

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 8 ■ N° 21 (2013)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

- La gratuité des soins aux gestantes et parturientes au niger : quel impact sur la mortalité maternelle dans la communauté urbaine de Niamey (CUN)**
Idi N, Garba RM, Nayama M, Mamadou M, Malam Issoufou M, Saloufou S, Graesslin O51 - 55
- Suivi des accouchées ayant effectué un retour précoce a domicile après accouchement (RPDA) : experience de l'hôpital de la mère et de l'enfant-lagune (HOMEL) de Cotonou Benin**
Tonato Bagnan JA, Hounkpatin B, Gbaguidi J, Lokossou A, Perrin RX.....56 - 59
- Enquête sur la pratique du cerclage du col utérin en cote d'ivoire : a propos de 205 cas recensés dans deux structures hospitalières à Abidjan. (Côte d'ivoire)**
P Guié, KPE Bohoussou, M Oyeladé, C Saki, S Anongba, K Touré Coulibaly60 - 64
- La coeliochirurgie dans la prise en charge de la stérilité tubo péritonéale**
Koffi A, Edi M, Oussou C, Gondo D, Yesufu A, Angoi V, Kouassi KJ, Boni S.....65 - 69
- Ruptures utérines obstétricales a la maternité Issaka Gazoby de Niamey**
Nayama M, Garba M, Idi N, Mohamed-Alzouma I, Oumara M, Guede S, Mallam-issoufou M, Salouhou S, Djibril B, Kamaye M, AlihonouE70 - 75
- La sexualité du post-partum. Analyse du vécu dans le couple noir Africain.**
Kouakou Kp, Doumbia Y, Djanhan Le, Menin Mm, Anoh Em, Djanhan Y.....76 - 81

CAS CLINIQUE

(CASE REPORT)

- Tumeurs de l'ovaire et grossesse : a propos de 4 cas au centre hospitalier régional de Hombou Anjouan, Iles Comores**
Saïd Ali A, Cisse ML, Diouf A, Moreau JC82 - 88

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Fees free in health care what impact on maternal death in niamey?

Idi N, Garba RM, Nayama M, Mamadou M, Malam Issoufou M, Saloufou S, Graesslin O51 - 54

Consistent of the women in childbirth having done a precocious return at home after childbirth: experience of hôpital de la mère et de l'enfant-lagune (HOMEL) of Cotonou Bénin

Tonato Bagnan JA, Hounkpatin B, Gbaguidi J, Lokossou A, Perrin RX.....56 - 59

Cervical cerclage. Fate of pregnancy and survey on the practice of management: about 205 cases identified in two hospitals in Abidjan.(Côte d'ivoire)

P Guié, KPE Bohoussou, M Oyeladé, C Saki, S Anongba, K Touré Coulibaly60 - 64

Laparoscopic surgery in the care of tubo-peritoneum infertility

Koffi A, Edi M, Oussou C, Gondo D, Yesufu A, Angoi V, Kouassi KJ, Boni S.....65 - 69

Obstetric uterine ruptures in the maternity Issaka Gazoby of Niamey

Nayama M, Garba M, Idi N, Mohamed-Alzouma I, Oumara M, Guede S, Mallam-issoufou M, Salouhou S, Djibril B, Kamaye M, AlihonouE70 - 75

Post-partum sexuality. Living in black african couple analysis.

Kouakou Kp, Doumbia Y, Djanhan Le, Menin Mm, Anoh Em, Djanhan Y.....76 - 81

CASE REPORT

Ovarian tumors and pregnancy : about 4 cases at the regional hospital center Hombo Anjouan, Comoros

Said Ali A, Cisse ML, Diouf A, Moreau JC82 - 88

LA GRATUITÉ DES SOINS AUX GESTANTES ET PARTURIENTES AU NIGER : QUEL IMPACT SUR LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LA COMMUNAUTÉ URBAINE DE NIAMEY (CUN)

FEES FREE IN HEALTH CARE WHAT IMPACT ON MATERNAL DEATH IN NIAMEY?

IDI N¹, GARBA RM¹, NAYAMA M¹, MAMADOU M¹, MALAM ISSOUFOU M², SALOUFOU S², GRAESSLINO³

⁽¹⁾Faculté des sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni, Niamey, Niger

⁽²⁾Maternité IssakaGazoby, Niamey, Niger

⁽³⁾CHRU Reims, France

Correspondances : Idi Nafiou Telephone:/Email: idinafi@yahoo.fr

RESUME

Le taux de décès maternel au Niger reste très élevé. Pour réduire ce taux l'Etat a décidé en 2005 de la gratuité de prise en charge des gestantes et parturientes. Pour mesurer l'impact de cette gratuité sur la mortalité maternelle, nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 5 ans de janvier 2005 au 31 décembre 2009. Les variables étudiées étaient l'âge, le lieu de décès, les causes obstétricales directes, les causes obstétricales indirectes et les naissances vivantes. Au total, 442 cas de décès maternels et 185832 naissances vivantes ont été enregistrés, soit un taux de décès maternels moyen de 238 pour 100 000 naissances vivantes. L'âge moyen des mères décédées était de 27,28 ans avec des extrêmes de 13-50 ans. Elles étaient pour la plupart mariées 72,6% des cas et ménagères 71,3% des cas. Les causes obstétricales directes des décès représentaient 56,1% des cas dont 26% d'hémorragies et 13,6% de troubles hypertensifs de la grossesse. Les causes obstétricales indirectes représentaient 33% des cas dont 18,5% d'anémie, 5,2% de paludisme. Les causes indéterminées représentaient 10,9% des cas.

En conclusion, l'accès gratuit aux soins a contribué à la réduction du taux de décès maternel à Niamey entre 2005 et 2009.

Mots clés : décès maternel, , gratuité des soins, Niamey.

SUMMARY:

The ratio of maternal death remains very high in Niger. In objective of reduction the maternal death our country decide in 2005 duty fees free for prenatal and delivery care. We would like to see the impact of this decision in maternal in Niamey urban community.

We conducted a retrospective study of all the maternal death that occurred in Niamey city from 2005 to 2009. The studied variables were the year old, date and site of the death, the direct and indirect obstetrical causes of the death and the live deliveries. 442 cases of maternal death and 185832 live births were recorded. The rate of maternal death was 238 per 100 000 live births. The average age of these mothers died was 27, 28 years old extreme 13 - 50. Most of them were married 72,6% and housewives 71,3%. The direct obstetrical causes of maternal death represented 56,1%, due to hemorrhage 26%, hypertensive disorders of pregnancy 13,6%. The indirect obstetrical causes were 33%, due to severe anemia 18,5% malaria 5,2%, and undetermined causes in 10,9%. The maternal death reduction calls for a multi-disciplinary approach. The high quality access of obstetrical care is necessary to improve population health.

Keys words: Niamey, maternal deaths, causes.

INTRODUCTION:

Le décès maternel est le décès d'une femme survenu du début de la grossesse jusqu'au 42^{ème} jour après sa terminaison, qu'elle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite [1]. Au Niger, le taux de mortalité maternelle était de 648 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 alors que celui d'accouchement assisté par un personnel qualifié (infirmier, sage femme, médecin) était seulement de 18%. Le taux de décès maternel dans la Communauté Urbaine de Niamey (CUN) en 2004 était de 374 pour 100 000 naissances vivantes [2,4]. La prise en charge des femmes enceintes et parturientes est gratuite dans les services publics depuis novembre 2005 (décret N° 2005-316/PRN/MSP/LCE du 11 Novembre 2005). Pour évaluer l'impact de cette gratuité sur l'évolution de la mortalité maternelle dans la communauté urbaine de Niamey, nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 5 ans, de janvier 2005 au 31 décembre 2009.

1. MATÉRIELS ET MÉTHODE : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 5 ans de 2005 à 2009 qui dure 4 mois. Ont été inclus tous les décès maternels survenus la communauté urbaine de Niamey. N'ont pas été retenus tous les cas de décès maternels survenus au cours ou après évacuation des districts sanitaires environnants ne relevant pas de la communauté urbaine de Niamey. Les données ont été recueillies à partir des dossiers des femmes décédées, des registres des décès, permis d'inhumer et dans le service d'état civil à la Maternité Issaka Gazoby, Hôpital National et Centre hospitalier Régional. Ainsi les variables suivantes ont été relevées: âge, date et cause du décès, les causes obstétricales directes, les causes obstétricales indirectes, le lieu du décès et les naissances vivantes.

Nous avons rencontré quelques difficultés notamment l'insuffisance de précision sur certaines causes des décès.

2. RÉSULTATS

Les principales variables étudiées étaient le ratio de décès maternel, l'âge, le lieu du décès, l'année et les causes.

2.1. Ratio de décès maternel: Pendant la période de 2005 à 2009, 442 décès maternels ont été enregistrés dans 3 formations sanitaires pour un nombre total de naissances vivantes (NV) de 185832. Le ratio moyen de décès maternel est

238 pour 100 000 naissances vivantes. Le nombre moyen de décès maternels par an était de 88, soit environ 2 décès maternels par semaine.

Tableau I: Ratio de décès maternels à Niamey de 2005 à 2009.

Année	Nombre de NV	Nombre de décès maternels	Incidence
2005	28866	67	232,1
2006	32590	54	165,7
2007	35749	77	215,4
2008	37086	107	288,5
2009	51541	137	265,8
Total	185832	442	237,8

Tous les décès n'étaient pas survenus dans les 3 formations sanitaires mais ils y étaient enregistrés. Le ratio moyen est de 237,8 pour 100 000 naissances vivantes.

2.2. Age des femmes décédées.

Tableau II: Nombre de décès maternels en fonction de l'âge

Ages Années	13-17		18-22		23-27		28-32		33-37		38-42		43-47		=48			
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
2005	3	4,48	24	35,8	11	16,4	15	22,4	7	10,4	6	8,96	1	1,49	0	0	67	15,16
2006	3	5,56	10	14,9	10	14,9	14	20,9	6	8,96	8	11,9	2	2,99	1	1,49	54	12,21
2007	5	6,49	21	31,3	22	32,8	18	26,9	7	10,4	3	4,48	1	1,49	0	0	77	17,42
2008	9	8,41	25	37,3	19	28,4	20	29,9	22	32,8	10	14,9	2	2,99	0	0	107	24,20
2009	7	5,11	37	55,2	26	38,8	39	58,2	16	23,9	12	17,9	0	0	0	0	137	31
Total	27	6,1	117	26,5	88	19,9	106	24	58	13,1	39	8,8	6	1,4	1	0,2	442	100

La tranche d'âge de 18-32 ans était plus nombreuse, regroupant 70,4% des décès pendant les 5 ans.

2.2. Lieu de décès: Les décès maternels ont lieu à la maternité Issaka Gazobi dans 234 cas (53%), maternité de référence de 3^e niveau, à la Maternité du Centre Hospitalier Régional 175 (39,6%), à l'Hôpital National de Niamey 14 cas (3,2%), à l'Hôpital Gaweye 6 cas (1,4%) et 9 cas au cours du transfert (2,%), à l'Hôpital National de Lamordé 1 (0,2%), à domicile 1 (0,2%), et à la Maternité du Centre santé intégré de Lamordé 1 cas (0,2%)

2.3. Causes de décès:

Tableau III : Répartition des causes obstétricales Directes

Causes	Fréquence	%
Hémorragies	115	46,4
Troubles hypertensifs gravidiques	60	24,2%
Infections	46	18,5%
OAP	25	10,1%
Vomissement gravidique	1	0,4%
Embolie pulmonaire	1	0,4%
Total	248	100

Les hémorragies étaient au premier rang des causes obstétricales directes avec 26% des cas.

Les patientes décédaient de causes obstétricales directes avant 38 ans dans 219/248 cas (88,30%) et dans 132/146 cas (90,41%) de causes indirectes.

Tableau IV: Répartition des décès en fonction de la cause et de l'âge

Causes	Obst. Directes		Obst. Indirectes		Indéterminées		Total
	N1	N1/248	N2	N2/146	N3	N3/48	
Age	%		%		%		N4/442
13-17	14	5,64	9	6,16	4	8,33	27
18-22	66	26,61	41	28,08	10	20,83	117
23-27	53	21,37	25	17,12	10	20,83	88
28-32	48	19,35	42	28,76	16	33,33	106
33-37	38	15,32	15	10,27	5	10,41	58
38-42	24	9,67	12	8,21	3	6,25	39
43-47	4	1,61	2	1,37	0	0,00	6
48 et plus	1	0,40	0	0,00	0	0,00	1
Total	248	100	146	100	48	100	442

Les patientes décédaient de causes obstétricales directes avant 38 ans dans 219/248 cas (88,30%) et dans 132/146 cas (90,41%) de causes indirectes.

2. DISCUSSION Le décès maternel demeure un problème de santé publique dans les pays en développement.. C'est pour cette raison qu'à partir du 11 novembre 2005, l'Etat du Niger a décidé d'assurer la gratuité des consultations prénatales, de la césarienne et par extension de toutes les interventions liées à la gravido-puerpéralité. Nous discutons les résultats de cette étude par rapport à 4 points : ratio de décès maternel, âge des femmes décédées, lieu de décès et causes des décès.

Dans la CUN, en cinq ans, nous avons enregistré 442 décès maternels pour 185832 naissances vivantes soit un ratio de 238 pour 100 000 naissances vivantes ; ce qui correspondait sensiblement au tiers du chiffre national qui était estimé entre 650 et 640 pour 100 000 naissances vivantes. Ce ratio a connu des variations durant ces 5 ans, ainsi, de 2005 à 2009, on note une évolution

irrégulière avec des extrêmes de 167 à 288 pour 100 000 naissances vivantes. Dans notre étude, le ratio était diminué e 36, 36% par rapport à celui trouvé par Idi [4] en 2004 dans la CUN qui était de 374 pour 100 000 naissances vivantes. Celle-ci s'expliquait par la prise en charge gratuite des femmes enceintes et des parturientes dans les services publics avec comme conséquence, entre autres, une augmentation importante du nombre de naissances vivantes enregistrées. Yahaya I. trouvait également dans son étude menée dans les années 1990 un taux supérieur au nôtre avec 600 pour 100 000 naissances vivantes [5]. Le taux était très variable en Afrique de l'est, 409 et à Dar es Salam 1992-1999, en Afrique centrale 591 à Brazzaville en 1993-1994 [6] et dans la région ouest africaine 228 à Abidjan et 559 pour 100 000 naissances vivantes à Conakry [3].

Les âges extrêmes étaient de 13 et 50 ans. L'âge moyen des patientes était de 27 ans. Toutes les données épidémiologiques montrent que ce sont des femmes jeunes d'âge moyen de 25,8 à 29,4 ans qui meurent au cours de la gravido-puerpéralité. [4, 9, 10, 12-16]

Dans notre série, 94, 2% des décès survenaient en milieu hospitalier de référence comme dans certaines séries [4,17]. Ce fort taux dans les milieux hospitaliers de référence s'expliquerait en grande partie par la sous dotation des maternités périphériques en matériels et en personnels spécialisés dans la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, toutes les patientes à risque de décès sont systématiquement transférées vers les maternités de référence. Nous avons noté 14 cas 3,2% des femmes décédées dans de services non obstétricaux. Bohoussou, Idi et al rapportaient respectivement 3% et 1,4% dans leurs séries [4]

Le taux de décès à domicile, dans notre série, représentait en moyenne 0,2% et était nettement inférieur aux taux trouvés par d'autres auteurs [4, 17]. Ce faible taux de décès à domicile enregistré dans notre étude, était certainement lié à une augmentation de la fréquentation des services publics par les femmes enceintes et parturientes du fait de la prise en charge gratuite. Aussi, ne perdions pas de vue le nombre de femmes qui décédaient à domicile et dont la grossesse était méconnue. Pendant leur transfert, 9 patientes 2% décédaient. Ceci pourrait être dû à un retard diagnostic ou un retard de prise en charge.

Les différentes causes de la mortalité maternelle étaient souvent intriquées. Les causes obstétricales directes représentaient 56,1% alors que dans la littérature les taux variaient de 77% à 95,84% [4, 9, 18]. Les hémorragies, avec 26% dans notre série,

demeuraient la première cause des décès maternels à Niamey comme dans la plupart des études africaines. Selon la littérature, la fréquence variait de 25 à 50% [3- 2] Dans notre étude, ces hémorragies survenaient principalement pendant la période de la délivrance (6,1%), en cas d'hématome retro placentaire (5,7%) et les avortements (4,1%), alors que dans l'étude de 2004, les hémorragies de la délivrance représentaient 10,1% des causes. Cette réduction pourrait être expliquée dans la pratique systématique de la gestion active de la période de la délivrance depuis 2005. Selon les estimations de l'OMS en 2005, les hémorragies sévères représentaient 25% des décès maternels et les avortements à risque 13% [1]. D'autres facteurs interviennent dans les décès maternel comme le retard et les conditions d'évacuation vers un centre de référence obstétricale, et le manque constant des produits sanguins au niveau de ces maternités de référence. Les causes obstétricales indirectes étaient responsables de 33% des décès maternels dans notre étude. Nos chiffres étaient supérieurs à ceux trouvés par d'autres [2, 3, 9, 19] Avec 18,5% des cas enregistrés, l'anémie se classait en tête des causes obstétricales indirectes avec le paludisme 5,2%. Dans les pays en voie de développement, 60% des gestantes ont une anémie nutritionnelle aggravée par le paludisme endémique [1,3,19, 20]. La chimio prophylaxie anti anémique et anti paludéenne par l'administration au cours des consultations prénatales permettrait de diminuer la proportion des femmes anémiées et éviterait certains décès maternels. Des études sur la qualité de la prise en charge, enquête confidentielle et audit, ont mis en évidence d'importantes proportions de décès «évitable» eu égard au niveau du développement du pays et à ses conditions particulières de santé [20].

CONCLUSION: La mortalité maternelle demeure toujours un véritable problème de santé publique au Niger. Les principales causes sont obstétricales directes, dominées par les hémorragies tandis que l'anémie chronique et le paludisme représentent les causes indirectes majeures. La gratuité de prise en charge des gestantes et parturientes ont certes permis de réduire de 1/3 le taux de décès dans la communauté urbaine de Niamey. La prévention reste toujours la première ligne de défense contre la mortalité et la morbidité maternelles. Les mesures préventives devront porter sur la réalisation des campagnes d'informations associées à la disponibilité accrue des services de soins prénatals

de qualité.

RÉFÉRENCES

1. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005, p.68-69
2. Amadou A. Contribution à l'étude épidémiologique des décès maternels chez les habitantes de la communauté urbaine de Niamey. Thèse de médecine Niamey 2004 : N°47 FSS, Université Abdou Moumouni,
3. Bohoussou KM, DjanhanY, Bokossa E, Koné N, Welffens E, Touré K, Tonneu P. La mortalité maternelle à Abidjan (Cote d'Ivoire) de 1988 à 1993. Méd. d'Afrique Noire, 1995, 42, (11).
4. Idi N, Hama D, Amadou A et Nayama M. Mortalité maternelle dans la communauté urbaine de Niamey. Annales de la SOGGO 2007; N°8, Vol. 1: 66-71
5. Yahaya I. Etude de la mortalité maternelle en milieu urbain : utilisation de la méthode indirecte des sœurs. Thèse de médecine, Niamey (Niger), 1996: N°938 FSS, Université Abdou Moumouni.
6. UNICEF. Les femmes dans notre monde 2002. Population Référence Bureau, Washington, DC, 2002.
7. Bouvier-Colle MH, Prual A, de Bernis ., et le Groupe MOMA. Morbidité maternelle en Afrique de l'ouest : résultat d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack. Paris, Ministère des affaires étrangères, coopération et francophonie, 1998 in Médecine d'Afrique Noire 2001-48 (453-456).
8. MalamIssoufou M. Analyse des décès maternels à propos de 127 cas recensés à la maternité IssakaGazobi. Mémoire de fin d'études spécialisées en gynécologie obstétrique, Niamey(Niger), 2009, 97 p. FSS, Université Abdou Momouni.
9. Idrissa R. Contribution aux audits des décès maternels : étude prospective à propos de 12 cas au niveau de la maternité IssakaGazobi. Thèse de médecine Niamey (Niger), 2007 : N° 1476, 91 p. FSS, Université Abdou Moumouni.
10. Diarra NAJ, Koffi OIMN, Koffi TK, Yao TK, WelffensEkra C. Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte d'Ivoire. Cahiers Santé publique 1999, 11, p 193-201
11. Fourn I, LokossouFayomil EB, Yacoubou M. Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département de Bénin. Méd. d'Afrique Noire 2000,47(1); 22-26
12. Ouedraogo C, Bouvier-Colle MH. Mortalité

maternelle en Afrique de l'Ouest : comment, combien et pourquoi ?

J GynecolObstetBiolReprod (Paris). 2002 Feb; 31 (1): 80-89

13. Diallo MS, Diallo AB, Touré B, Keita N, Kondé M, Bah MD, Corrèa P.

Caractéristiques de la mortalité maternelle dans les pays en développement : situation africaine et stratégie de prévention. Afr.med., 1991, 30, 299,(345-350).

14. Addi MA. Morbidité et mortalité materno-fœtale des évacuations sanitaires obstétricales à la maternité IssakaGazobi. Thèse de médecine n° ??? . 1999 Université Abdou Moumouni

15. Bougri A. Mortalité maternelle en Algérie AMEP, 2001 : 1-10

16. Bouvier-Colle MH, Varnaux N, Brear G. Les mortalités maternelles en France: Analyse et prospective. 1^{ère} édition: INSERM éditeur Paris 1994 :183

17. Bohoussou MK, Djanhan Y, Bonis S, Koné N, Welffens-Ekra C, Touré CK.

La mortalité maternelle à Abidjan en 1988. Méd. d'Afrique Noire: 1992, 39 (7).

18. Diallo FB, Diallo AB, Goma O, Camar Y, Cissé M, Diallo MS. Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie.Méd. d'Afrique Noire 1998,45(12);723-728

19. WHO. The prevention and management of unsafe abortion on. Report of a Technical Working Group: Geneva, 12-25 Apr 1992. Geneva, WHO, 1993: 23p.

20. Bouvier-Colle MH.

Mortalité maternelle dans les pays en développement: données statistiques et amélioration des soins obstétricaux. Méd. Trop. 2003, 63:358-365.

21. Corrèa P. Importance du problème de la mortalité maternelle dans les pays en développement. Séminaire du CIE sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement. Château de long champ, Paris les 3, 4, 5, 6 et 7, octobre 1998 in Afrique Med., 1991, 30, 299 (345-350).