

LES CONSULTATIONS PRENATALES EN ZONE SEMI-URBAINE CENTRAFRICAINE : FREQUENCE, FACTEURS INFLUENCANTS, PRONOSTIC MATERNEL ET NEONATAL

A. SEPOU, M.C. YANZA, E. NGUEMBI, J-P. BANGAMINGO, M.N. NALI

RESUME • Au cours d'une étude transversale de neuf mois menée en 1995 à Bouar, troisième ville de Centrafrique, 287 femmes ont été admises à l'hôpital pour des raisons obstétricales, 225 ont conduit leur grossesse à terme et mis au monde 229 nouveau-nés. Les auteurs ont cherché à évaluer la fréquence des consultations prénatales, à identifier les facteurs de risque de morbidité obstétricale et à évaluer le pronostic maternel et néonatal. Toutes les femmes consultant enceintes ont été incluses dans l'étude, quelle que soit l'issue de leur grossesse. Les résultats ont montré que le taux d'absence aux consultations prénatales était de 38 p. 100. Parmi les femmes qui se faisaient suivre, seules 8,4 p. 100 avaient respecté le nombre et le rythme des consultations prénatales. Les facteurs entravant la participation aux consultations prénatales ont été établis : l'âge maternel au-delà de 19 ans, une distance supérieure à cinq kilomètres entre le domicile des gestantes et les centres de consultation, l'analphabétisme. La proportion des grossesses pathologiques est significativement plus élevée chez les femmes réticentes. Les complications rapportées ont été l'éclampsie, la grossesse extra-utérine et le décès maternel. Parmi les femmes qui avaient accouché à domicile, 43,5 p. 100 n'avaient pas fréquenté les consultations prénatales. Les enfants nés des grossesses non suivies ont présenté dans 23,1 p. 100 des cas un état nécessitant une réanimation néonatale avec un score d'Apgar inférieur à 7. Au total, la mortalité périnatale a été observée dans 29 cas, soit 10,1 p. 100 des grossesses. Cette mortalité s'est élevée à 16 cas, soit 14,7 p. 100 chez les enfants dont les mères n'ont pas été suivies. Il ressort de ces résultats que le suivi prénatal a un impact positif sur le pronostic maternel et néonatal et doit être étendu à toutes les femmes enceintes.

MOTS-CLES • Protection maternelle et infantile - Afrique Noire - République Centrafricaine.

PRENATAL CARE IN A SEMIURBAN AREA OF CENTRAL AFRICA REPUBLIC : ABSENCE RATES, FACTORS INFLUENCING ATTENDANCE, AND OUTCOME FOR MOTHER AND CHILD

This 9-month longitudinal study was carried out in a cohort of 287 women hospitalized for various obstetrical reasons in Bouar, the third largest city in Central Africa. A total of 225 of these women gave birth to 229 children. The purpose of study was to evaluate attendance at pre-natal examinations, risk factors for obstetrical morbidity, and maternal and neonatal prognosis. Results showed an overall absence rate at scheduled examinations of 38 p. 100. Only 8.4 p. 100 of women enrolled for prenatal care complied fully with the examination schedule. The factors associated poor attendance were age older than 19 years, distance greater than 5 kilometers between the woman's home and care facility, and illiteracy. The incidence of complicated pregnancy was significantly higher in refractory women. Reported complications included eclampsia, extrauterine pregnancy, and death of the mother. A total of 43.5 p. 100 of home deliveries involved women that did not attend prenatal care clinics. A total of 23.1 p. 100 of newborns without prenatal care presented complications requiring intensive neonatal care with an Apgar score below 7. Overall the perinatal death rate was 12.7 p. 100 (n=29). The stillbirth rate was 10.1 p. 100 (n=16). The findings of this study demonstrate the favorable impact of prenatal care on pregnancy outcome for both mother and child. Prenatal care should be made available to all pregnant women.

KEY WORDS • Mother and child protection - Black Africa - Central African Republic.

Med. Trop. • 2000 • 60 • 257-261

• Travail du Service de Gynécologie-Obstétrique (A.S., Maître-Assistant à la Faculté des Sciences de la Santé, Chef de Service ; J-P.B., Docteur en Médecine), du Département de Santé Publique (E.N., Médecin Spécialiste en Santé Publique) et du Service de Chirurgie (M.N.N., Professeur à la Faculté des Sciences de la Santé, Chef de la Clinique) de l'Hôpital Communautaire de Bangui et du Complexe Pédiatrique (M.C.Y., Pédiatre, Maître-Assistant à la Faculté des Sciences de la Santé) de Bangui, République Centrafricaine.

• Correspondance : A. SEPOU, Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Communautaire de Bangui, BP 3199 Bangui, République Centrafricaine
• Fax : 00 236 619401 • e-mail : Sepou_Abdoulaye@yahoo.fr •
• Article reçu le 30/06/1998, définitivement accepté le 10/11/2000.

La grossesse est un état physiologique qui permet d'assurer la pérennité des familles et d'accroître la population comme cela peut être souhaitable dans certains pays à faible densité de population. C'est le cas de la République Centrafricaine qui compte 4,62 habitants au kilomètre carré d'après les données du recensement de 1988. Mais la grossesse peut exposer la femme à des états morbides pouvant mettre en danger sa vie ou celle de l'enfant qu'elle porte. Selon les données de la Banque Mondiale (1), on déplore chaque année dans les pays en développement le décès de 500 000 femmes suites aux complications d'une grossesse ou d'un

accouchement. Avec un minimum de soins pendant la période obstétricale, on peut éviter à des millions de femmes et de nouveau-nés la mort ou des séquelles qui peuvent être permanentes. En effet, avec les consultations prénatales (CPN) rendues systématiques dans les pays occidentaux, la mortalité maternelle et périnatale ont été réduites de façon significative (2). Cependant, un effort important reste à déployer dans les pays en développement où l'importance de la surveillance prénatale n'est pas encore bien comprise par beaucoup de femmes enceintes. Cette situation déplorable est observée malgré les efforts du gouvernement à promouvoir la santé maternelle et infantile. A travers les données du Ministère centrafricain de la Santé Publique, nous savons que la non participation aux CPN est de 33 p. 100 pour le pays. Toutefois, l'impact de cette faible fréquentation sur le déroulement de la grossesse reste mal connu. C'est pourquoi nous avons mené une étude à Bouar, troisième grande ville du pays, visant non seulement à évaluer la fréquence des consultations prénatales mais également à identifier les facteurs entravant le recours aux visites prénatales et à évaluer la fréquence des accidents maternels et infantiles chez les femmes enceintes qui n'ont pas été suivies en consultation prénatale.

METHODOLOGIE

Population étudiée.

Nous avons effectué une étude transversale sur une période de neuf mois, allant du 1^{er} mars au 30 novembre 1995 à l'hôpital préfectoral de Bouar. La population étudiée correspondait à l'ensemble des gestantes admises pour une pathologie obstétricale, pour un accouchement ou vues dans les suites immédiates de l'accouchement pendant la période d'étude. Ont été pris en compte tous les accouchements effectués à domicile depuis moins de deux jours pour lesquels les mères venaient soit pour la déclaration obligatoire permettant l'établissement de l'acte de naissance par l'état-civil, soit du fait de la survenue d'une complication maternelle ou néonatale. Les enfants mort-nés lors des accouchements à domicile et les gestantes qui avaient fait un avortement à domicile non compliqué, donc non vues à l'hôpital, n'ont pas été inclus. Les grossesses retenues comme bien suivies étaient celles dont une CPN était faite chaque trimestre, avec au mieux une consultation de pronostic d'accouchement faite au 9^e mois. Cela correspondait au nombre conseillé de consultations prénatales (3). La fréquence pouvait passer à une CPN par mois en cas de pathologie pendant la grossesse.

Méthode.

L'enquête a permis de recueillir les informations sur le déroulement de la grossesse et son aboutissement, sur l'état de la mère et celui de l'enfant, qu'il soit né à la maternité ou à domicile. Le nombre de CPN a été comparé aux paramètres suivants : l'âge des gestantes, le statut matrimonial, la parité, le niveau d'instruction et la distance qui sépare le domicile du centre de CPN. Le niveau d'instruction a été classé en trois tranches par le niveau scolaire : analphabète, scolarité arrêtée au niveau primaire ou au niveau secondaire. A Bouar où le transport urbain était quasi-inexistant, il a été estimé qu'un rayon de cinq kilomètres permettant aux femmes de se rendre en marchant dans les centres de CPN paraissait raisonnable. Les complications de la grossesse ou de l'accouchement ont été recherchées et leurs éventuelles corrélations

Tableau I - Fréquence des consultations prénatales chez 287 femmes enceintes admises à l'Hôpital de Bouar, République Centrafricaine, pour des raisons obstétricales en 1995.

	Nombre (n = 287)	Pourcentage (p.100)
Pas de consultation prénatale	109	38,0
Une consultation prénatale	61	21,3
Deux consultations prénatales	38	13,2
Au moins trois consultations prénatales	79	27,5

avec les CPN établies. Ont été classées pathologiques les grossesses qui s'interrompaient avant le terme par accouchement prématuré, avortement, grossesse extra-utérine, celles dont l'évolution était perturbée par des anomalies à type de saignement, de toxémie et celles associées à une pathologie indépendante de la grossesse. Les données ont été collectées grâce à des questionnaires préalablement établis, aux fiches d'évacuation des gestantes ou des parturientes, aux carnets des CPN et aux dossiers des protocoles opératoires pour les césariennes, les grossesses extra-utérines et les curages ou les curetages.

Les données ont été traitées et analysées avec le logiciel Epi-Info 6.03®. Une analyse multivariée a été utilisée pour déterminer l'interaction entre les différentes variables. Le niveau de signification a été déterminé à 5 p. 100 pour tous les tests. Un Odds ratio supérieur à 1 a été retenu comme mesure d'association entre les différentes variables.

RESULTATS

Au total, pendant la période de l'étude, 287 gestantes ont été recrutées parmi lesquelles 225 ont conduit leur grossesse jusqu'au troisième trimestre. Les 62 grossesses interrompues l'ont été 59 fois par un avortement et 3 fois par une grossesse extra-utérine. L'âge moyen des femmes dans cette étude était de 23,2 ans (extrêmes : 14 ans-42 ans).

Parmi les femmes enceintes, 178 soit 62,0 p. 100, ont bénéficié au moins une fois d'une CPN. L'absence totale de suivi a été relevée chez 109 gestantes, soit 38 p. 100 (Tableau I). La fréquence des CPN, leur répartition par trimestre et la période de la première CPN sont très variables, les consultations pouvant avoir eu lieu deux à trois fois dans le même tri-

Tableau II - Répartition par trimestre et date de la première consultation chez 178 femmes enceintes ayant bénéficié de consultations prénatales à Bouar, République Centrafricaine en 1995.

Répartition des consultations prénatales par trimestre	Nombre (p. 100)
Premier trimestre seul	8 (4,5)
Deuxième trimestre seul	31 (17,4)
Troisième trimestre seul	52 (29,2)
Premier et deuxième trimestres	0
Premier et troisième trimestres	1 (0,6)
Deuxième et troisième trimestres	71 (39,9)
Trois trimestres	15 (8,4)

Date de la première consultation prénatale	Nombre (p.100)
1 ^{er} trimestre	24 (13,5)
2 ^e trimestre	102 (57,3)
3 ^e trimestre	52 (29,2)

Tableau III - Fréquence des consultations prénatales selon les critères étudiés, chez 287 femmes enceintes admises à l'Hôpital de Bouar, République Centrafricaine, en 1995.

Critères étudiés	Pas de consultation prénatale n = 109	Au moins une consultation prénatale n = 178	p
Age			p = 0.02
Agées de moins de 20 ans	27	69	
Agées de 20 ans et plus	82	109	
Statut matrimonial			NS
Mariées	26	48	
Célibataires	83	130	
Niveau d'instruction			p = 0.006
Pas de scolarité (analphabète)	62	70	
Primaire (CI au CM)	32	81	
Secondaire (6 ^e à Terminale)	15	27	
Distance du domicile aux centres de CPN			p < 0.0001
Inférieure à 5 kilomètres	72	163	
Supérieure ou égale à 5 kilomètres	37	15	

mestre et aucune durant les autres trimestres (Tableau II). En revanche, la proportion des femmes suivies en CPN au moins une fois était statistiquement plus élevée chez les patientes âgées de moins de 20 ans ($p = 0,02$), dont le niveau d'instruction avait atteint le primaire ($p = 0,006$) et dont la distance entre le domicile et le centre de CPN le plus proche était inférieure à cinq kilomètres ($p < 0,0001$) (Tableau III). La proportion des célibataires qui étaient réticentes aux CPN n'était pas significativement différente de celle des femmes mariées. Les raisons les plus invoquées par les 109 femmes n'ayant pas bénéficié de CPN étaient les grossesses dissimulées (29,4 p. 100), le coût de la consultation (28,4 p. 100), le report à plus tard (21,8 p. 100), le manque de temps (11,9 p. 100), le fait que la consultation est considérée comme inutile (9,2 p. 100) et le refus du mari (8,3 p. 100).

Durant cette étude, 74 grossesses ont eu une évolution normale et 213 ont été classées pathologiques selon les critères choisis (Tableau IV). La proportion des grossesses pathologiques était significativement plus élevée chez les gestantes non suivies ($p < 0,0001$). Les complications les plus graves

observées chez les mères ont été la rupture utérine, la grossesse extra-utérine et l'éclampsie. Cinq décès maternels ont été enregistrés dont quatre chez les femmes non suivies. Les causes étaient l'hémorragie de la délivrance dans trois cas après accouchement à domicile, une infection du post-partum et une rupture utérine survenue chez une patiente correctement suivie, ancienne césarisée qui avait accouché à domicile.

Parmi les 225 gestantes ayant mené leur grossesse au troisième trimestre, quatre accouchements gémellaires ont été enregistrés. Concernant les 229 nouveau-nés, il n'y avait pas de liaison statistiquement significative entre le poids de naissance, le seuil étant fixé à 2 500 g et le nombre de CPN. Il est à noter que 23 nouveau-nés à domicile n'ont pu être pesés à la naissance. Le nombre de mort-nés a été significativement plus élevé chez les mères qui n'ont bénéficié d'aucune CPN ($p = 0,03$). En constituant deux groupes d'enfants où les uns étaient en bon état de santé dix minutes après leur naissance et les autres en mauvais état de santé, nous avons trouvé une liaison statistiquement significative entre l'état du nouveau-né à la naissance et la fréquentation des CPN ($p = 0,013$).

Tableau IV - Complications maternelles et conséquences néonatales selon le nombre de consultations prénatales chez 287 femmes enceintes admises à l'Hôpital de Bouar, République Centrafricaine, en 1995.

Critères des complications et des conséquences néonatales	Pas de consultation prénatale n = 109	Au moins une consultation prénatale n = 178	p
Evolution des 287 grossesses			p < 0,0001
Grossesses normales	26	48	
Grossesses pathologiques	83	130	
Type de complication dans les 213 grossesses pathologiques			
Avortement	45	14	
Hémorragie de la délivrance	22	21	
Rupture utérine	4	1	
Grossesse extra-utérine	3	0	
Eclampsie	3	0	
Mortalité maternelle (287 grossesses)			NS
Mère vivante	105	177	
Mère décédée	4	1	
Conséquences néonatales (229 nouveau-nés)			p = 0,03
Nouveau-né non réanimé	29	118	
Nouveau-né réanimé avec succès	15	31	
Nouveau-né réanimé sans succès	5	2	
Mort néonatale	16	13	

Enfin, Il n'existait pas de liaison statistiquement significative entre le suivi de grossesse et le lieu de l'accouchement. En effet, 202 accouchements ont été réalisés à la maternité dont 55 pour des femmes non suivies et 23 à domicile dont 10 pour des femmes non suivies.

DISCUSSION

Au cours de notre étude, la proportion de femmes enceintes ayant respecté le nombre minimum de CPN est plus faible que celui de Njah et Coll. en Tunisie, Sanokho et Coll. au Sénégal et Baumann et Coll., il est vrai dans un pays industrialisé, la France, qui ont trouvé respectivement 41,6 p. 100, 47 p. 100 et 76,7 p. 100 (4-6). Parmi les femmes qui ont mené leur grossesse au troisième trimestre, 71,6 p. 100 avaient bénéficié au moins d'une CPN. Ce taux est plus élevé que les 67 p. 100 qui ont été rapportés par l'enquête sur la santé de la mère et de l'enfant réalisée par Mboup dans les cinq régions de Centrafrique en 1995. Le taux des femmes non suivies est dans cette étude plus élevé que celui trouvé par d'autres auteurs en France et en Tunisie, qui sont respectivement de 23,3 p. 100 et de 23,1 p. 100 (3, 5). Parmi les femmes qui ont été examinées au cours d'au moins trois CPN, seulement quinze d'entre elles, soit 18,9 p. 100, ont respecté la chronologie de la surveillance prénatale. Ce taux est plus faible que celui trouvé par Njah et Coll. en Tunisie (4). Cela semble lié au fait que la majorité des grossesses suivies ont été déclarées au deuxième trimestre. En effet, 13,5 p. 100 des grossesses suivies ont été déclarées au premier trimestre, 57,3 p. 100 au deuxième trimestre et 29,2 p. 100 au troisième trimestre. Ces déclarations tardives de grossesse sont liées à des croyances selon lesquelles une grossesse connue tôt par l'entourage peut subir des mauvais sorts ou ne pas aboutir. La proportion de grossesses déclarées au premier trimestre dans notre série est plus faible que celle de certains auteurs (4, 6) et de Colin dans sa thèse de doctorat soutenue à Nancy en 1980, qui ont rapporté des taux se situant entre 42 p. 100 et 86,6 p. 100. Parmi les 109 femmes enceintes qui n'ont pas bénéficié des CPN, 32 soit 29,6 p. 100 étaient des femmes jeunes, âgées de moins de 25 ans et célibataires qui étaient conscientes de porter une grossesse illégitime. Elles avaient parfois plusieurs partenaires et avaient honte de déclarer leur grossesse. Si trente et une femmes non suivies ont évoqué des raisons financières pour les frais de consultation, trente sept autres qui ont eu des antécédents de grossesse et d'accouchement sans incidents avaient avancé diverses raisons pour ne pas aller aux CPN. Le rôle négatif des maris, surtout dans le contexte culturel de soumission de nos femmes, a été signalé dans 8,3 p. 100 des cas. Les grossesses correctement suivies l'ont été plus chez les adolescentes dont les grossesses étaient acceptées par les parents et par la société que chez les gestantes âgées de 30 ans et plus. Comme plusieurs auteurs, nous avons relevé le rôle de l'âge dans le suivi de la grossesse (7- 9). Même si le statut matrimonial n'est pas lié au suivi prénatal, le taux des célibataires réticentes aux CPN est très élevé, 76,1 p.

100, taux qui dépasse celui de Roth qui a rapporté 62,5 p. 100 de femmes célibataires réticentes au suivi prénatal à Besançon (2). En recherchant les autres facteurs entravant les CPN, nous avons retrouvé la distance à plus de 5 kilomètres du centre de CPN, le niveau d'instruction des femmes, facteurs retrouvés aussi par Mboup en Centrafrique. La proximité des gestantes d'un centre de suivi prénatal a un rôle non négligeable dans la surveillance prénatale comme l'a souligné Kozounga en Centrafrique (Thèse de géographie, Marseille, 1991). De même, les femmes non instruites n'ont pratiquement que le fatalisme comme repère. C'est ainsi que Royston et Armstrong ont proposé l'instruction comme «un remède contre le fatalisme» (10).

Nous avons observé 213 grossesses pathologiques dont 39 p. 100 ont concerné les gestantes non suivies. Le manque de suivi des grossesses a permis de laisser évoluer des situations pathologiques hors prise en charge médicale. Ainsi, les risques d'accouchements prématurés ne pouvaient être recherchés chez ces femmes non suivies, comme l'ont souligné certains auteurs (9, 11). Parmi les femmes qui ont accouché à domicile, 43,5 p. 100 n'étaient pas allées aux CPN car elles redoutaient des remontrances du personnel pour avoir négligé le suivi prénatal. Des complications observées chez les mères, telle que la grossesse extra-utérine et l'éclampsie n'ont concerné que les femmes non suivies. Le taux de décès maternels, dont quatre sur cinq étaient survenus chez les réticentes aux CPN, semble être en accord avec les résultats de Kikenda et Coll. qui ont observé que le taux de décès chez les femmes réticentes était proche de celui de celui trouvé par Zomambou-Bongo en Centrafrique, à Bossangoa, dans sa thèse de médecine (Bangui, 1991) (12). Il n'existe toutefois pas de liaison statistiquement significative entre le suivi de la grossesse et le décès maternel. Les causes des décès enregistrés étaient pratiquement les mêmes que celles classiquement rapportées en Afrique (8). Parmi les nouveau-nés issus de grossesse non suivie, 37,7 p. 100 ont nécessité une réanimation néonatale (indice d'Apgar inférieur à 7). Ce taux est supérieur à celui constaté par les auteurs français dans les mêmes conditions d'absence de suivi prénatal (6, 7). Pour les 79 accouchements dont les mères ont respecté le nombre minimum de CPN, 70,9 p. 100 des nouveau-nés ont présenté un indice d'Apgar satisfaisant à la naissance. Nous avons constaté un taux de mortalité périnatale significativement plus élevé quand les mères n'ont pas suivi les CPN. Le taux de mortalité néonatale de notre série est plus élevé que les 9,97 p. 100 rapportés par Kassankogno et Coll. au Togo (13).

Les résultats de ce travail ont montré que la consultation prénatale reste de fréquence faible en République Centrafricaine. Ceci est lié à plusieurs facteurs dont l'inaccessibilité aux centres de CPN qui sont en nombre insuffisant, la non perception de l'importance des CPN, l'âge, le niveau d'instruction, et les expériences heureuses tirées des grossesses et accouchements antérieurs. Les grossesses non suivies posent des problèmes importants quant à la morbidité et à la mortalité maternelle et néonatale.

L'augmentation du suivi des grossesses contribuait à faire baisser les taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans notre pays. Pour cela, des campagnes intensives d'information devrnt être menées auprès de la population qui ignore souvent les risques liés au manque de suivi des grossesses. D'autre part, des efforts particuliers devrnt être faits pour construire des centres de suivi prénatal afin de rendre leur accessibilité plus facile aux femmes enceintes.

REFERENCES

- 1 - TINKER A., KOBLINSKY M.-A., DALY P. et Coll. - Vers une maternité sans risques. *Documents de Synthèse de la Banque Mondiale* 1993; **202 F** : 1-10.
- 2 - ROTH P., MAILLET R., RUAT N., COLETTE C. - Les grossesses non suivies médicalement : pronostic obstétrical et néonatal, étude rétrospective de 88 cas. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.* 1993; **88** : 550-555.
- 3 - GIRAUD J.R., TOURNAIEM - Surveillance et thérapeutique obstétricales. Masson ed., Paris, 1982, 434 p.
- 4 - NJAH M., MARZOUKI M., HAMDJ W., HADJ-FREDJ A. - Recours aux visites prénatales dans le contexte tunisien : bamères et facteurs de motivation. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.* 1993; **88** : 225-229.
- 5 - SANOKHO A., SALI M.G., NZALE S., DIALLO A. - Formation des accoucheuses traditionnelles à la surveillance des grossesses en milieu rural : l'expérience du centre de pédiatrie sociale de Khombole. *Afrique Paramédicale* 1976; **2** : 327-330.
- 6 - BAUMANN M., DESCHAMPS G., DESCHAMPS J.P. - Maternité et extrême pauvreté. Modalité de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. *Rev. Fr. de Gynecol. Obstet.* 1988; **83** : 183-191.
- 7 - ADRAI J., RUF H., BLANC B. et Coll. - La grossesse et l'accouchement de la gitane. *Rev. Fr. de Gynecol. Obstet.* 1985; **80** : 679-687.
- 8 - BOHOUSSOU M.-K., DJANHAN, BONI S. et Coll. - La mortalité maternelle à Abidjan en 1988. *Med. Afr. Noire* 1992; **39** : 480-484.
- 9 - PAPIERNICK E. - Dépistage des risques d'accouchement prématuré. *Concours Med.* 1981; **47 Suppl.** : 17-19.
- 10 - ROYSTON et AMSTRONG. - La prévalence des décès maternels. OMS ed., Genève, 1990, 230 p.
- 11 - MACQUART-MOULIN G., BARET C., JULIAN C. et Coll. - Surveillance anténatale et risque de prématurité et d'hypotrophie fœtale. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1992; **21** : 9-18.
- 12 - KIKENDA K.N., LUSANGA N., MBANZULU N., YANGA K. - Mortalité maternelle en obstétrique aux cliniques universitaires du Mont Amba Kinshasa. *Afr. Med.* 1985; **24** : 495-500.
- 13 - KASSAKOGNONY, KESSIE K., ALPHA-ALI BOUYO. - Morbidité et mortalité des enfants de moins de 5 ans au centre hospitalier régional de Kara. *Publications Médicales Africaines* 1987; **84** : 26-34.

3^e Journée de la Dermatologie Tropicale et Pathologie des Voyageurs Mont Sainte Odile / Strasbourg • 3 février 2001

Mesdames, Messieurs, Chers Collègues,

Les médecins généralistes et spécialistes sont quotidiennement confrontés à la pathologie tropicale par les touristes, de plus en plus nombreux retournant des pays exotiques, et les immigrés. Ainsi, des connaissances spécifiques sont-elles de plus en plus importantes.

Nous voulons présenter d'une part, des maladies infectieuses courantes d'intérêt général, et d'autre part, insister sur les aspects dermatologiques des affections tropicales.

Ce programme bilingue (allemand et français) offre une possibilité d'échange entre les généralistes, les dermatologues et les spécialistes des maladies tropicales français et allemands.

Je me permets de vous souhaiter la bienvenue au 3^e symposium de dermatologie tropicale et de pathologie des voyageurs, qui aura lieu au Mont Sainte Odile (35 kilomètres à l'ouest de Strasbourg).

Dr Stefan Walther

Programme

09 h 00	Bienvenue Dr Pönnighaus, Plauen	14 h 00	Verletzung durch Gifttiere Pr Mebs, Frankfurt
09 h 15	Histopathologie de la peau noire Pr Grosshans, Strasbourg	14 h 40	Maladie de Kaposi Dr Dupin, Paris
09 h 55	Arzneimittelreaktionen auf dunkler Haut Dr Schmid, Davos	15 h 20	Pause café
10 h 35	Pause café	15 h 40	Tuberkulose : diagnostik und therapie Pr Loddenkemper, Berlin
10 h 45	Ulcère de Buruli Dr Dega, Paris	16 h 20	Reisediarrhoe Dr Döller, Tübingen
11 h 25	Cas cliniques	17 h 00	Résumé et épilogue Dr Schwarz, Dierhagen
12 h 15	Déjeuner		

Renseignements et inscription :

Dr S. Walther, Clinique Dermatologique, 1 place de l'hôpital, BP 426, F-67091 Strasbourg Cedex.
Tel. : 03 88 95 80 53 • Fax : 03 88 95 82 96 • TropDerm@yahoo.com

Frais d'inscription :

Symposium et séjour (1 nuit à l'hôtel du Mont Sainte Odile, pension complète) 400 Frs
Tarif réduit pour les membres de la société ou étudiants 350 Frs
Symposium (déjeuner et pauses café compris) 150 Frs
Tarif réduit pour les membres de la société ou étudiants 100 Frs