est d'une importance capitale, c'est en ce moment que l'on peut observer des récives ou même des complications post partums. Par contre, 34,5% affirment continuer correctement les consultations.

Tableau 4. croisé Etat de Consultations Gynéco-obstétricales par personnel sollicité.

Personnel sollicité.	Médecins		Sages-femmes.		Infirmiers		Tradi-praticiens.		TOTAL
	Effec-tifs. Fem.	Fré-quence.	Effec-tifs. Fem.	Fré-quence.	Effec-tifs. Fem.	Fré-quence.	Effec-tifs. Fem.	Fré-quence.	
Effectuée	35	11,6%	259	86%	2	0,06%	0	0	296
Non Effectuée	1	0,03%	2	0,06%	0	0,06%	0	0	5

Les Sages-femmes semblent être les plus sollicitées (86%). A cet effet, elles jouent un rôle capital dans le suivi des femmes. Et généralement, les femmes ne touchent les médecins qu'en dernier ressort, ceci après avoir épuisé tous les moyens sans améliorations. C'est ce qui explique le taux de sollicitation assez faible du médecin (11,6%) seulement.

Tableau 5. croisé Etat de Consultations par changement de praticien.

Etat de Consul- tations gynéco- obstétricales.	OUI		NON		TOTAL
	Effectifs femmes.	Fréquence	Effectifs femmes.	Fréquence	
Effectuée	74	30,6%	167	69%	241
Non Effectuée	0	0	1	0,04%	1

Il semble avoir une certaine stabilité en ce qui concerne le non changement de praticien. Autrement dit 69% des femmes ayant déjà consulté, affirment être fidèle à leur praticien (Médecin ou Sage-femme). En effet, la prise en charge effectif de la femme par un seul praticien, permettra à ce dernier de bien comprendre la maladie et par conséquent de prescrire un traitement adéquat.

Tableau 6. croisé de l'Etat de Consultations Gynéco-obstétricales par sources d'informations.

Sources d'informations	Personnel Sanitaire.		Tierce personne.		Intéressée.		TOTAL
	Effec- tif Femmes.	Fré- quence.	Effec- tif Femmes.	Fré- quence.	Effec- tif Femmes.	Fré- quence.	
Etat de Consulta- tions Gynéco- obstétricales.							
Effectuée	21	4,4%	120	25%	331	69,8%	472
Non Effectuée	0		2		1		3

N.B. Tierce personne = Mari, Belle-soeur, Beau-frère, Tante, Amie, Voisine etc.

69,8% des femmes prennent conscience d'elles même de l'intérêt que revêt les consultations gynéco-obstétricales, et partent ainsi en consultations.

Un autre facteur non moins important, c'est le fait que 4,4% des femmes ont été guidé par un personnel sanitaire vers ces consultations.

On aurait voulu que cette fréquence soit encore plus élevée, dans la mesure ou ceci prouverait une sensibilisation des femmes en la matière.

Cette sensibilisation semble être beaucoup plus effectuée par les tiers personnes (Mari, Belle-soeur, Amie, Beau-frère, Tante etc. de la femme) soit 29%.

Tableau 7. croisé Etat de Consultations gynéco-obstétricales par profession du Mari.

Profession du Mari.	Fonctionnaires.		Commerçants.		Artisans		Eleveurs Pêcheurs Paysans.		Militaires		Ouvriers		Autres		TOTAL
	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	
Etat de Con-sultations gynéco-obstétricales.															
Effectuée	97	25,2%	58	15,8%	7	1,6%	15	3,6%	4	0,9%	137	32,47%	46	11%.	364
Non Effectuée	6	2%.	6	2%.	0	0	6	1,5%.	1	0,23%	14	3,5%.	9	2,25%	46

Le pourcentage de femmes ayant consulté varie entre 32,4 (limite supérieure) et 0,9 (limite inférieure).

On constate que la limite supérieure correspond aux femmes d'ouvriers et l'inférieure aux femmes de Militaires.

On comprend aisément que les femmes des ouvriers et des fonctionnaires, soient relativement assidues aux consultations. Parce que leurs maris perçoivent des indemnités payées par l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), chaque fois que les consultations surtout prénatales sont correctement effectuées.

Pour les Militaires, il s'agit uniquement des femmes qui ont consulté dans les formations autres que les formations propres aux Militaires.

CHI 2 = 11,0762 - Probabilité indépendance des deux variables = 0,036.

N.B. : Autres = Retraités, Aventuriers, Sans Professions, Boys, Gardiens, Jardiniers, Garagistes etc.

Tableau 0. croisé Etat de Consultations Gynéco-obstétricales par profession de la femme.

Profession de la femme	Fonctionnaire.		Ménagère		Artisane		Eleveur Pêcheur Paysanne		Commerçante.		Employée de Maison.		Autres		TOTAL
	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif.	Fré-quen-ce.	
Effectuée	46	7,44%	315	50,9%	20	3%	4	56%	52	4%	12	1,9%	33	5%	482
Non Effectuée	3	0,5%	41	6,6%	4	0,6%	0	0	8%	2,8%	8	1,3%	62	10%	136

AUTRES : Etudiante / Elève, Retraitées, Sans Profession.

CHI 2 = 139,45 - Probabilité indépendance des 2 variables = 1.

Les 2 variables ne sont pas statistiquement liées.

Le chiffre relativement bas de 7% pour les femmes fonctionnaires peut se comprendre par le chômage actuel intéressant plus les femmes que les hommes.

Dans notre échantillon intéressant uniquement le milieu urbain, les femmes du secteur primaire sont très peu représentées.

Pour les ménagères, elles sont en plus forte proportion, et ne perçoivent pas toujours l'utilité des consultations gynécologiques.

Tableau 9. croisé Etat de Consultations Gynéco-obstétricales par Ethnie de la femme.

Ethnie de la femme.	Bambara		Peulh		Sonrahaï		Malinké		Saré Kolé		Kas-sonké.		Mi-nian-ka.		Sé-noufo.		Bor		Mossi		TOTAL
	Ef-féc-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-féc-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-féc-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-féc-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-féc-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-féc-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-féc-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-féc-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-féc-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-féc-tif. F.	Fré-quen-ce.	
Effectuées	133	22,9%	78	13,6%	33	4%	67	15%	47	8,2%	22	3,8%	10	1,7%	17	2,9%	14	2,4%	11	0,19%	452
Non Effec-tuées.	35	6%	22	3,9%	7	1,2%	20	3,4%	12	2%	7	1,2%	3	0,05%	7	1,2%	2	0,03%	5	0,08%	120

CHI 2 = 3,761 - Pas de liaison statistique entre les 2 variables.

L'Ethnie Bambara est dominante au niveau du District (22,9%) .

L'Ethnie Miananka est la moins représentée 1,7%.

Tableau 10. croisé Etat de Consultations Gynéco-obstétricales par Religion de la femme.

Religion de la femme.	Musulmane		Chrétienne		Animiste		Non Croquante		TOTAL
	Effec-tif. fem-mes.	Fré-quence.	Effec-tif. fem-mes.	Fré-quence.	Effec-tif. fem-mes.	Fré-quence.	Effec-tif. fem-mes.	Fré-quence.	
Effectuée	404	90,8%	21	4,7%	0	0	5	1,5%	430
Non Effectuée	13	2,9%	1	0,02%	0	0	1	0,02%	15

La population Bamakoise est constituée à plus de 75% de musulmans.
D'où la fréquence trop élevée des femmes musulmanes ayant consulté (90,8%).

Tableau 11. croisé Etat de Consultations Gynéco-obstétricales par gestation de la femme.

Gestation de la femme.	0		1. à 3.		4. à 6.		7. à 9.		10. à 12.		13. à 15.		TOTAL
	Ef-fec-tif. Fem-mes.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif. Fem-mes.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif. Fem-mes.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif. Fem-mes.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif. Fem-mes.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif. Fem-mes.	Fré-quen-ce.	
Effectuée	58	9%	228	35,8%	117	18,4%	55	8,6%	27	4,2%	4	0,6%	491
Non Effectuée	105	16,5%	16	2,5%	9	1,4%	6	0,9%	1	0,16%	0	0	137

Ici les nullipares représentent 9% dans les consultations et leur fréquence fait 16,5% des femmes n'ayant jamais consulté = taux le plus élevé.

Les femmes ayant eu 1 à 3 grossesses ont un taux plus élevé de fréquentation des consultations. Ceci correspond à la période réelle d'activité sexuelle et procréatrice.

Chez les multipares (4 à 9 grossesses soit 27%) et les grandes multipares (10 à 15 grossesses = 4,6%), la fréquence décroît, parce qu'elles se rapprochent de la Ménopause et, aussi consultent peu, pensant avoir trop d'expérience en la matière pour ne plus avoir besoin de consulter.

Tableau 12. croisé de l'Etat de Consultations Gynéco-obstétricales par niveau d'alphabétisation.

Niveau d'Alphabétisation.	Primaire		Secondaire		Supérieur		Ecole Coranique.		Médersa		Analphabète		TOTAL
	Ef-fec-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif. F.	Fré-quen-ce.	Ef-fec-tif. F.	Fré-quen-ce.	
Effectuées	80	12,7%	126	20%	9	1,4%	41	6,5%	10	1,6%	226	35,8%	493
Non Effectuée	25	3,9%	43	6,8%	0	0	9	1,4%	7	1%	53	8,4%	137

$\chi^2 = 301,2159$ - Probabilité indépendance des 2 variables = 1. Pas de liaison statistique entre les 2 variables.

Le plus grand taux de fréquentation est observé chez les femmes analphabètes.

C'est également elles qui détiennent le record parmi les femmes n'ayant jamais consulté.

L'explication qu'on peut avancer ici, c'est que le plus bas taux d'alphabétisation se situe au sein de la population féminine. Ce qui fait que les femmes de cette catégorie sont beaucoup plus nombreuses, mais également elles ignorent pratiquement l'utilité des consultations gynéco-obstétricales.

Les femmes instruites surtout celles qui sont du niveau universitaire sont peu représentées, mais suivent de façon régulière et rigoureuse les consultations.

Tableau 13. croisé Etat de Consultations Gynéco-obstétricales par statut matrimonial.

Statut Matrimonial de la femme.	Célibataire		Mariée		Divorcée		Veuve		TOTAL
	Effectif. femmes	Fré- quence.	Effectif. femmes	Fré- quence.	Effectif. femmes	Fré- quence.	Effectif. femmes	Fré- quence.	
Effectuée	108	16,8%	359	56,7%	14	2,2%	15	2,37%	494
Non Effectuée	91	14,4%	45	7%	2	0,3%	1	0,16%	139

CHI 2 = 97,309

Il existe une liaison statistique entre les 2 variables.

Etude de l'intensité de la liaison entre les 2 variables :

- Coefficient de contingence = 0,363
- Coefficient χ^2 de Gram = 0,195.

Les femmes mariées sont beaucoup plus sensibilisées et fréquentent encore plus les consultations que les célibataires (16,8%), encore moins les divorcées, 2,2% et les veuves, 2,37%.

Ainsi leur taux de fréquentation est 56,7. Les mariées en fait sont sensées avoir des enfants et si elle n'en ont pas, elles vont consulter pour en avoir, en plus elles sont en pleine activité génitale.

Tandis que les célibataires éprouvent beaucoup de peine en allant exposer leur " vie intime " à un médecin ou à une sage-femme. Et même si elles tombent enceintes, elles préfèrent ne pas aller en consultations prénatales, étant donné qu'elles cachent cette grossesse qui les culpabilise, mais aussi à cause des charges des soins (frais d'analyses, d'ordonnances etc.) auxquelles elles ne peuvent pas faire face.

C./ PRINCIPALES AFFECTIONS RENCONTREES DANS LES CONSULTATIONS GYNECO-OBSTETRIQUES ET PARMI ELLES CELLES QUI ABOUTISSENT A UN TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Les consultations gynéco-obstétricales font donc ressortir plusieurs affections que nous avons regroupé de manière spécifique :

- Les infections génitales (vaginites, annexites, endomatrites, cervicites etc.).
- Les infections urinaires (cystites et autres).
- **Les tumeurs de l'utérus (la fibrome utérine, les tumeurs malignes de l'utérus).**
- Les tumeurs ovariennes (kystes de l'ovaire et autres).
- prolapsus génital.
- Stérilité (primaire ou secondaire)
- Troubles du cycle (dysménorrhée, aménorrhée, hypo ou hyperménorrhée etc.).
- Les affections liées à la grossesse (avarie, toxémie, gravidique, éclampsie, les hémorragies etc.).
- Les avortements qu'ils soient provoqués, spontanés.
- Les tumeurs bénignes ou malignes de sein
- L'hydrosalpinx bilatéral ou unilatéral
- La pelvi-péritonite
- Beauce cervico-isthmique
- Les grossesses extra-utérines
- La disproportion foeto-maternelle
- Les fistules (vésico-vaginales, recto-vaginales ...)

- L'hématome rétroplacentaire
- La rupture utérine
- Le placenta proevia
- Les grossesses gemellaires
- La rupture du Douglas.

Pour ces affections ; certains peuvent aboutir à un traitement chirurgical et se divisent en 2 groupes :

- Le groupe 1 se compose :

- * La stérilité (primaire ou secondaire)
- * L'hydrosalpinx uni ou bilatéral
- * Le fibrome utérin
- * Les kystes de l'ovaire
- * Le prolapsus génital
- * La pelvi péritonite
- * Les fistules
- * Les grossesses gemellaires
- * La béance cervico-isthmique.

- Le groupe 2 porte sur les urgences gynéco-obstétricales :

- * La rupture du Douglas
- * Les déchirures profondes du périnée
- * Les retentions placentaires
- * Les disproportions foeto-maternelles
- * La déchirure du col
- * La rupture utérine
- * L'hématome rétroplacentaire
- * Le placenta proevia.

D./ L'ESTIMATION DU COUT DANS LES CONSULTATIONS GYNÉCO-OBSTÉTRICALES DU DISTRICT.

Cette approche économique bien qu'incomplète vise à se faire une idée même partielle du coût des consultations gynéco-obstétricales pour certains types d'affections.

Son estimation a pris compte :

- Le coût de l'acte
- Les frais d'examens complémentaires
- Les frais d'ordonnance
- Les frais d'hospitalisations variables en fonction de la durée d'hospitalisation et de la catégorie. Ainsi, ce coût est de 22.500 (Vingt Deux Mille Cinq Cents) Francs CFA pour une patiente classée en deuxième catégorie pendant 15 jours.

Le recapitulatif au sein de l'hôpital Gabriel TOURE a permis d'aboutir au tableau suivant (Tableau n°D 1).

N.B : G.E.U. = Grossesse Extra-utérine
H.R.P. = Hématome rétroplacentaire.

L'examen de ce tableau permet de voir, que le coût varie entre 2.500 FCFA au minimum et 84.500 FCFA au maximum.

Il est facile de comprendre que les frais d'exploration complémentaire, d'ordonnance et, d'hospitalisation sont ceux qui posent le plus de problèmes aux femmes, eu égard la modicité de leur ressource cela entraîne dans certains cas le renoncement à l'hospitalisation ou même au traitement, les patientes optant alors une position de fatalisme.

N.B. Concernant les tumeurs du sein, l'estimation du coût a été fait à partir du vidal. Les produits utilisés dans la chimiothérapie du cancer du sein n'étant pas disponibles à Bmako. De ce fait ce coût parait sous évalué.

Tableau D 1.

Types d'affections.	Valeurs clés.	Coût de l'acte de consultation.	Frais d'exams complémentaires	Frais d'ordonnances.	Frais d'hospitalisation.	TOTAL
Fibrome utérin		500	4.000	25.000	45.000	84.500
Sterilité		500	44.000	23.415	0	67.815
Prolapsus génital		500	12.600	14.800	22.500	50.400
Trouble du cycle		500	3.000	11.500	0	19.500
Selpingite		500	6.000	6.285	0	12.785
Infection urinaire		500	4.000	27.335	0	31.835
Endométrite		500	0	21.135	0	21.635
Kyste de l'ovaire		500	14.500	25.000	22.500	62.500
Tumeurs du sein		500	15.850	105.970	0	122.320
G.E.U.		500	0	23.830	22.500	46.830
Ménopause		500	0	2.000	0	2.500
Néo du col (au 3è stade)		500	2.000	0	0	2.500
Césarienne		0	0	27.000	22.500	49.500
Avortement et curtage		4.000	0	3.160	0	7.610
Ménaçe d'accouchement prématuré.		500	10.000	24.175	0	34.675
Avortement à répétition.		500	0	3.000	0	3.500
Rupture utérine		500	0	24.000	45.000	69.500
H.R.P.		500	0	26.000	45.000	71.000
Toxémie gravidique		500	5.400	3.000	22.500	31.400
Cervicite		500	3.000	4.790	0	8.290
Dysménorrhée		500	0	19.130	0	19.630
Aménorrhée		500	3.000	560	0	4.060
Vaginites		500	12.000	17.750	0	30.250
Grossesse		500	2.250	4.300	0	7.050
Métrorragie		500	0	10.700	0	11.200
Hydrosalpinx Bilatéral		500	20.350	26.320	22.500	39.650
Hydramnios Hydrocéphalie		500	17.400	22.870	22.500	63.270
Bartholinite		500	0	4.300	0	4.800
Béance cervico-isthmique.		500	10.450	7.955	22.500	41.405

IV.

CONCLUSION ET DISCUSSIONS

Cette étude, concernant les consultations gynéco-obstétricales dans le District de Bamako, a permis d'aboutir aux résultats suivants :

- Nos enquêtes au niveau des quartiers nous ont révélé que l'effectif des femmes qui n'ont pas subi de consultations est encore important (35% de l'échantillonnage total).
- Dans les formations sanitaires les fréquences des infections génito-urinaires (de 1 à 48%) et de la stérilité (17 à 21%) sont élevées par rapport à celles de tous les autres diagnostics, et en tenant compte de tous les paramètres. Inversement le prolapsus génital est le diagnostic le moins évoqué (0,5 à 0,9%).
- La fréquence des consultations gynéco-obstétricales par rapport aux autres consultations en Médecine et en Chirurgie dans le secteur d'Etat est de 17,11%. cette fréquence est de 56,94% dans le secteur privé.
- Dans le District de Bamako, les consultations gynéco-obstétricales donnent une fréquence de 18,69% par rapport aux autres types de consultations en Médecine et en Chirurgie.
- Nous avons pu retrouver que la fréquence des consultations gynéco-obstétricales n'est pas liée au niveau d'alphabétisation, au statut matrimonial, et aux conditions socio-économiques des patientes. Par contre, cette fréquence semble liée à la profession du mari (où le taux de fréquentation est plus élevé chez les femmes dont les maris sont des fonctionnaires ou des ouvriers.)
- Il existe une différence de clientèle quand il s'agit du secteur privé restant presque un domaine exclusif pour les femmes d'un certain degré d'alphabétisation et jouissant de conditions socio-économiques assez favorables.

Alors que dans le secteur public les consultations gynéco-obstétricales représentent 49% des activités menées. Ce chiffre s'élève à 56% dans le secteur privé à cause de la multiplication des établissements privés dont les gynéco-obstétriciens constituent une part importante du personnel.

Nos résultats doivent être interprétés avec une certaine prudence pour des raisons suivantes :

- L'insuffisance de certains dossiers par rapport aux paramètres à étudier.
- La dispersion des points de recueil des données dont les structures sont parfois assez différentes.
- L'accessibilité des populations aux prestations des gynéco-obstétriciens soit, par manque d'infrastructures ou de gynéco-obstétricien.

On peut rapprocher de notre enquête une enquête du même genre menée dans la banlieue de Dakar (Municipalité de Pikine). Cette enquête a montré que sur un échantillon de 500 femmes, 97,8% des femmes ont au moins fait l'objet d'une consultation prénatale uniquement (c'est dire qu'ici on a pas tenu compte des consultations gynécologiques). Et la même étude montre que 59,8% de consultations prénatales se font dans un centre de PMI de Pikine contre 9,8% dans un Centre de Santé de Dakar et 11,4% dans un cabinet ou clinique privé.

V.
RECOMMENDATIONS

1. Un changement est nécessaire au niveau même de la conception des politiques de Santé Publique, afin que les besoins spéciaux des femmes en matière de santé, besoins longtemps négligés soit considéré comme une priorité.
2. L'état de bonne santé de la femme dépendant étroitement de sa condition socio-économique, tout effort visant à améliorer cet état de santé doit s'appuyer sur une éducation sanitaire de type permanent, afin de motiver ces femmes pour leur participation au maintien et au renforcement de leur état de santé. Toutes choses sont d'autant plus faciles que les femmes sont plus alphabétisées.
3. Afin de rendre plus opérationnelles les structures de santé périphériques (structures de santé des Communes), il est urgent de renover ces structures et d'améliorer leur organisation, par le renforcement en personnels surtout spécialisés, disposant de matériels adéquats, afin de pouvoir exécuter à leur niveau des soins primaires et secondaires, ce qui permettrait aux hôpitaux d'être réservés aux soins de niveau tertiaire, étant des structures de repos.

Dans ce cadre, chaque Centre de Santé de Commune devrait être doté d'une antenne chirurgicale pour les urgences gynécologiques et obstétricales, évitant ainsi les conséquences souvent désastreuses de l'évacuation tardives de ces cas vers les formations hospitalières.

Il est important aussi de renforcer la coopération entre le secteur privé et le secteur d'état et de sensibiliser les prescripteurs sur la nécessité d'adopter leur prescription aux conditions socio-économiques réelles des patientes et aider les femmes à préserver leur état de santé et aussi à l'améliorer.

4. Ne peut-on pas envisager un système de prise en charge communautaire qui permettra de régler pour chaque patiente les dépenses à engager ?

ANNEXES

HOPITAL DU POINT G

N°:

Service de Maternité

Date :

Consultation Gynécologique (Fiche a.)**FICHE D'OBSERVATION**

Nom et Prénoms :

Age :

Profession :

Niveau de scolarisation :

Profession du Mari :

- Anaalphabète /___/

Nom du Mari :

- 1er /___/ 2ème /___/

- Universitaire /___/

Situation Sociale :

- Mariée /___/

- Célibataire /___/

Autres à préciser :

1.) Antécédents**a. A.T.C.D. Médicaux :**

- H.T.A. /___/

- Cardiopathies /___/

- Bilharziose /___/

- Ictère /___/

- Diabète /___/

- Paludisme /___/

- Autres à préciser :

b. A.T.C.D. Chirurgicaux :

- Césarienne /___/

- Laparotomie /___/

- Appendicectomie /___/

- Autres à préciser :

c. A.T.C.D. Obstétricaux :

- G. /___/

- A. /___/

- P. /___/

- V. /___/

- D. /___/

d. A.T.C.D. Gynécologiques :

- D.D.F. /___/

- Trouble du cycle /___/

- Durée des E. /___/

- Abondance /___/

- Leucorrhées /___/

- Dyspareumie /___/

- Dysurie /___/

- Brûlures

- Contraception /___/

mictionnelles /___/

2.) Motifs de Consultation (Fiche b.)

- Pelvienne /___/ - Masse pelvienne /___/ - Métrorragie /___/
- Dysménorrhées /___/ - Leucorrhées /___/ - Aménorrhée :
- Stérilité : - Troubles des R. /___/ . 1 aire /___/
- . 1 aire /___/ . 2 aire /___/
- . 2 aire /___/ - Autres à préciser :

3.) Examen physique

- Examen des seins :
 - . normal /___/
 - . tumeur /___/
- Palpation : Ventre Souple /___/
 - Défense /___/
 - Masse /___/
- Inspection Prurit /___/
 - Ulcération /___/
- Spéculation : col normal /___/
 - Cervicite /___/
- Muqueuse vaginale /___/
 - normale /___/
 - vaginite /___/
- T.V.
- + Palpation :
 - . normal /___/
 - . dx /___/
 - . masse /___/

4.) Examens complémentaires

- Echo /___/ - H.S.G. /___/ - P.V. /___/ - E.C.B.U. /___/
- Coelio /___/ - Autres à préciser :

5.) Diagnostic Fréquents

- Salpingite /___/ - Prolapsus /___/ - T. Ovarienne /___/
- Bilatérale /___/ - Stérilité /___/ - Fibrome /___/
- Unilatérale /___/ - Ménopause /___/
- Vaginite /___/
- Endométrite /___/
- Cystite /___/
- Autres :

6.) Traitement

- Traitement médical /___/ - Suite :
- Traitement chirurgical /___/ . guérison /___/
- Autres à préciser : sans changement /___/
- . aggravation /___/

ITENIR AIRE THERAPEUTIQUE

Consultation n°

1. **Brève description des signes :**
 -
 -
 -
 -
 -
2. **Quelle personne ou quelle structure a été sollicitée ?**
 - La famille
 - Les tradipraticiens
 - Le Dispensaire
 - Un Médecin généraliste
 - Un (e) gynécologue
 - Autres
3. **Qu'est-ce qui a été fait (ou dit) ?**
 - Examen clinique
 - Examen paraclinique
 - Traitement
4. **Quel a été le montant des dépenses ?**
 - Consultation
 - Médicament
 - Examen paraclinique
 - Comparaison.
5. **Quels ont été les résultats ?**
 - Guérison
 - Guérison avec séquelles
 - Complications.

HOPITAL DU POINT G

N°2 :

Service de Maternité

Mme. SANGARE

Date :

Fifi SAMAKE

Consultation Obstétricale

BAMAKO.

(Fiche a.)

FICHE DE SURVEILLANCE

Nom et Prénoms :

Age :

Profession :

Niveau de scolarisation:

Situation Sociale : /___/

- Analphabète :

- Mariée /___/

. laire /___/

- Célibataire /___/

. 2 aire /___/

- Autres à préciser :

- Universitaire /___/

ANTECEDENTS**a. A.T.C.D. Médicaux :**

- Cardiopathie /___/ - H.T.A. /___/ - Ictère /___/ - Ashme /___/

- Dysurie /___/ - Brûlures /___/ - Diabète /___/

- Anémie /___/ mictionnelles /___/

- Drépanocytose /___/ - Autres à préciser :

b. A.T.C.D. Chirurgicaux :

- Césarienne /___/ - G.E.U. /___/ - Laparotomie /___/

- Autres à préciser :

c. A.T.C.D. Obstétricaux :

- G. /___/ - A. /___/ - V. /___/ - D. /___/

- AP. /___/ - AN /___/

d. A.T.C.D. Gynécologiques :

- D.D.R. /___/ - D.P.A. /___/ - Leucorrhées /___/

- Autres à préciser :

e. Vaccinations /___/

Examens de Laboratoire (1er Bilan Prénatal)
(Fiche b.)

- Urines	Albumines /___/		
	Sucre /___/		
	E.C.B.U. /___/		
	B.W. /___/		
- Sang	G.S. /___/	G.R.H. /___/	
	Glycémie /___/	Azotémie /___/	
	Toxoplasmose /___/		
	Electrophorèse /___/		
	Autres :		

FICHE D'ENQUETE SOCIALE

Date : / /

Nom :	N° du grappe :
Prénom :	Profession :
Résidence :	Religion :
Parité :	Niveau de scolarisation :
Situation de famille :	Lire analphète
- Nom Mari :	Lire autre :
- Sa profession :	- Célibataire
- Ethnie :	- Mariée
	- Autres (à préciser) :

QUESTIONNAIRE

1. Avez-vous déjà fait l'objet de consultation gynéco-obstétrique ?
Si Oui :
 - a1. Qui vous a guidé vers ces consultations gynéco-obstétriques ?
 - a2. Combien de fois ?

2. Est-ce que vous continuez toujours à fréquenter ces consultations ?
Si Oui :
 - a1. Avec le même Médecin ?
 - a2. Vous arrive-t-il parfois de changer de Médecin ?

Si Oui, pourquoi ?

Si Non, pourquoi ?

Est-ce un problème lié au coût d'ordonnance ?

Ou à un autre problème ?

3. Quelles sont vos suggestions et critiques allant dans le but d'une amélioration de ces consultations gynéco-obstétriques ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **ADAULETTE (F.A.)**
Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la granido-
puerpéralité en milieu africain à Dakar - 1971 - 1975
Thèse Méd. DAKAR

2. **BEN ZNES (T) - GHAAALOUNIM**
La mortalité maternelle et la maternité de l'hôpital Charles Decollis pendant
les deux dernières décades - J. Gynéco-Obst. Biol.
Rép. Sep. 1972, (5) Suppl. 2 = 449 - 450.

3. **BERNO (A)**
Les morts par avortements criminels dans la grossesse illégitime et les
suicides dans la grossesse Aiu - J. Obstét.
1er Juin 1967, 98 (3) - 356- 367.

4. **BOURNOEIF (J) - DOMENT (A)**
Nouveau Larousse Médical.

5. **BOUDJENA (A.S.) - BEN ZINA BENCHEKET**
Etude de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Aziza
Athmanatums - Analyses Statistiques -
Résultats Action Médical, la Tunisie Médicale - Mars - Avril 1976,
(2) - 97-99.

6. **BRUNT JAUBERT (S.L.) - MAHAR (R).**
Mortalité aggravée par la granido-puerpéralité
Risques aggravé - Affections médicales
Gynéc.-Obst. 1959 (11) (1 bis)
209 - 217.

7. **CISSOKO (M.C.)**
Approche épidémiologique (2) de la mortalité liée à la
granido-puerpéralité à BAMAKO 1975 - 1979.
Thèse Méd. 1980 N° 26.

8. **DESCHAMP HELEINE (I) - FASSIN (D) - GUINDO (S) - JEANNE (E)**
L'accès aux soins maternels dans la Banlieue de DAKAR - P. 268 à 278.
Méd. d'Afrique Noire N° 04 - Avril 1989.

9. **DEMAND LASSERVE (A)**
L'exclusion des pauvres dans les villes du Tiers-Monde
l'harmattan PARIS 1986.
10. Disparités économiques et inégalités devant la santé à Masali (NIGER),
Colloque urbanisation et santé dans le Tiers-Monde, DAKAR
(ORSTOM) 1976.
11. **ERICA (R) et SUE (A)**
Conditions des femmes en milieu tropical OMS - p. 1621 - 1626.
12. Grossesse désirée et bien menée Afrique nouvelle - Juin 1975
N° 1334 - 112-150.
13. **HAYDEN (F.S.)**
La mortalité maternelle dans l'histoire et actuellement.
Méd. S. Australia, 17 Juin 1970 - 57 (j)
100 - 109.
14. **HODONON (E)**
Contribution à l'étude du placenta proevia en milieu africain à Dakar
Thèse Méd. DAKAR 1974 - N°4.
15. **JEAN PIERRE (D) - MENIE - MICHEL - MANCIAUX - THERESE (F).**
Santé de la mère et de l'enfant (Nouveaux concepts en Pédiatrie sociale).
Flammarion Médecine Sciences (1984).
16. **KARTEIN et KLEIN (M.D.)**
Morts maternels : un défi sanitaire et socio-économique - Am. J. Gynec.
1er Juin 1971 - 110 (3) - 298-303.
17. **EONE (LOA)**
Etude sur le dépistage et la surveillance des grossesses à haut risque
dans la protection maternelle et infantile en milieu urbain Dakar et sa
Banlieue. 1976.
Centre d'Enseignement Spécial en Soins Infirmiers - DAKAR.
18. **Ministère du Plan (Recensement Général 1987).**
19. Mortalité au cours de la granido-puerpéralité à la
maternité départementale de NANCY (1945-1968)
Thèse Méd. NANCY 1971 - N° 144.

20. **OMS**
Mortalité Maternelle.
Soustraire les femmes de l'engrenage foetal, chronique
OMS, 1986 - 40 - 193 - 202.
21. **OMS**
Prévention de la mortalité maternelle
Forum Mondial de la Santé 1986, 7, 54 - 59.
22. **Projet PIKINE.**
Soins de Santé Primaire en milieu urbain Fascicule III
document ronéotypé
65 p. PIKINE 1985.

SIGLES ET ABREVIATIONS DE LA THESE

1. A.T.C.D. Antécédents
2. HU Hauteur Utérine
3. BDC Bruit du coeur du foetus
4. M.F. Mouvements foetaux
5. T.A. Tension Artérielle
6. Alb. Albumine
7. G.E.U. Grossesse extra-utérine
8. H.R.P. Hématome Rétroplacentaire
9. H.T.A. Hypertension artérielle
10. G. Nombre de grossesses
11. A. Nombre d'avortements
12. A.N. Nombre d'accouchements normaux
13. V. Nombre d'enfants vivants.
14. D. Nombre d'enfants décédés.
15. P. Parité de la femme
16. A.P. Nombre d'accouchements prématurés
17. D.D.R. Date des dernières règles
18. D.P.A. Date présumée de l'accouchement
19. T.V. Toucher vaginal

- | | |
|--------------|--|
| 20. F.V. | Frottis vaginal |
| 21. E.C.B.U. | Examen cyto-bactériologique des urines |
| 22. ECHO | Echographie |
| 23. COELIO | Coelioscopie |
| 24. H.S.G. | Hystéro-salpingographie |
| 25. G.S. | Groupe Sanguin. |
| 26. G.R.H. | Groupe Rhésus. |

Nom : SA MAKE

Prénom : FANTA

TITRE DE LA THESE

Contribution à l'approche épidémiologique
des consultations Gynéco-Obstétricales dans le District
(Du 1er Janvier 1990 Au 31 Décembre 1990)

- ANNEE : 1990 - 1991
 - Ville de Soutenance : B A M A K O
 - Pays d'Origine : M A L I
 - Lieu de Dépôt : Bibliothèque : Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.
- Secteur d'Intérêt : Gynéco-Obstétrique.

RESUME

Dans cette étude, nous avons fait ressortir l'importance numérique de consultations.

MOTS CLES : Consultations Gynéco-Obstétricales.

S E R M E N T D'HYPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chères condisciples devant l'Effigie d'Hypocrate, 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'horaires

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses que je sois couvert d'approbre et méprisé de mes confrères si j'y manque.