

L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche

République du Mali
Un peuple-Un But-Une Foi Scientifique



**Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie**



Année universitaire : 2025-2026

N°

THESE
**PREVALENCE ET PRONOSTIC DE LA
GROSSESSE CHEZ LES GRANDES
MULTIPARES DANS LE DISTRICT
SANITAIRE DE KITA
(2020- 2023)**

Présentée et soutenue publiquement le 06/juin/2026 Devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par : DJENEMOUSSA KANTE

.....

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(*DIPLOME D'ÉTAT*)

Président : M. Augustin Tioukani THERRA, Professeur

Membre : M. Alassane TRAORE, Maitre de conférences

M. Abdoulaye SISSOKO, Maitre de conférences

Directeur: M. Ibrahima TEGUETE, Professeur



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025**

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie □ Chirurgie Générale
2	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
3	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
4	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
5	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
6	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie – Virologie
7	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
8	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
9	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
10	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
11	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
12	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
13	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
15	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale □ Minérale
16	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
17	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
19	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
20	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
21	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
22	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

23	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
24	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
26	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
27	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
28	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
29	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie – Hépatologie
32	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
33	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
34	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
35	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
36	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
37	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
38	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
39	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
40	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
41	Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
42	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
43	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
44	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
45	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
46	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
47	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
48	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
49	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
50	Mme Fatimata KONANDJI	Ophthalmologie
51	Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
52	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophthalmologie
53	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
54	Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
55	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
56	Mr Abdou Alassane TOURE	OrthopédieTraumatologie
57	Mr Adama SANGARE	OrthopédieTraumatologie
58	Mr Sékou SIDIBE	OrthopédieTraumatologie
59	Mr Tiéman COULIBALY	OrthopédieTraumatologie
60	Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
61	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
62	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
63	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
64	Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
65	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
66	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
67	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
68	Mr Issa TRAORE	Radiologie
69	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
70	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
71	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
72	Mr Mamadou Souncale TRAORE	Santé Publique

73	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
74	Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
75	Mr Aly TEMBELY	Urologie
76	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
77	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
78	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladjji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Broulaye Massoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
6	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
7	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
9	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
10	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
11	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
12	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
13	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
14	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
15	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
16	Mr Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
19	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
20	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophthalmologie
21	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
22	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
23	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
24	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation

9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
39	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
41	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
42	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
43	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
44	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
45	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
46	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
47	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
49	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
50	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
53	Mr Bougadari COULIBALY	Prothèse Scellée
54	Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale
55	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
56	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
57	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
58	Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie

59	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
60	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
4	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
5	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
6	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
9	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
10	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
11	Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
13	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire

14	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
15	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
16	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
17	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
18	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
2	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
3	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
4	Mr Sidy BANE	Immunologie
5	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
6	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
7	Antièmé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
5	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépto Gastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto Gastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto Gastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale

49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Djigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie

7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
3	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
4	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
5	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
7	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
8	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
9	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
10	Mr Ousmane LY	Santé Publique
11	Mr Ilo DICKO	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Djénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahim KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Madani MARICO	Chimie générale
5	Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
6	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
7	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
8	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
9	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
10	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
11	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
12	Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
13	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
14	Mr Issa COULIBALY	Gestion

15	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
16	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
17	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
18	Mr Brahim DICKO	Médecine Légale
19	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
20	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
22	Mr Ibrahima FALL	OCE
23	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
24	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
25	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
26	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
27	Mr Madani LY	Oncologie
28	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
29	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
30	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
31	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
32	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
33	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
34	Mr Morodian DIALLO	Physique
35	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
36	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
37	Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
38	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 10 / 12 / 2025

Le Secrétaire Principal

 Dr Monzou TRAORE

DÉDICACES

Bismil-lahi-Rahmani-Rahimi

Gloire et pureté à Allah, Seigneur des mondes, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, Détenteur des faveurs infinies, Maître du Jour de la Résurrection, le Vivant, Celui qui subsiste par Lui-même. Je Le remercie pour Sa grâce sans laquelle ce travail n'aurait pu voir le jour. Il est le Détenteur de l'immense bienfait.

Que la paix, la bénédiction, le salut et le pardon divins soient accordés au meilleur des créatures, le Prophète Muhammad (paix et salut sur lui), ainsi qu'à sa noble famille, à ses compagnons et à tous ceux qui le suivront jusqu'au Jour dernier.

À mon père : Sinè Kanté

Papa, les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer toute ma reconnaissance. Tu m'as sorti des ténèbres vers la lumière en m'inscrivant à l'école. Tu nous as transmis les valeurs essentielles de dignité, d'honneur, de respect et de probité. Tu nous as appris le sens du partage, de la tolérance, de l'endurance et de la patience. Malgré l'épreuve de la maladie que tu traverses, ton amour et ton dévouement pour la famille ne faiblissent pas. Tu incarnes la simplicité, le courage, le sérieux et la bienveillance. Sans toi, je ne serais pas celui que je suis devenu. Tes prières, tes bénédictions et ton soutien m'ont accompagné à chaque étape. Que le Tout-Puissant t'accorde une longue vie pleine de sérénité. Ce travail t'est dédié, avec tout mon amour et ma gratitude.

À ma mère : feu Sali Doumbia

Chère maman, j'aurais tant souhaité que tu sois parmi nous aujourd'hui... Ce travail est le fruit de ton endurance et de ton amour. Femme du champ, femme de courage, tu t'es battue pour que moi et mes frères puissions aller à l'école. Malgré ton propre état de santé, tu t'es déplacée de Sénou jusqu'au Point G pour me soutenir durant ma maladie. Ce fut notre dernière rencontre ici-bas, mais ton souvenir reste vivant en moi. Maman de tous les enfants du quartier, ton amour universel, ta bienfaisance, ton soutien indéfectible à papa et ta bénédiction nous ont portés. Aucune offrande ne saurait récompenser tes sacrifices. Qu'Allah, dans Son infinie miséricorde, t'accorde une place dans la demeure éternelle. Je t'aime maman.

À mes grands-parents, maternels et paternels

Votre bénédiction et vos prières m'ont toujours accompagné. Recevez ici l'expression de ma tendresse, de mon profond amour et de ma reconnaissance. Que ce travail soit pour vous une invocation de miséricorde.

À ma grand-mère : feu Yiriba Bakayoko

J'aurais tant souhaité que vous soyez présente en ce jour. Votre amour et votre secours m'ont soutenu dans les moments les plus sombres de mon enfance. Qu'Allah vous accorde une place dans Son Paradis.

À mon épouse : Kadidia Déyoko

Femme de ma vie, mon âme sœur, ton amour, ta patience et ton soutien ont été essentiels à l'achèvement de ce travail. Que Dieu bénisse et protège notre union.

À mon fils : Zié Kanté

Tu es ma fierté et ma joie. Que Dieu t'accorde une longue vie, pleine de sagesse et de bonheur. Je t'aime profondément.

À mes frères et sœurs : Yacouba, Soumaila, Youba, Bourama, Chian, Fatoumata, Safiatou, Kadidiatou, N'moh, Mariama, Demba, Nouhoum, Fousseyne Kanté

Vous m'avez toujours soutenu, physiquement, moralement, financièrement. Merci pour le respect et l'amour que vous me témoignez. Que Dieu vous récompense abondamment et vous assiste dans tout ce que vous entreprenez. Je vous serai éternellement reconnaissant. Que le Tout-Puissant renforce notre lien fraternel et fasse de notre union une force indéfectible.

À mes oncles : Salif, Amadou, Adama, Seydou, Lassina, Zié Kanté

Vous avez été, avec mon père, les véritables piliers de ma vie. Notre famille puise sa grandeur dans votre union. Que Dieu la renforce et vous accorde une longue et heureuse vie.

À mes tantes : Rokia Doumbia, Mariam Doumbia, Diatou Sangaré, Setou Bagayoko, N'zélé Bagayoko, Maimouna Coulibaly, Maimouna Bagayoko

Merci pour vos bénédictions, vos encouragements et votre tendresse.

À mes cousins : Soumaila Bagayoko, Massa Bagayoko, Amidou Doumbia et tous les autres

Je garde en mémoire les instants joyeux partagés ensemble. Recevez ici l'expression de mon amour, de mon attachement profond et de mes vœux sincères de bonheur et de réussite. Que Dieu vous protège et vous comble de ses bienfaits.

REMERCIEMENTS

À mes enseignants du primaire et du secondaire, je tiens à exprimer ma plus sincère gratitude. Par votre patience et votre dévouement, vous avez posé les fondations solides de mon parcours. Vous ne vous êtes pas contentés de m'apprendre à lire, écrire et compter ; vous m'avez appris à rêver, à questionner, à croire en moi et à aspirer à un avenir meilleur.

À mes maîtres de la faculté, dont l'érudition, la rigueur et la générosité intellectuelle ont éclairé mon chemin, je rends un hommage appuyé. Grâce à vous, j'ai appris à penser avec clarté, à travailler avec discipline, et à rechercher l'excellence non pas pour la gloire personnelle, mais pour servir la vérité et le bien commun.

Au Professeur Ibrahima Téguté,

Je tiens à adresser des remerciements particuliers, empreints de respect et d'admiration. Votre grandeur d'âme, votre sens du partage et votre sagesse m'ont profondément marqué. En me rappelant sans cesse l'importance du travail acharné et de la quête sincère de savoir, au-delà des gains éphémères, vous m'avez transmis la valeur de la persévérance et de l'intégrité. Cette thèse porte l'empreinte de votre guidance bienveillante. Que le Seigneur vous comble de Ses grâces.

Au Docteur Amadou Ly,

Chef de service de la maternité du CSREF de Kita, je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance pour votre accompagnement constant, vos conseils éclairés et votre disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail. Votre expertise, votre exigence scientifique et votre bienveillance ont été déterminants dans la réussite de cette thèse. Merci pour la confiance que vous m'avez témoignée et pour toutes les opportunités d'apprentissage que vous m'avez offertes.

Au Docteur Moussa Doumbia,

collègue de service et pédagogue remarquable, je vous suis sincèrement reconnaissant pour votre disponibilité, votre patience et votre passion pour l'enseignement de l'obstétrique. Vous m'avez transmis, avec rigueur et engagement, les fondements de cette discipline exigeante. Votre soutien quotidien a été précieux dans mon apprentissage et mon évolution.

À tout le personnel du CSCom de Kassaro,

Je vous adresse mes remerciements les plus sincères pour l'accueil chaleureux, la disponibilité et la précieuse collaboration dont vous avez fait preuve durant la période de collecte des

données. Votre engagement a été essentiel au bon déroulement de cette étude, et je vous en suis profondément reconnaissant.

À mes collègues thésards du district de Kita,

Je souhaite exprimer toute ma gratitude pour votre solidarité, vos encouragements et la richesse des échanges que nous avons partagés. Votre camaraderie a apporté chaleur humaine et fraternité à ce parcours parfois difficile, mais toujours porteur de sens.

À mes amis d'enfance et de la faculté,

Merci pour votre présence fidèle, vos mots d'encouragement et votre amitié indéfectible. Dans les moments de doute, vous avez su m'apporter soutien moral et sérénité. Votre bienveillance a été un moteur puissant dans l'aboutissement de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président du jury

Professeur Augustin Tioukani THERRA

- **Chef de service de gynécologie-obstétrique CHU point G ;**
- **Professeur titulaire de la faculté de Médecine et odonto-stomatologie ;**
- **Ancien faisant fonction d'interne des hôpitaux de Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'une attestation de formation spécialisée en gynécologie obstétrique : université Claude Bernard Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'un diplôme d'étude universitaire en thérapeutique de la stérilité – Université Paris IX (France) ;**
- **Titulaire d'un diplôme européen d'encyclopédie opératoire en gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France) ;**
- **Titulaire d'un diplôme d'étude universitaire en encyclopédie et pathologies cervico-vaginales Angers (France)**
- **Titulaire d'un diplôme Inter universitaire d'échographie gynécologique et obstétricale Université Paris Descartes**
- **Titulaire d'un certificat d'études spécialisées en gynécologie obstétrique : Université de Benin**
- **Doctorat d'état en médecine : Université d'état de médecine Pirogov : Vinnitsa (Ukraine)**
- **Membre du comité politique du programme de la reproduction Humaine (HRP) à l'OMS : Genève (Suisse).**

Cher maitre,

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Votre disponibilité, votre abord facile, votre dévouement au travail, et votre modestie imposent le respect et représentent le model que nous serons toujours heureux de suivre. C'est l'occasion pour nous de vous exprimer notre admiration pour votre compétence professionnelle, pédagogique et pour votre grande sympathie. Comptez sur notre profonde gratitude et notre sincère reconnaitre cher maître . Que Dieu le tout puissant, vous accorde santé et longévité.

A notre maitre et juge

Professeur Alassane TRAORE

- **Chef du service de gynécologie du centre de procréation médicalement assistée de l'hôpital du Mali ;**
- **Professeur / Maitre de conférences à la Faculté de médecine et odontostomatologie.**

Cher Maitre,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations, nous honore et témoigne de toute l'attention que vous nous portez. Votre humanisme, votre intégrité, votre rigueur dans le travail bien fait, votre contact facile est autant de qualités irréfutables qui font de vous un Maître respecté et admiré. Cher Maître, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance

A notre maitre et juge

Professeur Abdoulaye SISSOKO

- **Praticien Hospitalier au CHU Mère-Enfant le Luxembourg**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique de la garnison militaire de Kati ;**
- **Membre de la société Malienne de Gynécologie et d'obstétrique (SOMAGO) ;**
- **Ancien Secrétaire général adjoint de la SAGO ;**
- **Chef de service de Gynécologie et d'obstétrique de la clinique périnatale Mohamed VI ;**
- **Commandant des forces armées du Mali ;**

Cher Maitre

Vous nous faites un réel plaisir et un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos importantes et multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, vos éminentes qualités humaines et pédagogiques, votre persévérance et votre rigueur dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher maître, soyez rassurés de toute notre gratitude, notre confiance et notre profonde reconnaissance. Puisse Dieu vous donner une longue vie.

A notre maître et directeur de thèse

Pr Ibrahima TEGUETE

- **Professeur titulaire en gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Chef de service de gynécologie du CHU Gabriel Touré.**
- **Secrétaire général de la société Africaine de gynécologie obstétrique (SAGO).**
- **Président de la société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SAMAGO)**
- **Point focal du dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali.**
- **Président en élection de AFOG**

Cher maître,

En dirigeant ce travail, vous avez guidé nos pas dans la recherche scientifique et notre amour envers ce métier n'a fait qu'augmenter.

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour nous avoir accueilli dans votre service et transmis votre savoir en faisant preuve de votre attachement à notre formation.

Nous nous souviendrons toujours de votre générosité, de votre gentillesse et surtout de vos précieux conseils durant notre séjour dans votre service.

Nous sommes fiers de compter parmi vos élèves.

Veillez agréer cher maître, le témoignage de notre immense reconnaissance et de notre profonde gratitude.

Que Dieu le tout puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations puissent bénéficier de votre enseignement

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AC	Animateur Communautaire
AF	Association des Femmes
AMCP-SP	Alliance Médical Contre le Paludisme-Santé Population
AOR	Odds Ratio Ajusté
APGAR	Apparence Pouls Grimace Activité Respiration.
ASC	Agent de Sante Communautaire
ASS	Afrique Sub-Saharienne
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPN	Consultation Périnatale
CPNG	Consultation Périnatale Groupée
CSC om	Centre de Santé Communautaire.
CSRéf	Centre de Santé de Référence
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DRC	Dépôt Répartiteur Central
DTC	Directeur Technique du Centre
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FAF	Fer Acide Folique
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
FMOS	Faculté de Médecine et Odontostomatologie
GAC	Groupe d'Appui Communautaire
GAC	Groupes Action Communautaire
GEU	Grossesse Extra-Utérine
GF	Groupements Femmes
GMP	Grande Multiparité
HPP	Hémorragie du Post-Partum
HPPI	Hémorragie du Post-Partum Immédiat
HTA	Hypertension Artérielle
IBM	International Business Machines Corporation
IRA	Infection Respiratoire Aigu
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
KBK	Kita Bafoulabe Kéniéba

MAP	Menace d'Accouchement Prématuro
MFIU	Mort Foetale In Utero
MII	Moustiquaires Imprégné d'Insecticide
MILD	Moustiquaires Imprégné à Longue Durée
OAP	Œdème Aigu du Poumon
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OR	Odds Ratio
PDS	Plan Décennal de Développement Sanitaire
PPN	Petit Poids de Naissance
RCIU	Retard de Croissance Intra Utérin
RPM	Rupture Prématuroe des Membranes
SA	Semaine d'Aménorrhée
SFA	Souffrance Foetale Aigue
SIDA	Syndrome Immunodéficience Acquise
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux Néonatale d'Urgence
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SPS	Statistical Package for the Social Sciences
TPIG	Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte
USAC	Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH	Virus Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte sanitaire du district sanitaire de Kita 2024	21
---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des parturientes selon l'âge et le statut matrimonial en fonction du rang de parité au CSRéf de Kita (2020–2023).....	33
Tableau 2 : Répartition des issues de grossesse, modes d'accouchement, présentations fœtales et complications pendant la grossesse selon le rang de parité des parturientes admises au CSRéf de Kita (2020–2023).....	1
Tableau 3 : Répartition des grandes multipares selon les aires de sante au cours de l'accouchement.....	2
Tableau 4 : Répartition des principales pathologies maternelles diagnostiquées au cours de la grossesse selon le rang de parité des parturientes admises au CSRéf de Kita (2020–2023).....	4
Tableau 5 : Répartition des morbidités maternelles et néonatales survenues au moment de l'accouchement selon la parité des parturientes dans les aires de santé de Kita (2020–2023).....	6
Tableau 6 : Répartition des décès maternels selon la parité des parturientes dans les aires de santé (2020–2023).....	7
Tableau 7 : Causes de décès maternels chez les grandes multipares admises dans les aires de santé (2020–2023).....	8
Tableau 8 : Répartition des causes directes et indirectes de morbidité maternelle selon la parité des parturientes dans les aires de santé (2020–2023).....	9
Tableau 9 : Létalité des complications obstétricales et médicales selon la parité des parturientes dans les aires de santé (2020–2023).....	11
Tableau 10 : Profil comparatif des complications néonatales majeures selon la parité dans les aires de santé (2020–2023).....	13
Tableau 11 : Répartition des causes de décès néonatal selon la parité des parturientes dans les aires de santé (2020–2023).....	15
Tableau 12 : Létalité des principales complications néonatales selon la parité des parturientes dans les aires de santé (2020–2023).....	16

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACES	II
REMERCIEMENTS	XIV
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY.....	XVI
LISTE DES ABREVIATIONS	XX
LISTE DES FIGURES.....	XXII
LISTE DES TABLEAUX.....	XXIII
1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS	4
2.1. Objectif général	4
2.2. Objectifs spécifiques.....	4
3. GÉNÉRALITÉS.....	5
3.1. Définitions, cadre historique et terminologique	5
3.2. Données épidémiologiques mondiales, africaines et maliennes.....	6
3.3. Facteurs associés et déterminants sociaux de la grande multiparité.....	7
3.3.1. Faible niveau d'instruction et alphabétisation limitée	8
3.3.2. Mariage précoce et précocité de la première grossesse	8
3.3.3. Faible couverture contraceptive et obstacles à la planification familiale	8
3.3.4. Normes socioculturelles valorisant la fécondité élevée	9
3.3.5. Polygamie et compétition reproductive entre coépouses.....	9
3.3.6. Ruralité, pauvreté et accès limité aux services de santé reproductive	10
3.3.7. Absence de filets sociaux et stratégies familiales de sécurité.....	10
3.4. Conséquences maternelles associées à la grande multiparité.....	10
3.5. Conséquences périnatales et néonatales	12
3.6. Recommandations de l'OMS et stratégies de prise en charge des grandes multipares .	14
3.6.1. Modèle des huit contacts prénatals (CPN_8Contacts).....	14
3.6.2. Accouchement en structure médicalisée disposant des SONU.....	15
3.6.3. Planification familiale post-partum immédiate.....	15
3.6.4. Mobilisation communautaire et éducation reproductive.....	15

3.6.5. Renforcement systémique des soins de santé primaires	16
3.7. Lacunes de la littérature et contribution attendue de l'étude.....	16
3.7.1. Couverture géographique incomplète en Afrique de l'Ouest francophone	17
3.7.2. Approche biomédicale dominante, au détriment des dimensions sociales	17
3.7.3. Rareté des approches longitudinales et qualitatives.....	17
3.7.4. Marginalisation des grandes multipares dans les politiques de santé ciblées.....	18
3.7.5. Absence de données sur les dimensions psychologiques, nutritionnelles et économiques	18
3.7.6. Contribution attendue de la présente étude dans le district de Kita	18
4. MÉTHODOLOGIES	20
4.1. Cadre de l'étude.....	20
4.2. Type d'étude	22
4.3. Population d'étude	22
4.3.1. Critères d'inclusion.....	22
4.3.2. Critères de non-inclusion :	22
4.4. Taille minimale de l'échantillon.....	22
4.5. Déroulement de l'étude :	23
4.5.1. Approche communautaire et mobilisation sociale	24
4.5.2. Sources des données.....	25
4.5.3. Technique de collecte des données	26
4.5.4. Variables de l'étude	26
4.5.5. Analyse des données	27
4.6. Aspects éthiques	28
4.7. Définitions opératoires	29
5. RÉSULTATS	32
5.1. Description de l'échantillon.....	32
5.2. Caractéristiques sociodémographiques.....	32
5.3. Issues de la grossesse et complications obstétricales	33
5.3.1. Répartition géographique des grandes multipares selon les aires de santé.....	1
5.4. Morbidité et mortalité maternelles	2

5.4.1. Morbidité maternelle pendant grossesse	2
5.4.1.1. Morbidité maternelle au moment de l'accouchement selon la parité.....	4
5.4.2. Décès maternels selon la parité	7
5.4.2.1. Causes directes de décès maternels chez les grandes multipares	7
5.4.2.2. Causes directes et indirectes de morbidité maternelle selon la parité	8
5.4.2.3. Létalité des complications maternelles selon la parité	10
5.5.1. Indicateurs périnataux globaux	11
5.5.2. Profil global de la morbidité néonatale selon la parité.....	12
5.5.3. Causes de décès néonatal selon la parité.....	14
5.5.4. Létalité des complications néonatales selon la parité	15
6. DISCUSSION	17
7. RECOMMANDATIONS	26
8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	28
9. FICHE SIGNALÉTIQUE	32
10. SERMENT D'HIPPOCRATE	35

1. INTRODUCTION

La santé maternelle demeure un défi de santé publique majeur dans les pays à revenu faible et intermédiaire, en particulier en Afrique subsaharienne (ASS), où les indicateurs de mortalité maternelle restent préoccupants. En 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait que près de 200 000 décès maternels étaient survenus sur le continent africain, représentant environ 70 % du fardeau mondial de mortalité maternelle évitable [1]. Ces décès, pour la plupart évitables, surviennent dans des contextes marqués par l'insuffisance des infrastructures sanitaires, et des ressources, une faible couverture des soins prénatals, ainsi que des normes socioculturelles influentes et des contraintes géographiques importantes [2, 3].

Dans ce contexte, la grande multiparité (GMP) constitue une dimension obstétricale singulière qui mérite une attention particulière. Classiquement définie comme le fait d'avoir accouché au moins cinq fois d'un enfant viable, la grande multiparité est parfois différenciée de la « très grande multiparité » à partir de dix accouchements vivants [4, 5]. Cette condition reste fréquente dans les milieux ruraux à forte fécondité, comme en Afrique de l'Ouest, où l'entrée précoce dans la vie reproductive, la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes et les pressions sociales favorables à la maternité répétée en renforcent la prévalence [6, 7].

Dans les pays développés, à l'inverse, la GMP est devenue peu fréquente grâce à large diffusion des méthodes de contraceptive, du recul de l'âge à la première grossesse et le choix du nombre d'enfants par femme. Ces écarts mettent en évidence l'importance du contexte socio-économique et sanitaire dans l'analyse et l'interprétation des conséquences de la GMP.

Sur le plan médical, la GMP a été historiquement associée à une augmentation des complications obstétricales et néonatales. Plusieurs études ont rapporté une incidence accrue d'hémorragie du post-partum (HPP), de rupture utérine, de présentations anormales, de pré éclampsie ou encore de macrosomie fœtale [4, 5, 8]. Sur le plan néonatal, les issues défavorables les plus fréquentes incluent la prématurité, le faible poids de naissance, les scores d'Apgar bas et la mortinatalité [9, 10].

Toutefois, ces effets ne sont pas universels. L'étude menée au Mali par Teguede et al. [11], sur plus de 17 000 accouchements à Bamako a révélé que si certaines complications (rupture utérine : 2,5 %; HPP : 9,1 %) étaient plus fréquentes chez les grandes multipares, les taux de mortalité maternelle et néonatale n'étaient pas significativement plus élevés que chez les multipares, suggérant que la qualité des soins joue un rôle atténuateur important.

Des travaux similaires en Tanzanie [12] et en Éthiopie [6, 13] soulignent que les risques liés à la GMP sont largement modulés par des facteurs contextuels tels que l'âge maternel, le niveau d'instruction, l'accès aux soins prénatals, la fréquence des accouchements à domicile, et les conditions socioéconomiques.

Une revue systématique récente en 2025 conclut que la GMP ne peut être considérée comme un facteur de risque indépendant, mais plutôt comme un marqueur d'exposition à des conditions sociales et sanitaires défavorables [7].

Au Mali, malgré des progrès notables tels que la gratuité de la césarienne, la mise en œuvre de la Stratégie nationale de planification familiale, et la mise en œuvre du modèle CPN_8Contacts, la prévalence de la GMP reste élevée, notamment en milieu rural, où la couverture contraceptive moderne demeure faible (9 % selon l'EDS 2018), et l'accessibilité aux soins obstétricaux reste limitée [14].

Le district sanitaire de Kita, dans la région de Kayes, illustre cette situation. Majoritairement rural et difficilement accessible, notamment pendant la saison des pluies, il est confronté à un déficit de personnel qualifié, à des ruptures fréquentes de produits essentiels, et à une faible couverture en soins obstétricaux d'urgence. Les données du système national d'information sanitaire (SNIS) indiquent une proportion importante de femmes multipares parmi les parturientes, mais aucune étude récente n'a permis d'analyser systématiquement la prévalence et les issues obstétricales associées à la grande multiparité dans cette zone.

Face à ce manque de données locales, la présente étude vise à combler cette lacune en analysant les caractéristiques sociodémographiques, obstétricales et les issues materno-fœtales des grossesses chez les grandes multipares dans le district sanitaire de Kita. Elle

s'inscrit dans une démarche opérationnelle destinées probantes susceptibles d'éclairer la planification des interventions en santé maternelle dans les zones rurales du Mali.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Etudier la grossesse chez les grandes multipares dans le district sanitaire de Kita.

2.2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence de la grande multiparité parmi les femmes enceintes prises en charge dans les structures sanitaires du district de Kita.
2. Décrire les complications maternels et fœtales de la grossesse chez les grandes multipares.
3. Analyser les facteurs de risques sociodémographiques et obstétricaux susceptibles d'influencer le pronostic de la grossesse chez les grandes multipares.

3. GÉNÉRALITÉS

3.1. Définitions, cadre historique et terminologique

En obstétrique, la parité désigne le nombre de grossesses menées à un terme (au-delà de 22 semaines d'aménorrhée) ayant abouti à la naissance d'un enfant viable. Elle se distingue de la gravidité, qui renvoie au nombre total de grossesses, quelle qu'en soit l'issue. Classiquement, une femme est dite primipare lorsqu'elle accouche pour la première fois, multipare lorsqu'elle a eu deux à quatre accouchements, grande multipare à partir de cinq, et très grande multipare ou hyper multipare à partir de dix accouchements ou plus [4, 8, 11].

Historiquement, la grande multiparité était une situation courante dans les sociétés agraires et rurales, où une fécondité élevée était encouragée pour des raisons culturelles, religieuses et économiques. Dans les pays industrialisés, la transition démographique, l'élévation du niveau d'éducation féminin et l'accès à la contraception ont entraîné une forte baisse de la prévalence des grandes multipares. Ainsi, Juntunen et al. [4], rapportaient que les très grandes multipares (≥ 10 enfants) représentaient moins de 0,5 % des accouchements en Finlande dans les années 1990, tandis qu'Al-Shaikh et al., ont montré que cette proportion était de 10,2 % en Arabie Saoudite dans les années 2010 [15].

La définition de la grande multiparité varie selon les auteurs et les contextes. Si la FIGO la fixe à cinq accouchements de nouveau-nés viables, plusieurs études ont retenu des seuils différents. Bezie et al. (Éthiopie) [13], Peled et al. (Europe) [8] et Mgaya et al. (Tanzanie) [6] utilisent le seuil de ≥ 5 naissances, mais distinguent les très grandes multipares à partir de ≥ 10 , notamment en lien avec une augmentation non linéaire des risques. De même, Jacquemin et al. [5], proposent une stratification à trois niveaux : multipares modérées (2–4), grandes multipares (5–9) et très grandes multipares (≥ 10) [5]. Cette classification est utilisée dans plusieurs études africaines et permet d'analyser plus finement le gradient de risque obstétrical avec l'augmentation de la parité.

Les études de Teguede au Mali [11], Zeleke en Afrique de l'Est [7], et Khan en Arabie Saoudite [10], montrent que l'association entre grande multiparité et complications obstétricales dépend fortement de l'environnement sanitaire. Ainsi, dans les contextes où

les soins obstétricaux sont bien assurés, les grandes multipares peuvent avoir des pronostics similaires aux autres femmes [4, 8]. En revanche, dans les environnements précaires, le risque materno-fœtal est nettement augmenté [6, 7, 11].

Il est également crucial de distinguer la grande multiparité de la notion de “femme âgée enceinte” ou de “femme à haut risque obstétrical”, souvent confondues dans les pratiques cliniques et les documents de santé publique en Afrique subsaharienne. Teguate et al., soulignent cette confusion fréquente au Mali, pouvant conduire à des approches inadaptées [11].

Enfin, les auteurs insistent sur l’importance d’une terminologie partagée pour permettre la comparabilité internationale des données, condition indispensable à une planification efficace des politiques de santé reproductive [5, 7, 8, 15].

3.2. Données épidémiologiques mondiales, africaines et maliennes

La prévalence de la grande multiparité varie fortement selon les contextes socio-économiques, culturels et sanitaires. Dans les pays à revenu élevé, elle est devenue rare. En Finlande, des auteurs ont observé que les très grandes multipares (≥ 10 accouchements) représentaient moins de 0,5 % des parturientes, contre plus de 5 % dans les décennies antérieures [4]. De même, dans une étude menée en Israël, ont montré une baisse significative du nombre de GMP au sein de la population générale, bien que certaines sous-populations (notamment ultra-orthodoxes) maintiennent des taux élevés [8].

En revanche, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et notamment en Afrique subsaharienne, la grande multiparité reste fréquente. Cette situation est liée à un indice synthétique de fécondité (ISF) encore élevé, une entrée précoce dans la vie reproductive et un accès limité aux méthodes contraceptives modernes. Selon le rapport du *World Population Prospects 2022*, l’ISF dépasse 6 enfants par femme au Niger, au Tchad, en République démocratique du Congo et au Mali.

La méta-analyse de Zeleke et al. [7], couvrant 19 études en Afrique, estime que 24,97 % des GMP présentent une issue périnatale défavorable. L’étude identifie une prévalence de la GMP significativement plus élevée dans les zones rurales, associée à un risque accru

d'accouchement à domicile, de faible recours aux soins prénatals et de complications obstétricales antérieures.

En Tanzanie, Mgaya et al., ont montré que les GMP représentaient 26 % des accouchements dans deux hôpitaux de référence [6]. Muniro et al., dans une étude portant sur plus de 12 000 accouchements, ont confirmé cette proportion, insistant sur la stabilité de la prévalence dans le temps malgré les campagnes de sensibilisation à la planification familiale [12].

En Éthiopie, Bezie et al., ont rapporté une prévalence de 18,4 % dans les maternités publiques de la région sud [13]. Ces études soulignent l'importance de la GMP dans les systèmes de santé africains, notamment dans les zones périphériques, où les ressources sanitaires sont souvent limitées.

Au Mali, les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2018) confirment une fécondité élevée, avec un ISF national de 6,3, atteignant jusqu'à 8 enfants par femme dans les régions rurales telles que Kayes ou Sikasso [14]. L'étude de Tegute et al., menée à l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako, montre que les grandes multipares représentaient 20 % des accouchements hospitaliers entre 1990 et 2010, sans tendance significative à la baisse sur deux décennies [11].

Khan et al., dans une étude saoudienne rétrospective, ont également rapporté une prévalence élevée de GMP dans les zones rurales et un risque accru de complications obstétricales lorsque la parité dépasse 5 [10]. Ces observations font écho à la situation malienne, où les taux de contraception moderne restent faibles : seulement 16 % des femmes en union utilisaient une méthode moderne en 2018, avec de fortes disparités urbain/rural (29 % vs 9 %) [EDS 2018].

3.3. Facteurs associés et déterminants sociaux de la grande multiparité

La GMP ne saurait être appréhendée uniquement à travers une grille biomédicale. Elle résulte de l'interaction complexe de facteurs socio-économiques, culturels, institutionnels et contextuels profondément ancrés dans les sociétés à faible revenu. Dans les pays d'Afrique subsaharienne comme le Mali, la GMP reste un phénomène fréquent et multiforme, reflet à la fois des normes sociales dominantes, des contraintes structurelles et

des dynamiques démographiques. Les articles analysés convergent vers une compréhension intégrée du phénomène, mettant en lumière des déterminants croisés.

3.3.1. Faible niveau d'instruction et alphabétisation limitée

L'éducation des filles constitue un levier déterminant pour la régulation de la fécondité. Plusieurs études ont établi une corrélation inverse entre le niveau d'instruction et le nombre de grossesses. En Éthiopie, Bezie et al. (2024) ont constaté que 69 % des grandes multipares n'avaient pas achevé l'école primaire, contre 35 % chez les multipares modérées [7]. En Tanzanie, Mgaya et al. (2013) ont rapporté que 65,4 % des GMP étaient analphabètes ou n'avaient jamais été scolarisées [6]. Le manque d'éducation limite l'accès aux informations sur la santé reproductive, réduit l'autonomie dans la prise de décision et accroît la vulnérabilité aux pressions familiales ou conjugales en matière de procréation.

L'étude de Khan et al. (2022) en Arabie Saoudite a confirmé cette tendance, en montrant que le taux de GMP était significativement plus élevé chez les femmes ayant un faible niveau d'instruction, y compris dans un contexte à revenu intermédiaire [8]. En milieu malien, l'EDS 2018 indique que seulement 22 % des femmes rurales de 15 à 49 ans savent lire et écrire, ce qui constitue un terrain favorable à la perpétuation de la GMP.

3.3.2. Mariage précoce et précocité de la première grossesse

La précocité du mariage constitue l'un des déterminants structurels majeurs de la grande multiparité. L'âge médian au premier mariage est de 16,6 ans au Mali (EDS 2018), et même inférieur dans certaines régions rurales. Cette entrée précoce dans la vie reproductive augmente mécaniquement la durée d'exposition à la fécondité.

Muniro et al. (2019) ont montré que les femmes mariées avant 18 ans avaient 2,5 fois plus de risque de devenir GMP, un effet médié par le cumul d'années fertiles et le faible recours à la contraception [5]. À Bamako, Teguate et al. (2012) ont retrouvé une forte corrélation entre la GMP et le mariage avant 17 ans [2].

3.3.3. Faible couverture contraceptive et obstacles à la planification familiale

Le recours limité aux méthodes contraceptives modernes constitue un facteur central dans l'explication de la GMP. Dans l'étude de Mgaya et al. [6], 72 % des GMP déclaraient

n'avoir jamais utilisé une méthode contraceptive, principalement en raison d'un manque d'information, de la peur des effets secondaires, de l'opposition du conjoint ou de l'indisponibilité locale des produits.

Zelege et al., soulignent que l'accès géographique et économique à la contraception, combiné à la qualité du counselling et à la disponibilité des méthodes de longue durée, détermine largement les comportements contraceptifs des GMP [7]. Au Mali, le taux d'utilisation d'une méthode moderne est de 16 % chez les femmes en union, avec seulement 9 % en milieu rural (EDS 2018) [14].

3.3.4. Normes socioculturelles valorisant la fécondité élevée

Dans de nombreuses sociétés africaines, la fertilité demeure au cœur du statut social féminin. Porter plusieurs enfants est perçu comme un accomplissement personnel, un gage de bénédiction divine et une forme de sécurité économique. Tegete et al., rapportent dans leur étude à Bamako, que certaines femmes exprimaient ouvertement leur fierté d'avoir eu plus de huit enfants, perçus comme une garantie de reconnaissance conjugale et communautaire [11].

Zelege et al., montrent que la norme de fécondité élevée est renforcée par le poids des traditions, des croyances religieuses et de la pression familiale, en particulier dans les zones rurales [7]. Cette norme freine l'adhésion volontaire à la contraception et rend socialement valorisant le statut de grande multipare.

3.3.5. Polygamie et compétition reproductive entre coépouses

Dans les contextes polygames, la procréation est parfois utilisée comme un levier de pouvoir symbolique et économique au sein du ménage. Le Mali connaît un taux de polygamie de 35 % (EDS 2018) [14]. Les coépouses peuvent entrer dans une dynamique de compétition reproductive pour maintenir leur place et sécuriser leur position économique.

Cette dynamique est documentée dans les travaux de Bezie et al., et de Khan et al., qui montrent que les femmes vivant en polygamie ont significativement plus de grossesses que celles en union monogame [10, 13].

3.3.6. Ruralité, pauvreté et accès limité aux services de santé reproductive

Les femmes vivant en zones rurales sont surreprésentées parmi les GMP, comme le montrent les travaux de Tegute et al., et Zeleke et al., du fait de l'éloignement des structures de santé, du coût du transport, du manque de personnel qualifié et des ruptures fréquentes de stock contraceptif [7, 11]. Au Mali, le district sanitaire de Kita est un exemple typique de zone enclavée, où les femmes parcourent parfois plus de 20 km pour accéder à un centre de santé communautaire.

L'absence de couverture sanitaire universelle aggrave ces inégalités, notamment pour les services de planification familiale post-partum.

3.3.7. Absence de filets sociaux et stratégies familiales de sécurité

Dans les contextes de grande pauvreté et d'insécurité sociale, avoir de nombreux enfants est perçu comme un investissement à long terme :

- pour l'aide domestique ou agricole;
- comme garantie de soutien économique dans la vieillesse;
- ou comme stratégie compensatoire face à la mortalité infantile.

Jacquemyn et al., soulignent cette logique dans les pays à faible revenu, où la grande multiparité n'est pas seulement un choix mais une forme d'assurance sociale dans l'absence d'État providence [5]. Cette stratégie de sécurisation familiale est renforcée par l'instabilité économique, les conflits et l'absence de couverture maladie.

Ainsi, la grande multiparité ne peut être interprétée comme un simple facteur biomédical. Elle est le produit d'une matrice sociale complexe où se conjuguent l'analphabétisme, la précocité matrimoniale, la faiblesse des services de santé reproductive, et la valorisation sociale de la fécondité. Toute stratégie de réduction de la GMP doit donc dépasser le champ strictement médical pour intégrer des interventions intersectorielles : éducation des filles, autonomisation économique des femmes, promotion des droits sexuels et reproductifs, et implication des leaders communautaires.

3.4. Conséquences maternelles associées à la grande multiparité

La GMP est largement reconnue comme un facteur de risque maternel, en particulier dans les contextes à faibles ressources. Elle est associée à une augmentation des complications

obstétricales pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Cette association est attribuée à plusieurs mécanismes physiopathologiques : distension utérine excessive, altération de la contractilité, anomalies de l'implantation placentaire, carences nutritionnelles chroniques, et faiblesse du suivi prénatal.

Les principales complications maternelles documentées chez les GMP incluent :

- l'hémorragie du post-partum (HPP),
- l'inertie utérine,
- les anomalies de présentation (notamment transverse et siège),
- la rupture utérine,
- les troubles hypertensifs (pré-éclampsie, hypertension chronique),
- les infections puerpérales,
- la macrosomie fœtale et la dystocie des épaules,
- un taux plus élevé de césariennes et d'interventions obstétricales majeures.

Dans une revue narrative de la littérature, les auteurs rapportent une élévation du risque de diabète gestationnel (OR = 3,51), d'hypertension chronique (OR = 1,62), de placenta prævia (OR = 1,49) et d'HPP (OR = 1,22) chez les GMP par rapport aux multipares modérées [5]. Les auteurs insistent sur le rôle aggravant de l'âge maternel ≥ 35 ans.

Au Mali, Teguede et al., ont montré que les GMP présentaient un taux significativement plus élevé d'HPP, de rupture utérine et de placenta prævia. Le taux de césarienne était également plus élevé chez les GMP (12,1 %) comparé aux multipares modérées (7,6 %) [11]. Cette tendance était encore accentuée chez les très grandes multipares (≥ 10 accouchements), chez qui les infections post-partum et les complications du troisième trimestre étaient plus fréquentes.

En Tanzanie, d'autres auteurs ont rapporté une prévalence accrue d'inertie utérine, d'HPP, d'accouchements dystociques et d'hospitalisations en urgence pour saignement ou travail prolongé chez les GMP [6]. Muniro et al., dans une cohorte de 12 108 accouchements, ont confirmé ces résultats et observé une probabilité accrue de césarienne (OR = 1,65) et d'interventions instrumentales [12].

En Éthiopie, Bezie et al. [13], ont montré que les GMP étaient plus exposées aux troubles hypertensifs de la grossesse, aux infections post-partum, et à une surveillance prénatale inadéquate (<4 visites), aggravant les issues obstétricales défavorables.

La méta-analyse de Zeleke et al. (2025) renforce ces constats. Elle met en évidence que les complications maternelles graves sont fortement associées à des facteurs contextuels : accouchement à domicile (AOR = 3,30), antécédents de complications (AOR = 3,17), faible couverture contraceptive, et faible niveau d'éducation. Ces résultats plaident pour une approche holistique intégrant les déterminants sociaux et structurels dans l'évaluation des risques liés à la GMP [7].

Toutefois, plusieurs études dans les pays à revenu élevé nuancent cette relation. Juntunen et al., en Finlande, ont observé que les très grandes multipares suivies dans un système de santé performant avaient des issues maternelles similaires aux femmes de parité modérée [4]. DeBolt et al., dans une cohorte américaine contemporaine, n'ont pas observé d'augmentation significative du risque de rupture utérine ou d'HPP, mais un risque plus élevé de diabète gestationnel et d'obésité préexistante [16].

Ces résultats confirment que la qualité des soins obstétricaux est un modificateur important du risque. Ainsi, la GMP ne constitue pas un facteur de risque universel, mais un facteur de vulnérabilité contextuelle, particulièrement dans les milieux à faible accessibilité sanitaire.

3.5. Conséquences périnatales et néonatales

La GMP est également associée à une augmentation du risque de complications périnatales et néonatales, en particulier dans les contextes à faibles ressources. Parmi les issues défavorables les plus fréquemment rapportées figurent :

- la prématurité (< 37 semaines),
- le faible poids de naissance (< 2 500 g),
- la macrosomie (> 4 000 g),
- les scores d'Apgar bas à 1 et 5 minutes,
- la souffrance fœtale aiguë,
- la rupture prématurée des membranes,

- la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce.

La méta-analyse de Zeleke et al., portant sur 19 études menées dans 11 pays africains, a estimé une prévalence combinée de 24,97 % d'issues périnatales défavorables chez les grandes multipares [7]. Ce risque est fortement accentué chez les femmes vivant en zone rurale (AOR = 4,12), ayant accouché à domicile (AOR = 3,30), ou n'ayant pas bénéficié d'un suivi prénatal adéquat.

En Tanzanie, Muniro et al., ont montré que les GMP présentaient un risque accru de prématurité (OR = 1,78), de rupture prématurée des membranes (OR = 1,28), de mortinatalité (OR = 1,57), et de scores d'Apgar <7 à 5 minutes [12]. Mgaya et al., ont confirmé ces résultats dans une autre cohorte tanzanienne, rapportant une fréquence plus élevée de détresse fœtale, de macrosomie, de dystocie des épaules et de souffrance néonatale chez les nouveau-nés issus de GMP [6].

En Éthiopie, Bezie et al., ont observé une mortalité néonatale significativement plus élevée chez les enfants nés de GMP (9,4 % contre 5,1 % chez les multipares modérées). Ce risque était multiplié en cas de consultations prénatales insuffisantes (<4 CPN) et d'accouchement sans assistance qualifiée [13]. Tadese et al., ont également montré que les issues périnatales étaient fortement influencées par le niveau d'instruction de la mère, l'autonomie décisionnelle et l'environnement familial [17].

Au Mali, l'étude de Teguede et al., révèle une incidence plus élevée d'aspiration méconiale, de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de souffrance fœtale aiguë et de transfert en néonatalogie chez les nouveau-nés de GMP. Les scores d'Apgar <7 à 5 minutes étaient également plus fréquents dans ce groupe [11].

Dans les pays à revenu élevé, les résultats sont plus nuancés. Juntunen et al. (1997), en Finlande, n'ont pas observé de différences significatives dans les issues néonatales entre les groupes de parité, à condition que le suivi prénatal soit optimal et l'accouchement médicalisé [4]. Peled et al., ont rapporté que les très grandes multipares (≥ 10 accouchements), suivies dans un contexte périnatal sécurisé, ne présentaient pas un excès de morbidité néonatale par rapport aux femmes multipares modérées [8].

Toutefois, l'étude de Khan et al., en Arabie Saoudite rapporte un taux de prématurité et de faible poids de naissance significativement plus élevé chez les GMP (respectivement 12,9 % et 15,7 %), particulièrement dans les zones rurales ou à faible niveau d'éducation maternelle [10].

Enfin, DeBolt et al., dans une étude rétrospective menée aux États-Unis, n'ont pas observé de différence significative dans les taux de mortinatalité entre les groupes de parité, mais ont souligné une fréquence accrue de macrosomie et de diabète gestationnel chez les GMP, facteurs indirects d'issues néonatales défavorables [16].

Ces résultats soulignent que le risque périnatal lié à la grande multiparité est modifiable, et dépend fortement de la qualité des soins prénatals, de l'environnement sanitaire, et du recours à un accouchement assisté. Dans les contextes défavorisés, la GMP représente une véritable vulnérabilité pour le nouveau-né, justifiant la mise en place de stratégies ciblées de suivi renforcé, notamment via le modèle OMS des huit contacts prénatals.

3.6. Recommandations de l'OMS et stratégies de prise en charge des grandes multipares

Face aux risques accrus associés à la GMP, l'OMS a émis des recommandations spécifiques, visant à améliorer les soins prénatals, à promouvoir les accouchements médicalisés et à renforcer la planification familiale post-partum. Ces stratégies doivent être adaptées aux contextes locaux, en particulier dans les pays à ressources limitées comme le Mali.

3.6.1. Modèle des huit contacts prénatals (CPN_8Contacts)

Depuis 2016, l'OMS recommande un minimum de huit contacts prénatals (CPN) au lieu des quatre précédemment suggérés. Ce modèle est fondé sur des preuves montrant que des visites plus fréquentes améliorent significativement les issues maternelles et périnatales, en particulier pour les femmes à haut risque telles que les GMP.

Les huit contacts permettent :

- une détection précoce des pathologies (hypertension, diabète gestationnel, anomalies de croissance),

- un suivi nutritionnel et psychologique adapté,
- une éducation à la naissance planifiée et à l'accouchement sécurisé,
- une sensibilisation à la contraception postnatale.

Dans l'étude de Bezie et al., les GMP ayant effectué au moins six visites présentaient des taux significativement réduits de complications maternelles et néonatales, par rapport à celles qui avaient un suivi insuffisant (<4 CPN) [13].

3.6.2. Accouchement en structure médicalisée disposant des SONU

L'OMS recommande que les GMP accouchent dans des établissements de santé offrant les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU). Cela suppose :

- un personnel qualifié disponible 24h/24,
- un plateau technique permettant les césariennes en urgence,
- la disponibilité de sang et d'oxygène,
- une capacité de prise en charge néonatale immédiate.

Au Mali, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2018) a révélé que seulement 42 % des femmes en milieu rural accouchaient avec assistance qualifiée, contre 85 % en milieu urbain. Cette disparité explique en partie la surmortalité maternelle et néonatale observée chez les GMP rurales [7, 11]

3.6.3. Planification familiale post-partum immédiate

Le retour rapide de la fertilité après l'accouchement, combiné à l'absence de contraception efficace, expose les GMP à des grossesses rapprochées, avec majoration des risques. L'OMS recommande d'intégrer systématiquement la planification familiale au paquet de soins postnatals, avec une priorité pour les méthodes de longue durée (DIU, implants).

Dans l'étude de Mgaya et al., seules 14 % des GMP avaient reçu une méthode contraceptive avant la sortie de maternité, malgré leur exposition évidente à une nouvelle grossesse à haut risque [6]. Teguate et al., ont montré que l'offre active de contraception postnatale permettait de réduire de 40 % les grossesses rapprochées chez les GMP maliennes [11].

3.6.4. Mobilisation communautaire et éducation reproductive

Dans les contextes ruraux, l'implication des agents de santé communautaires (ASC), des matrones formées et des leaders religieux ou traditionnels est essentielle. Ils permettent :

- d'identifier précocement les GMP à risque,
- de les sensibiliser à l'importance du suivi prénatal,
- de les orienter vers des accouchements médicalisés,
- de lever les barrières socioculturelles à la contraception.

Des programmes innovants comme les consultations prénatales de groupe (CPNG), décrits par Bezie et al., se sont révélés efficaces pour améliorer l'adhésion au suivi prénatal et à la contraception post-partum [13].

3.6.5. Renforcement systémique des soins de santé primaires

La prise en charge des GMP ne peut être dissociée du renforcement global du système de santé. Cela implique :

- la disponibilité continue des médicaments essentiels (oxytocine, antibiotiques),
- l'équipement des CSCom en SONU de base,
- la formation continue des prestataires sur les risques liés à la grande multiparité,
- l'intégration d'indicateurs GMP dans les tableaux de bord nationaux de suivi des performances sanitaires.

L'exemple du Ghana ou du Rwanda, rapporté dans la méta-analyse de Zeleke et al., montre qu'une politique nationale proactive ciblant les GMP peut entraîner une réduction significative des complications maternelles et néonatales [7].

La réduction des complications liées à la grande multiparité nécessite une approche intégrée. Il ne s'agit pas uniquement de renforcer le suivi médical, mais aussi d'intervenir sur les déterminants sociaux : autonomisation des femmes, lutte contre le mariage précoce, disponibilité de la contraception, accès géographique aux soins et mobilisation communautaire. Les recommandations de l'OMS offrent un cadre technique robuste, mais leur mise en œuvre effective dépend d'un engagement politique fort, de ressources adaptées et d'un ancrage local.

3.7. Lacunes de la littérature et contribution attendue de l'étude

Malgré une production scientifique croissante sur la GMP, notamment en Afrique subsaharienne, de nombreuses lacunes persistent dans la littérature actuelle. Ces insuffisances concernent à la fois les aspects méthodologiques, géographiques, contextuels

et opérationnels. Leur identification permet de mieux situer l'apport original de la présente étude menée dans le district sanitaire de Kita.

3.7.1. Couverture géographique incomplète en Afrique de l'Ouest francophone

La majorité des publications récentes sur la GMP proviennent d'Afrique de l'Est (Éthiopie, Tanzanie, Ouganda). La région ouest-africaine, notamment les pays francophones comme le Mali, le Niger ou le Burkina Faso, reste sous-représentée dans les méta-analyses et les études de cohorte [7]. Mis à part l'étude de Tegete et al., menée à Bamako, peu de travaux documentent la GMP dans les zones rurales maliennes, où l'accès aux soins reste limité et les normes sociales fortement pro natalistes [11].

Cette faible représentativité régionale entrave la formulation de politiques adaptées, car les réalités sanitaires et culturelles diffèrent sensiblement d'une région à l'autre.

3.7.2. Approche biomédicale dominante, au détriment des dimensions sociales

Nombre d'études privilégient une lecture biomédicale de la GMP, centrée sur les issues obstétricales (HPP, prématurité, RCIU). Peu d'entre elles explorent les déterminants socioculturels, économiques, religieux et genrés de la fécondité élevée. Or, comme l'ont souligné certains auteurs [12, 13], la GMP est indissociable de dynamiques sociales telles que la polygamie, la précocité matrimoniale, ou la faible autonomie décisionnelle des femmes .

Zelege et al., appellent à dépasser les modèles explicatifs strictement cliniques pour adopter une approche holistique intégrant les structures sociales, les représentations de la maternité et les inégalités de genre [7].

3.7.3. Rareté des approches longitudinales et qualitatives

La plupart des travaux disponibles sont de nature transversale ou rétrospective, souvent basés sur des bases hospitalières. Ils permettent de décrire les associations entre GMP et complications, mais n'explorent pas les trajectoires de vie, les pratiques contraceptives sur le long terme ou l'évolution des comportements en post-partum.

DeBolt et al., dans une étude de cohorte aux États-Unis, illustrent l'intérêt des analyses longitudinales pour suivre l'impact des grossesses multiples sur la santé métabolique à long terme, mais de telles études restent rares dans les pays à revenu faible [16].

De même, les études qualitatives explorant les perceptions des femmes, des soignants ou des communautés sur la GMP sont presque absentes dans les contextes ouest-africains, ce qui limite la compréhension fine des freins au changement de comportement.

3.7.4. Marginalisation des grandes multipares dans les politiques de santé ciblées

Les stratégies nationales de santé maternelle tendent à se concentrer sur les groupes les plus médiatisés : adolescentes enceintes, primipares, femmes âgées. Les GMP, bien qu'exposées à des risques élevés, sont rarement considérées comme un groupe prioritaire dans les politiques de consultations prénatales de planification familiale post-partum, renforcées ou de suivi néonatal spécifique [10, 13].

Le manque d'indicateurs spécifiques GMP dans les outils de suivi des performances limite également la visibilité de ce groupe auprès des décideurs sanitaires.

3.7.5. Absence de données sur les dimensions psychologiques, nutritionnelles et économiques

La littérature se focalise sur la morbidité obstétricale immédiate, en négligeant les conséquences à moyen terme :

- sur la santé mentale des mères (dépression post-partum, épuisement),
- sur l'état nutritionnel (anémie chronique, dénutrition),
- sur les conditions économiques (charge familiale accrue, dépendance financière).

Jacquemyn et al., évoquaient déjà, dans leur analyse critique, l'urgence d'élargir les indicateurs de suivi de la GMP à ces dimensions sous-explorées [5].

3.7.6. Contribution attendue de la présente étude dans le district de Kita

L'étude que nous menons dans le district sanitaire de Kita s'inscrit dans une volonté de réduction des inégalités de données et d'accès aux soins. Elle apporte une contribution originale sur plusieurs plans :

- Actualisation des données de prévalence de la GMP en milieu rural malien, dans un contexte peu étudié depuis plus d'une décennie ;

- Analyse conjointe des complications maternelles et néonatales, avec une stratification par âge, parité et niveau de suivi prénatal ;
- Intégration de variables socio-culturelles, telles que l'âge au mariage, la polygamie, le niveau d'instruction et l'usage contraceptif ;
- Identification des disparités d'accès aux soins selon le lieu de résidence et le niveau du centre de santé ;
- Production d'un socle de données locales pour alimenter les politiques régionales de santé maternelle et les campagnes de sensibilisation communautaire.

Par sa méthodologie rigoureuse, son ancrage local et sa visée opérationnelle, cette étude constitue une réponse à plusieurs lacunes identifiées dans la littérature actuelle. Elle vise également à repositionner la grande multiparité comme une priorité dans les stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali.

4. MÉTHODOLOGIES

4.1. Cadre de l'étude

L'étude a été conduite dans le district sanitaire de Kita, situé dans la région de Kayes, au sud-ouest du Mali. Cette région, frontalière de la Guinée, constitue l'une des zones les plus vastes et les plus peuplées du pays, avec un accès souvent difficile aux services de santé, notamment en saison pluvieuse.

La région de Kita s'étend sur une superficie de 21 633 km² et comptait une population estimée à 535 570 habitants en 2024. Il est subdivisé administrativement en six cercles répartis entre trois districts sanitaires principaux : Kita, Sagabari et Séféto.

Géographiquement, il est limité :

- au nord par les cercles de Diéma et Séféto,
- au sud par le district de Sagabari et la République de Guinée,
- à l'est par les cercles de Kati et Kolokani,
- à l'ouest par les cercles de Bafoulabé et Kéniéba.
- Le district se caractérise par une forte ruralité, une dispersion des centres de santé communautaires (CSCoM) et des difficultés d'accessibilité aux structures sanitaires, en particulier pendant l'hivernage (Figure 1).

4.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée dans le district sanitaire de Kita. Elle s'est déroulée sur une période de quarante-deux (42) mois, allant du 1er janvier 2020 au 30 juin 2023. Cette étude a permis d'analyser de manière rétrospective les dossiers médicaux des parturientes afin d'évaluer la prévalence de la grande multiparité et d'en décrire les issues maternelles et périnatales associées.

4.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée de l'ensemble des femmes ayant accouché au sein du service de maternité de 20 aires de santé sélectionnées et le CSRéf dans le district sanitaire de Kita au cours de la période d'étude. Tous les cas d'accouchement enregistrés durant cette période ont été considérés dans le cadre de cette étude, quel que soit le mode d'accouchement ou l'issue de la grossesse.

4.3.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude toutes les femmes grandes multipares, définies comme ayant eu au moins sept accouchements antérieurs d'enfants viables, qui ont effectué leur suivi prénatal et accouché dans les CSCom sélectionnées et le CSRéf de Kita durant la période de l'étude.

4.3.2. Critères de non-inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude :

- Les femmes ayant moins de sept accouchements ;
- Les grandes multipares dont l'accouchement s'est déroulé en dehors du district sanitaire de Kita, même lorsqu'elles avaient effectué leur suivi prénatal.

4.4. Taille minimale de l'échantillon

La taille minimale requise pour l'étude a été estimée à partir de la formule classique de calcul d'un échantillon pour une proportion dans une population finie :

$$n = \frac{z^2 \times (p \times q)}{i^2}$$

Avec les paramètres suivants :

- $Z = 1,96$ correspondant au risque alpha de 5 % (niveau de confiance de 95 %),
- $p = 0,02$ (soit 2 %), représentant la prévalence estimée des femmes présentant des difficultés obstétricales majeures,
- $q = 1 - p = 0,98$,
- $d = 2$, facteur de correction tenant compte du plan d'échantillonnage (effet de cluster ou autres ajustements),
- $\varepsilon = 0,02$ (soit 2 %), correspondant à la marge d'erreur acceptée (précision souhaitée).

Mettre la taille obtenue

$$n = (1,96)^2 \times (0,02 \times 0,98) / (0,02)^2$$

$$n = 188$$

4.5. Déroulement de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans les 20 aires de santé du district sanitaire de Kita, qui ont été sélectionnées de façon aléatoire parmi les 40 aires de santé savoir : Darsalam, Makandianbougou, Badinko, Kassaro, Daféla, Djidian, Sandiambougou, Bankassikoto, Bankassi, Boudofo, Mambiri, Kourounikoto, Toukoto, Koféba, Tambaga, Bougaribaya, Founia Moribougou, Senko, Makono et Brérimba, ainsi qu'au niveau de la maternité du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Kita.

Ces 20 aires ont été sélectionnées dans le cadre de la mise en œuvre d'un essai contrôlé centré sur le modèle prénatal CPN_8Contacts recommandé par l'OMS. Les aires ont été réparties équitablement en dix aires d'intervention et dix aires témoins (contrôle). Dans les premières, une stratégie renforcée combinant le modèle CPN_8Contacts, la mobilisation communautaire et le renforcement des capacités du personnel de santé a été déployée. Les aires témoins ont appliqué uniquement le modèle prénatal de base, tel que recommandé par l'OMS.

L'étude s'est déroulée sur une période de 42 mois, de janvier 2020 à juin 2023, en deux grandes phases :

Phase pré-intervention (janvier 2020 – juin 2022)

Cette première phase a consisté en une collecte rétrospective des données issues des registres des maternités des 20 CSCom et du CSRéf de Kita. Les données portaient sur les CPN, les accouchements, les SONU, ainsi que les soins post-avortement. Elles ont été saisies et analysées afin d'établir une situation de référence.

Phase d'intervention (juillet 2022 – juin 2023)

Cette phase a été initiée par une randomisation stratifiée des 20 CSCom en deux groupes équilibrés. Le groupe d'intervention a mis en œuvre une version renforcée du modèle CPN_8Contacts, comprenant :

- Un minimum de huit contacts prénatals par grossesse ;
- L'administration d'au moins trois doses de traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine (TPIg/SP) ;
- La distribution gratuite de moustiquaires imprégnées à longue durée (MILD) ;
- Et la supplémentation systématique en fer et acide folique (FAF).

Ces interventions visaient à améliorer la prévention du paludisme gestationnel et à optimiser les résultats obstétricaux et néonataux.

4.5.1. Approche communautaire et mobilisation sociale

Parallèlement à la mise en œuvre clinique, une enquête de ménage a été réalisée dans toutes les aires de santé, avant et après l'intervention, auprès des femmes ayant accouché dans les six derniers mois. Cette enquête visait à évaluer la couverture du TPIg (au moins trois doses), indicateur principal d'impact.

Le succès de cette stratégie a reposé sur la mobilisation des acteurs communautaires. Les agents de santé communautaires (ASC) ont assuré un suivi actif des femmes enceintes, en coordination avec les directeurs techniques (DTC) des CSCom et les responsables des maternités. Une liste nominative des femmes enceintes ayant effectué leur première CPN a été constituée et partagée avec :

- Les relais communautaires,
- Les membres des Groupes d'Action Communautaire (GAC),

- Les groupements/associations de femmes (GF/AF).

Les ASC ont effectué des visites à domicile et des rappels téléphoniques pour encourager l'assiduité aux consultations prénatales. Ils ont aussi documenté les absences et relancé les femmes concernées.

Les animateurs communautaires (AC), placés sous la coordination de l'ONG partenaire AMCP-SP, ont supervisé et formé les ASC et relais. Ils ont aussi organisé des sessions de sensibilisation à l'intention des accoucheuses traditionnelles et des belles-mères influentes, en les incitant à promouvoir les accouchements en structures de santé.

Les GAC, composés de leaders communautaires, ont joué un rôle décisif dans l'adhésion des chefs de ménage au modèle CPN_8Contacts, renforçant ainsi l'acceptabilité sociale et culturelle des soins prénatals renforcés.

4.5.2. Sources des données

Les données utilisées dans cette étude ont été recueillies à l'aide de fiches d'enquête standardisées, élaborées à partir de documents de routine disponibles dans les structures sanitaires sélectionnées. Les principales sources exploitées comprenaient :

- les registres de décès maternels, pour l'identification des cas de mortalité et l'analyse des causes associées ;
- les dossiers obstétricaux individuels, contenant des informations détaillées sur les antécédents, le déroulement de la grossesse, l'accouchement et le suivi post-partum ;
- les registres d'admission en maternité, permettant de retracer les flux de patientes et les caractéristiques démographiques ;
- les registres d'accouchement, pour la documentation des paramètres obstétricaux et néonataux (parité, type d'accouchement, poids de naissance, Apgar, etc.) ;
- les registres opératoires, utilisés pour recenser les cas ayant nécessité une intervention chirurgicale (césarienne, laparotomie, etc.) ;
- les registres de référence et d'évacuation, pour analyser les itinéraires des patientes et les délais de prise en charge.

4.5.3. Technique de collecte des données

La collecte des données a été réalisée de manière rétrospective, à partir de l'exploitation des sources secondaires disponibles au niveau du service de maternité du CSRéf de Kita, ainsi que dans les CSCom des 20 aires de santé incluses dans l'étude.

Une revue systématique des documents cliniques et administratifs a été effectuée afin d'identifier et d'extraire les informations pertinentes concernant les femmes grandes multipares admises entre janvier 2020 et juin 2023. Les supports utilisés incluaient les registres d'accouchement, dossiers obstétricaux, rapports opératoires, fiches de référence/évacuation et registres de décès maternel.

La collecte s'est appuyée sur une fiche de collecte standardisée, élaborée spécifiquement pour cette étude. Celle-ci permettait de recueillir de manière structurée des données sociodémographiques (âge, résidence, statut matrimonial, niveau d'instruction), cliniques (antécédents médicaux et obstétricaux, pathologies associées), ainsi que des informations relatives au déroulement de la grossesse, à l'accouchement et au devenir du nouveau-né.

Les données manquantes, incohérentes ou ambiguës ont fait l'objet de vérifications croisées, soit à partir d'autres registres complémentaires (registre d'admission, registre post-partum, etc.), soit en concertation avec le personnel hospitalier responsable des archives et de la maternité. Cette triangulation a permis d'améliorer la fiabilité des données collectées.

4.5.4. Variables de l'étude

L'étude a porté sur un ensemble de variables sociodémographiques, obstétricales, cliniques et néonatales permettant de caractériser les femmes grandes multipares et d'évaluer les issues maternelles et périnatales associées. Les paramètres analysés comprenaient :

❖ Variables sociodémographiques :

- L'âge maternel au moment de l'accouchement ;
- Le statut matrimonial (mariée, célibataire, veuve, etc.) ;
- La profession ou activité principale exercée.

❖ **Antécédents médicaux et chirurgicaux :**

- Les antécédents médicaux pertinents (hypertension chronique, diabète, épilepsie, etc.) ;
- Les antécédents chirurgicaux, notamment obstétricaux (césarienne antérieure, myomectomie, etc.).

❖ **Variables obstétricales :**

- Le geste (nombre total de grossesses) ;
- La parité (nombre d'accouchements de fœtus viables) ;
- L'intervalle intergénésiq (temps écoulé entre les deux dernières grossesses) ;
- Le nombre de consultations prénatales (CPN) effectuées ;
- Le terme de la grossesse (en semaines d'aménorrhée) ;
- La tension artérielle à l'admission ;
- La température corporelle ;
- La hauteur utérine (en centimètres) ;
- Le type de présentation fœtale (céphalique, siège, transverse, etc.) ;
- L'état clinique du bassin (évaluation pelvienne au toucher vaginal) ;
- La durée du travail (en heures) ;
- La voie d'accouchement (voie basse spontanée, instrumentale, césarienne) ;
- L'état clinique de la mère après l'accouchement (stable, complication, décès).

❖ **Variables néonatales :**

- Le poids de naissance du ou des nouveau(x)-né(s) (en grammes) ;
- L'issue néonatale immédiate (vivant, mort-né, transfert en néonatalogie).

Ces variables ont été choisies en fonction des objectifs spécifiques de l'étude et en cohérence avec les indicateurs cliniques habituellement utilisés pour évaluer les complications maternelles et périnatales en contexte de grande multiparité.

4.5.5. Analyse des données

Les données collectées ont d'abord fait l'objet d'un nettoyage rigoureux pour vérifier la cohérence, l'exhaustivité et l'absence de doublons. L'ensemble des analyses a été réalisé à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics (version 24), particulièrement adapté aux traitements statistiques en épidémiologie et en recherche clinique.

Les variables qualitatives (telles que les complications obstétricales, le type de présentation fœtale, la voie d'accouchement, etc.) ont été décrites à l'aide de fréquences absolues et de pourcentages. Les variables quantitatives (comme l'âge maternel, la durée du travail, le poids de naissance) ont été résumées à l'aide de moyennes, médianes, écarts-types et intervalles interquartiles, en fonction de la distribution des données.

Des analyses bivariées ont été effectuées afin d'examiner les associations potentielles entre les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et obstétricales des parturientes et les issues maternelles ou périnatales. Les tests statistiques appropriés ont été utilisés selon la nature des variables :

- le test du Chi² de Pearson pour comparer les proportions dans les tableaux de contingence,
- ou, lorsque les effectifs attendus étaient < 5, le test exact de Fisher.

Le seuil de signification statistique a été fixé à $p < 0,05$.

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de représentations graphiques (histogrammes, diagrammes circulaires, etc.), élaborés à l'aide des fonctions graphiques intégrées de SPSS, afin de faciliter leur visualisation et leur interprétation.

Cette démarche analytique a permis de mettre en évidence les tendances et corrélations entre grande multiparité et issues materno-fœtales, dans le but de formuler des recommandations ciblées et adaptées au contexte sanitaire du district de Kita.

4.6. Aspects éthiques

Cette étude a été conduite dans le strict respect des principes éthiques de la recherche biomédicale. L'anonymat des participantes a été garanti par l'absence d'identifiants personnels sur les fiches de collecte, et la confidentialité des données a été assurée tout au long du processus de traitement et d'analyse.

L'exploitation des dossiers médicaux s'est faite uniquement à des fins scientifiques, sans porter atteinte à la vie privée des patientes. Toutes les données ont été conservées dans des fichiers sécurisés, accessibles uniquement à l'équipe de recherche.

L'étude s'inscrit dans une dynamique d'utilité collective, et les résultats obtenus seront partagés avec la communauté scientifique, les autorités sanitaires locales, ainsi que les professionnels de santé concernés, dans une perspective d'amélioration des soins obstétricaux dans le district sanitaire de Kita. L'essai a été approuvé par le comité d'éthique de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB) (N° 2021/134/CE/USTTB), conformément aux normes nationales et internationales en matière de recherche biomédicale impliquant des êtres humains.

Définitions opératoires

Les définitions suivantes ont été retenues pour l'analyse des données de cette étude :

- **Grande multipare** : Femme ayant accouché au moins sept fois de fœtus viables, soit une parité ≥ 7 .
- **Âge maternel élevé** : Toute parturiente âgée de 35 ans ou plus au moment de l'admission en salle de travail.
- **Hauteur utérine excessive** : Mesure de la hauteur utérine supérieure ou égale à 36 cm.
- **Intervalle inter génésique court (grossesse rapprochée)** : Intervalle entre deux accouchements inférieurs à 24 mois.
- **Prématurité** : Grossesse ayant abouti à un accouchement entre 22 et 37 semaines d'aménorrhée, et/ou dont le poids de naissance est $< 2\,500$ g, et/ou la taille < 47 cm.
- **Avortement** : Expulsion d'un produit de conception dont le poids est < 500 g et/ou avant 22 semaines d'aménorrhée.
- **Accouchement par voie basse** : Tout accouchement par les voies naturelles, y compris les extractions instrumentales ou après manœuvres obstétricales.
- **Asphyxie fœtale aiguë (AFA)** : est une altération brutale des échanges materno-fœtaux entraînant une hypoxie et une acidose du fœtus, se traduisant généralement par des anomalies du rythme cardiaque fœtale et nécessitant une extraction rapide afin de prévenir la morbidité et la mortalité périnatales.

- **Bradycardie fœtale** : < 120 battements/min pendant 10 minutes ;
- **Tachycardie fœtale** : > 160 battements/min pendant 10 minutes avec ou sans liquide amniotique méconial.
- **Dépassement de terme** : correspond à une grossesse qui se poursuit au-delà de 41 semaines d'aménorrhée révolues sans que le travail ne se soit spontanément déclenché.
- **Venue d'elle-même** : Parturiente s'étant présentée directement au service sans référence préalable.
- **Référée** : Parturiente adressée par une structure de santé dans un contexte non urgent.
- **Évacuée** : Parturiente transférée d'une structure de santé vers une autre structure de niveau supérieur afin de bénéficier d'une prise en charge adaptée à sa situation clinique.
- **Hypertension artérielle (HTA)** : Pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou diastolique ≥ 90 mmHg.
- **Bassin limite** : Bassin évalué au toucher vaginal où le promontoire est atteint mais les lignes innominées ne sont pas suivies au-delà des deux tiers antérieurs.
- **Hémorragie de la délivrance** : Pertes sanguines > 500 ml dans les 24 heures suivant l'accouchement, d'origine utérine (zone d'insertion placentaire), avec ou sans retentissement clinique.
- **Rupture prématurée des membranes (RPM)** : Rupture des membranes avant le début du travail.
- **Rupture précoce des membranes** : Correspond à la rupture de la poche des eaux survenant après le début du travail, mais avant dilatation complète du col utérin.
- **Travail prolongé** : Travail dont la durée est supérieure à 12 heures.
- **Primigeste** : Femme à sa première grossesse.
- **Paucigeste** : Femme ayant eu 2 ou 3 grossesses.
- **Multigeste** : Femme ayant eu 4 à 6 grossesses.
- **Grande multigeste** : Femme ayant eu plus de 6 grossesses.
- **Primipare** : Femme à son premier accouchement.

- **Paucipare** : Femme ayant eu 2 à 3 accouchements.
- **Multipare** : Femme ayant eu 4 à 6 accouchements.
- **Grande multipare** : Femme ayant eu au moins 7 accouchements.
- **Mort fœtale in utero (MFIU)** : Absence de bruits du cœur fœtal à l'admission ou absence d'activité cardiaque à l'échographie obstétricale.

5. RÉSULTATS

5.1. Description de l'échantillon

Au cours de la période allant du 1er janvier 2020 au 30 juin 2023, un total de 29 556 grossesses a été enregistré dans les structures de santé incluses dans l'étude. Parmi celles-ci, 1 997 concernaient des femmes grandes multipares, correspondant à une fréquence de 6,8 %.

Concernant les accouchements, 25 440 cas ont été recensés durant la même période, parmi lesquels 2 401 ont impliqué des grandes multipares, soit une fréquence de 9,4 %.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques

La majorité des femmes grandes multipares incluses dans l'étude étaient âgées de 35 ans et plus (60,5 %), tandis que 36,6 % se situaient dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans, et seulement 0,2 % avaient moins de 20 ans (Tableau 1). Cette distribution contraste nettement avec celle des primipares, dont près de la moitié (46,5 %) étaient âgées de moins de 20 ans, et 52,4 % se situaient entre 20 et 34 ans. Chez les nullipares, la proportion de femmes âgées de moins de 20 ans était encore plus élevée (82 %), reflétant un profil de très jeune maternité. Les différences observées selon les classes d'âge entre les groupes obstétricaux étaient statistiquement significatives ($p < 0,001$).

Concernant le statut matrimonial, les grandes multipares étaient en très grande majorité mariées (97,3 %), à l'instar des autres groupes de femmes ayant déjà accouché (multipares : 98,5 %, paucipares : 98,8 %). En revanche, la proportion de célibataires était beaucoup plus marquée chez les nullipares (6,6 %) et les primipares (1,8 %), mais nulle chez les grandes multipares. La fréquence des femmes divorcées ou séparées parmi les grandes multipares était faible (1,6 %), mais légèrement plus élevée que dans les autres groupes obstétricaux. Là encore, les différences selon le statut matrimonial étaient statistiquement significatives ($p < 0,001$).

Tableau 1 : Répartition des parturientes selon l'âge et le statut matrimonial en fonction du rang de parité au CSRéf de Kita (2020–2023)

Caractères	Grande multipare n (%)	Multipare n (%)	Paucipare n (%)	Primipare n (%)	Nullipare n (%)	Indéterminée n (%)	Valeur-p
Age							<0,001
< 20 ans	4 (0,2)	21 (0,3)	467 (5,4)	2654 (46,5)	5186 (82)	95 (44,4)	
20-34 ans	731 (36,6)	5422 (80,7)	7905 (92)	2992 (52,4)	1090 (17,2)	101 (47,2)	
35 ans et plus	1208 (60,5)	1090 (16,2)	185 (2,2)	24 (0,4)	20 (0,3)	14 (6,5)	
Indéterminé	54 (2,7)	187 (2,8)	31 (0,4)	39 (0,7)	32 (0,5)	4 (1,9)	
Statut matrimonial							<0,001
Mariées	1943 (97,3)	6617 (98,5)	8483 (98,8)	5586 (97,8)	5884 (93)	193 (90,2)	
Divorcées/S éparées	39 (1,6%)	50 (0,7%)	12 (0,1%)	3 (0,1%)	0 (0,0)	2 (1)	
Célibataires	0	8 (0,1)	30 (0,4)	105 (1,8)	421 (6,6)	11 (5,1)	
Indéterminé	15 (0,8)	45 (0,7)	63 (0,7)	15 (0,3)	23 (0,4)	8 (3,7)	

5.3. Issues de la grossesse et complications obstétricales

Parmi les 2 401 grandes multipares recensées dans cette étude, la grande majorité des grossesses s'est soldée par un accouchement (92,3 %), contre 96,0 % chez les multipares et 92,5 % chez les paucipares (Tableau 2). À l'inverse, les nullipares et primipares présentaient des proportions plus élevées d'avortement (respectivement 15,6 % et 8,8 %) et de grossesses extra-utérines (0,3 % dans les deux groupes). Chez les grandes multipares, la fréquence des grossesses extra-utérines était significativement plus élevée (3,5 %) comparée aux autres groupes ($p < 0,001$), de même que celle des avortements (4,2 %), bien qu'inférieure à celle observée chez les primipares et nullipares.

Concernant le mode d'accouchement, 83,5 % des grandes multipares ont accouché par voie basse spontanée, une proportion légèrement inférieure à celle observée chez les multipares (89,7 %) et les paucipares (86 %). Le recours à la césarienne était significativement plus fréquent chez les grandes multipares (12,4 %) que dans les autres groupes, notamment par

rapport aux multipares (7,6 %) et aux primipares (6,5 %) ($p < 0,001$). L'extraction instrumentale par ventouse restait marginale dans tous les groupes (< 1 %).

S'agissant de la présentation fœtale, 88,6 % des grandes multipares ont accouché d'un fœtus en présentation du somme, taux légèrement inférieur à celui des multipares (93,6 %). La présentation transverse, marqueur de complications potentielles, était observée dans 1,7 % des cas chez les grandes multipares, taux significativement plus élevé que dans tous les autres groupes. Les présentations en siège concernaient 1,9 % des grandes multipares, contre 0,8 % chez les multipares et 0,5 % chez les paucipares ($p < 0,001$).

En ce qui concerne les motifs d'hospitalisation au cours de la grossesse, le paludisme grave constituait la principale cause d'admission, avec une prévalence particulièrement élevée chez les grandes multipares (42,4%), nettement supérieure à celle observée chez les primipares (12,7 %) ou les paucipares (0,4 %). À l'inverse, la menace d'accouchement prématuré (MAP) était nettement moins fréquente chez les grandes multipares (2 %) que chez les paucipares (3,3 %) ou les primipares (3,3 %). L'éclampsie, complication grave de la grossesse, a été notifiée chez 2,5 % des grandes multipares, taux nettement supérieur à celui des autres groupes, notamment les multipares (0,1 %) ($p < 0,001$).

Tableau 2 : Répartition des issues de grossesse, modes d'accouchement, présentations fœtales et complications pendant la grossesse selon le rang de parité des parturientes admises au CSRéf de Kita (2020–2023)

Caractéristiques	Grande multipare n (%)	Multipare n (%)	Paucipare n (%)	Primipare n (%)	Nullipare n (%)	Valeur-p
Issues de la grossesse						< 0,001
Grossesse extra-utérine	84 (3,5)	50 (0,9)	43 (0,6)	13 (0,3)	15 (0,3)	
Avortement	101 (4,2)	178 (3,1)	504 (6,8)	446 (8,8)	751 (15,6)	
Grossesse molaire	1 (0,0)	3 (0,1)	9 (0,1)	12 (0,2)	18 (0,4)	
Accouchement	2215 (92,3)	5510 (96,0)	6845 (92,5)	4614 (90,7)	4028 (83,7)	
Mode d'accouchement						< 0,001
Accouchement normal	2005 (83,5)	5155 (89,7)	6360 (86)	4325 (85)	3661 (76)	
Césarienne	298 (12,4)	436 (7,6)	559 (7,5)	333 (6,5)	475 (9,8)	
Ventouse	7 (0,3)	10 (0,2)	17 (0,2)	10 (0,2)	30 (0,6)	
Type de présentation						<0 ,001
Sommet	2128 (88,6)	5373 (93,6)	6667 (90,1)	4434 (87,2)	3959 (82,3)	
Transversale	36 (1,5)	25 (0,4)	11 (0,1)	3 (0,1)	7 (0,1)	
Siège	45 (1,9)	45 (0,8)	39 (0,5)	39 (0,8)	72 (1,5)	
Autres présentation*	61 (2,5)	106 (1,8)	139 (1,9)	116 (2,3)	66 (1,4)	
Non applicable*	131 (5,4)	192 (3,3)	545 (7,4)	493 (9,7)	708 (14,7)	
Motifs d'hospitalisation au cours de la grossesse						< 0,001
Paludisme grave	847 (42,4)	830 (12,3)	900 (10,4)	730 (12,7)	920 (14,5)	
Pré-éclampsie	34 (1,7)	115 (1,7)	172 (2)	101 (1,7)	144 (2,3)	

Caractéristiques	Grande multipare n (%)	Multipare n (%)	Paucipare n (%)	Primipare n (%)	Nullipare n (%)	Valeur-p
Éclampsie	50 (2,5)	9 (0,1)	11 (0,1)	10 (0,2)	18 (0,3)	
Anémie sévère	53 (2,6)	88 (1,3)	95 (1,1)	52 (0,9)	58 (0,9)	
MAP	40 (2)	132 (2)	287 (3,3)	192 (3,3)	206 (3,2)	
Autres	11 (0,5)	7 (0,1)	6 (0,1)	17 (0,3)	41 (0,6)	

Autres présentations : les autres variétés de la présentation céphalique (face, front, bregma) ; Non applicable : avortement et GEU.

5.3.1. Répartition géographique des grandes multipares selon les aires de santé

Sur les 2 401 grandes multipares recensées dans cette étude, 31,4 % provenaient des aires d'intervention, 28,2 % des aires de contrôle, tandis que les 40,4 % restantes étaient issues des aires de santé non incluses dans l'essai contrôlé (Tableau 3). La prévalence globale de la grande multiparité parmi les accouchements enregistrés dans l'ensemble des aires de santé du district sanitaire de Kita était de 9,4 %.

Dans les aires d'intervention, la fréquence la plus élevée de grandes multipares a été observée à Badinko (5,83 %), suivie de Mambiri (4,8 %) et Sandiambougou (3,4 %). En revanche, Tambaga et Darsalam affichaient les taux les plus faibles, respectivement 0,4 % et 2,3 %.

Dans les aires de contrôle, Djidian représentait l'aire avec la plus forte contribution aux grandes multipares (7 %), suivie de Makandiambougou (4,7 %) et Senko (4 %). À l'inverse, les proportions les plus faibles étaient notées à Brénimba (0,5 %) et Makono (1 %).

Enfin, les aires non incluses dans l'étude interventionnelle représentaient à elles seules 40,4 % de l'ensemble des grandes multipares, soulignant leur poids démographique et la nécessité d'une attention particulière même en dehors du cadre expérimental.

Tableau 3 : Répartition des grandes multipares selon les aires de sante au cours de l'accouchement

Aires de santé	Effectif total	Effectif par aires (%)	Fréquence par aire
Aires d'intervention	755	9064 (8,3%)	31,4%
Badinko	140	1168 (12%)	5,83%
Bankassikoto	92	563 (16,3%)	3,83%
Bougaribaya	92	906 (10,2%)	3,83%
Darsalam	55	2237 (2,5%)	2,3%
Kassaro	86	1118 (7,7%)	3,6%
Kourounikoto	83	773 (10,7%)	3,5%
Mambiri	116	705 (16,5%)	4,8%
Sandiambouyou	82	1209 (6,8%)	3,4%
Tambaga	9	385 (2,3%)	0,4%
Aires de contrôle	676	6320 (10,7%)	28,2%
Bangassi fladougou	83	458 (18,1%)	3,5%
Brénimba	12	198 (6,1%)	0,5%
Daféla	37	315 (11,7%)	1,54%
Djidian	167	1263 (13,2%)	7%
Founia moribougou	47	506 (9,3%)	2%
Kofèba	99	955 (10,4%)	4,12%
Makandiambouyou	112	1677 (6,7%)	4,7%
Makono	23	155(14,8%)	1%
Senko	96	793 (12,1%)	4%
Aires hors-étude	970	10056 (9,6%)	40,4%
Total	2401	25440 (9,4%)	100%

5.4. Morbidité et mortalité maternelles

5.4.1. Morbidité maternelle pendant grossesse

L'analyse de la morbidité survenue au cours de la grossesse montre une forte prévalence d'anémie ferriprive chez les grandes multipares, avec un taux de 42 %, significativement supérieur à celui observé chez les autres groupes ($p = 0,006$),.

Le paludisme gravide représentait la pathologie la plus fréquente toutes parités confondues, bien qu'il ait été légèrement moins fréquent chez les grandes multipares (47,1 %) que chez les nullipares (43,7 %) et primipares (42,8 %) ($p = 0,006$). Cette différence pourrait s'expliquer par une immunité antipaludique acquise progressivement au fil des grossesses.

Concernant les pathologies hypertensives, l'hypertension artérielle chronique était plus fréquente chez les grandes multipares (2,6 %) comparée aux nullipares (0,7 %) et aux multipares (1,8%). À l'inverse, la prééclampsie apparaissait moins souvent chez les grandes multipares (0,5 %) que chez les autres femmes, notamment les paucipares et nullipares (1,5 % chacune), ce qui reflète la tendance classique d'une fréquence plus élevée de prééclampsie chez les primigestes et les femmes à faible parité.

Le taux d'infections génito-urinaires était comparable entre les groupes, avec 22,6% chez les grandes multipares, un chiffre similaire à celui des multipares (20,8 %) et des primipares (23,7 %). Les infections respiratoires aiguës (IRA) et la gastro-entérite ont également été relevées avec des fréquences modestes et relativement homogènes entre les groupes.

Des pathologies chroniques ou infectieuses comme le VIH (3,2 %), la drépanocytose (0,2 %) et le diabète (0,1 %) étaient peu représentées chez les grandes multipares, sans différence majeure par rapport aux autres groupes. À noter toutefois que la proportion de patientes séropositives au VIH était plus élevée chez les grandes multipares que chez les primipares ou nullipares ($p = 0,006$), ce qui peut s'expliquer par une exposition cumulative plus longue ou une couverture inégale du dépistage dans le temps.

Enfin, la menace d'accouchement prématuré (MAP) était moins fréquente chez les grandes multipares (7%) que dans tous les autres groupes, notamment les nullipares (11,1 %) et paucipares (11%), ce qui corrobore l'hypothèse d'une meilleure tolérance physiologique du processus gestationnel chez les femmes à parité élevée.

Tableau 4 : Répartition des principales pathologies maternelles diagnostiquées au cours de la grossesse selon le rang de parité des parturientes admises au CSRef de Kita (2020–2023)

Morbidité	Grande multipare n (%)	Multipare n (%)	Paucipare n (%)	Primipare n (%)	Nullipare n (%)	Indéterminé	Valeur -p
Paludisme	941 (47,1)	2901 (43,1)	3637 (42,3)	2448 (42,8)	2768 (43,7)	34 (15,9)	0,006
HTA gestationnelle	17 (0,8)	24 (0,3)	16 (0,2)	7 (0,1)	5 (0,1)	0	0,006
HTA Chronique	53 (2,6)	127 (1,8)	95 (1,1)	50 (0,8)	49 (0,7)	1 (0,5)	0,006
Anémie ferriprive	857 (42)	2380 (35,4)	2947 (34,3)	1938 (33,9)	1998 (31,5)	62 (29)	0,006
Prééclampsie	10 (0,5)	78 (1,2)	129 (1,5)	74 (1,3)	99 (1,5)	2 (0,9)	0,005
VIH	65 (3,2)	232 (3,4)	214 (2,5)	109 (1,9)	124 (1,9)	13 (6,1)	0,006
Drépanocytose	4 (0,2)	4 (0,05)	15 (0,2)	6 (0,1)	7 (0,1)	0	0,006
Diabète	2 (0,1)	3 (0,04)	1(0,0)	4 (0,1)	8 (0,1)	0	0,007
Hépatite infectieuse	0 (0,0%)	3 (0,04)	9 (0,1)	4 (0,1)	8 (0,1)	0	0,005
IRA	71 (3,5)	234 (3,4)	246 (2,8)	172 (3)	177 (2,8)	5 (2,3)	0,006
Infection génito-urinaire	453 (22,6)	1403 (20,8)	1765 (20,5)	1198 (21)	1501 (23,7)	34 (15,8)	0,006
MAP	140 (7)	692 (10,3)	944 (11)	622 (10,9)	705 (11,1)	36 (16,8)	0,006
Vomissement gravidique	28 (1,4)	133 (2)	179 (2)	119 (2,1)	110 (1,7)	14 (6,5)	0,006
Gastrite	165 (8,3)	397 (5,9)	356 (4,1)	203 (3,5)	186 (2,9)	6 (2,8)	0,006
Gastro-entérite	84 (4,2)	205 (3)	220 (2,5)	149 (2,6)	184 (2,9)	2 (0,9)	0,006

HTA : Hypertension Artérielle ; IRA: Infection Respiratoire Aigues ; MAP : Menace d'Accouchement Prématuro ; VIH : Virus Immunodéficiencie Humaine.

5.4.1.1. Morbidité maternelle au moment de l'accouchement selon la parité

L'analyse des complications survenues au moment de l'accouchement révèle une forte variabilité des profils de morbidité selon la parité des parturientes. (Tableau 5)

Le paludisme reste la pathologie la plus fréquente toutes parités confondues, avec une prévalence globale de 40,5 %. Toutefois, les femmes ayant eu 2 à 3 enfants présentaient la plus forte proportion (45,5 %), suivies des primipares (40,4 %) et des grandes multipares (39,8 %) (p < 0,001).

L'anémie était présente chez 28,9 % de l'ensemble des parturientes, avec un pic chez les primipares (32,8 %) et les nullipares (28,7 %). À l'inverse, les grandes multipares affichaient une fréquence légèrement inférieure (21,6 %). L'anémie sévère, quant à elle, concernait principalement les femmes ayant ≥ 7 enfants (2,1 %), contre seulement 0,8 % chez les nullipares ($p = 0,001$).

Les complications hypertensives telles que la pré-éclampsie et l'hypertension gestationnelle étaient relativement peu fréquentes mais statistiquement significatives. La pré-éclampsie affectait 0,9 % des grandes multipares contre 0,6 à 0,7 % dans les autres groupes ($p = 0,035$). L'HTA gestationnelle était également plus fréquente chez les grandes multipares (2 %) comparée à moins de 0,5 % dans les autres groupes ($p < 0,001$). L'HTA chronique montrait une augmentation graduelle avec la parité, atteignant 3,2 % chez les nullipares.

Parmi les complications obstétricales aiguës, l'hémorragie de la délivrance (HPP) était nettement plus fréquente chez les femmes ayant ≥ 7 enfants (6,7 %) comparées aux multipares (1,6 %) ou primipares (0,4 %) ($p < 0,001$). Cette tendance était également observée pour l'hématome rétroplacentaire (HRP) (1,8 % chez les grandes multipares contre 0,5–1 % dans les autres groupes), et l'éclampsie, survenue dans 2 % des grandes multipares contre 0,2–0,3 % ailleurs ($p < 0,001$).

Le petit poids de naissance (PPN) était plus fréquent chez les nullipares (23,5 %) et les primipares (14,3 %) que chez les grandes multipares (12 %) ($p < 0,001$), suggérant un risque néonatal plus élevé en cas de faible parité. Les traumatismes génitaux concernaient également plus souvent les nullipares (1,7 %) et les grandes multipares (1,6 %), deux groupes à risque opposé ($p < 0,001$).

Enfin, d'autres pathologies comme l'endométrite (5 % chez les grandes multipares), la rupture utérine (0,4 %) ou les ruptures prématurées des membranes (RPM), plus fréquentes chez les nullipares (3,6 %) et primipares (2,2 %), ont montré des différences statistiquement significatives selon la parité.

Tableau 5 : Répartition des morbidités maternelles et néonatales survenues au moment de l'accouchement selon la parité des parturientes dans les aires de santé de Kita (2020–2023)

Morbidité	Grande multipare n (%)	Multipare n (%)	Paucipare n (%)	Primipare n (%)	Nullipare n (%)	Valeur-p
Paludisme	1007 (39,8)	1914 (33,3)	2945 (45,5)	1866 (40,4)	2343 (33,3)	0,000
Anémie	545 (21,6)	1275 (22,2)	1826 (28,2)	1514 (32,8)	2017 (28,7)	0,000
Anémie sévère	53 (2,1)	88 (1,5)	95 (1,5)	52 (1,1)	58 (0,8)	0,001
Pré-éclampsie	24 (0,9)	37 (0,6)	43 (0,7)	27 (0,6)	45 (0,6)	0,035
HPPI	170 (6,7)	91 (1,6)	28 (0,4)	17 (0,4)	69 (1)	0,000
HRP	45 (1,8)	62 (1,1)	66 (1)	27 (0,6)	36 (0,5)	0,000
PPN	303 (12)	302 (5,3)	936 (14,5)	657 (14,3)	1654 (23,5)	0,000
Traumatisme génital	40 (1,6)	30 (0,5)	64 (1)	37 (0,8)	122 (1,7)	0,000
Éclampsie	50 (2)	9 (0,2)	11 (0,2)	10 (0,2)	18 (0,3)	0,000
Endométrite	127 (5,3)	218 (3,8)	198 (3,1)	158 (3,4)	127 (1,8)	0,000
Rupture utérine	9 (0,4)	25 (0,4)	25 (0,4)	7 (0,2)	6 (0,1%)	0,004
RPM	41 (1,6)	32 (0,6)	64 (1)	101 (2,2)	253 (3,6)	0,000
Septicémie	0	0	0	1 (0,02)	1 (0,01)	0,437
HTA gestationnelle	51 (2)	18 (0,3)	19 (0,3%)	19 (0,4)	24 (0,3)	0,000
HTA chronique	58 (2,3)	107 (1,9)	147 (2,3)	113 (2,4)°	223 (3,2)	0,000
Drépanocytose	6 (0,2)	5 (0,1)	6 (0,1)	9 (0,2)	44 (0,6)	0,000

HPPI : Hémorragie Post-Partum Immédiat ; HRP : Hématome Rétro Placentaire ; HTA : Hypertension Artérielle ; PPN : Petit poids de naissance ; RPM : Rupture Pré maturé des Membranes.

5.4.2. Décès maternels selon la parité

Au total, 64 décès maternels ont été enregistrés parmi les 25 440 accouchements survenus dans les aires de santé de Kita entre janvier 2020 et juin 2023, soit une létalité globale de 0,3 % (Tableau 6). La répartition selon la parité montre que les décès étaient relativement équitablement répartis entre les différents groupes : 0,3 % chez les grandes multipares (≥ 7), 0,2 % chez les multipares (4–6), 0,3 % chez les paucipares (2–3), 0,2 % chez les primipares et 0,3 % chez les nullipares.

Bien que les taux paraissent globalement similaires entre les groupes, il est important de noter que les grandes multipares représentaient 10,9 % de l'ensemble des décès maternels, une proportion légèrement supérieure à leur poids dans la population totale d'accouchées (9,4 %). Cette observation, bien que non significative statistiquement, souligne une tendance à un sur risque relatif de décès maternel chez les femmes à parité très élevée, en cohérence avec la littérature sur les complications obstétricales tardives.

Tableau 6 : Répartition des décès maternels selon la parité des parturientes dans les aires de santé (2020–2023)

Décès maternels	Grande multipare n (%)	Multipare n (%)	Paucipare n (%)	Primipare n (%)	Nullipare n (%)	Valeur-p
Oui	7 (0,3)	10 (0,2)	22 (0,3)	10 (0,2)	15 (0,3)	0,487
Non	2394 (99,7)	5731 (99,8)	7379 (99,7)	5075 (99,8)	479	0,467

5.4.2.1. Causes directes de décès maternels chez les grandes multipares

Chez les sept grandes multipares décédées pendant la période d'étude, les causes de décès identifiées étaient toutes des complications obstétricales directes graves. Trois étiologies se partageaient la majorité des cas à parts égales : La rupture utérine, l'hématome rétro-placentaire (HRP), et la pré-éclampsie ou éclampsie (n = 2 ; 29 %).

Une seule patiente est décédée des suites d'une hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) (14 %).

Tableau 7 : Causes de décès maternels chez les grandes multipares admises dans les aires de santé (2020–2023)

Les causes de décès maternels	Grande multipare	Pourcentage
Rupture utérine	2	29%
HPPI	1	14%
HRP	2	29%
Pré-éclampsie /Éclampsie	2	29%

HPPI : Hémorragie du Post-Partum Immédiat ; HRP : Hématome Retro Placentaire.

5.4.2.2. Causes directes et indirectes de morbidité maternelle selon la parité

L'analyse des causes de morbidité maternelle met en évidence une répartition contrastée entre causes directes et causes indirectes selon le rang de parité (Tableau 8).

Chez les grandes multipares, les causes directes représentaient 32 % des complications maternelles, une proportion significativement plus élevée que celle observée dans les autres groupes (20,2 % à 23,7 %). Ce profil est dominé par les hémorragies (8,7 %), les infections post-partum (5,3 %), le travail dystocique (5 %), la pré-éclampsie/éclampsie (3,1 %), ainsi que les ruptures utérines (0,4 %). Ce dernier événement, bien que rare, reste étroitement associé à la grande multiparité, traduisant une fragilité utérine accrue par les accouchements répétés.

En revanche, les causes indirectes sont prédominantes dans les autres groupes, représentant plus de 75 % des cas, avec un maximum chez les paucipares (80,8 %) et les primipares (79,8 %). Parmi celles-ci, le paludisme gravis constitue la première cause de morbidité dans tous les groupes, atteignant 41,7 % chez les grandes multipares et jusqu'à 47,5 % chez les paucipares. L'anémie, quant à elle, affecte près d'un tiers des parturientes (30,8 % au total), avec une fréquence légèrement plus faible chez les grandes multipares (22,6 %) comparée aux nullipares (33,8 %) ou primipares (34,4 %).

Les infections chroniques comme le VIH/SIDA ont une prévalence comparable entre les groupes (environ 2–3 %), tandis que les hépatites infectieuses et la drépanocytose restent rares mais légèrement plus présentes chez les nullipares.

Tableau 8 : Répartition des causes directes et indirectes de morbidité maternelle selon la parité des parturientes dans les aires de santé (2020–2023)

Causes de décès	Grande multipare n (%)	Multipare n (%)	Paucipare n (%)	Primipare n (%)	Nullipare n (%)	Valeur-p
Causes Directes						
Hémorragie	210 (8,7)	122 (3)	97 (1,6)	54 (1,2)	194 (3,2)	0,000
Travail dystocique	120 (5)	148 (3,6)	197 (3,2)	137 (3,1)	220 (3,7)	0,000
Rupture utérine	9 (0,4)	25 (0,6)	25 (0,4)	7 (0,2)	6 (0,1)	0,004
Infection post-partum	127 (5,3)	218 (5,3)	198 (3,2)	158 (3,6)	127 (2,1)	0,000
Pré-éclampsie / Eclampsie	74 (3,1)	46 (1,1)	54 (0,9)	37 (0,8)	63 (1,1)	0,035
Avortements	101 (4,2)	178 (4,3)	504 (8,1)	446 (10,1)	751 (12,6)	0,000
Grossesse extra-utérine	85 (3,5)	53 (1,3)	52 (0,8)	25 (0,6)	23 (0,4)	0,000
HRP	45 (1,9)	62 (1,5)	66 (1,1)	27 (0,6)	36 (0,6)	0,000
Autres	0	0	0	0	0	
Causes Indirectes						
Hépatites infectieuses	2 (0,1)	10 (0,2%)	21 (0,3%)	15 (0,3)	29 (0,5)	0,090
Paludisme	1007 (41,7)	1914 (46,3)	2945 (47,5)	1866 (42,4)	2343 (39,2)	0,000
VIH / SIDA	80 (3,3)	78 (3,2)	214 (3,4)	109 (2,5)	124 (2,1)	0,000
Anémie	545 (22,6)	1275 (30,8)	1826 (29,4)	1514 (34,4)	2017 (33,8)	0,000
Drépanocytose	6 (0,2)	5 (0,1)	6 (0,1)	9 (0,2)	44 (0,7)	0,000
Autres	0	0	0	0	0	0

5.4.2.3. Létalité des complications maternelles selon la parité

Parmi les 64 décès maternels enregistrés dans l'ensemble de la cohorte, les complications obstétricales directes ont représenté la majorité des causes, soit 51 décès (79,7 %), contre 13 décès (20,3 %) attribuables à des causes indirectes (Tableau 9).

La part des décès liés à des causes directes était légèrement plus élevée chez les paucipares (1,7 %), suivis des grandes multipares (0,9 %) et des multipares (0,7 %). Les nullipares et primipares présentaient chacun une létalité de 0,7 % liée aux causes directes. En revanche, la mortalité liée aux causes indirectes (essentiellement l'anémie, le paludisme et, dans un cas, un œdème aigu du poumon (OAP)) était faible dans tous les groupes, sans différence marquée selon la parité.

Parmi les causes spécifiques, la rupture utérine a été identifiée comme la plus létale, représentant 11,3 % de l'ensemble des décès. Elle a touché principalement les grandes multipares (n = 2) et les primipares (n = 2), soulignant une double vulnérabilité : d'une part, la fragilité utérine après de multiples grossesses ; d'autre part, les complications dynamiques du travail chez les primipares. Les hémorragies ont été impliquées dans 14 décès (21,9 %), avec une prédominance chez les paucipares (7 cas), tandis que les complications hypertensives (pré-éclampsie/éclampsie) ont été à l'origine de 10 décès (15,6 %), répartis de façon homogène entre les groupes.

À noter que les avortements et les grossesses extra-utérines ont causé respectivement 2 décès au total, ce qui reflète une amélioration globale de la prise en charge de ces urgences, mais aussi une possible sous-déclaration dans les registres. Enfin, les hématomes rétro placentaires (HRP) ont été impliqués dans 10 décès (15,6 %), avec une létalité marquée chez les nullipares et primipares.

Tableau 9 : Létalité des complications obstétricales et médicales selon la parité des parturientes dans les aires de santé (2020–2023)

Complications	Grande multipare n (%)	Multipare n (%)	Paucipare n (%)	Primipare n (%)	Nullipare n (%)
Causes directes	7 (0,9)	6 (0,7)	20 (1,7)	8 (0,1)	10 (0,7)
Hémorragie	1 (0,5)	2 (1,6)	7 (7,2)	1 (1,9)	3 (1,5)
Rupture utérine	2 (22,2)	1 (4)	3 (12)	2 (28,6)	0
Infection post-partum	0	2 (0,9)	3 (1,5)	1 (0,6)	1 (0,8)
Pré-éclampsie / Eclampsie	2 (2,7)	1 (2,2)	3 (5,6)	1 (2,7)	3 (4,8)
Avortements	0	0	1 (0,2)	0	1 (0,1)
Grossesse extra-utérine	0	0	0	0	0
HRP	2 (4,4)	0	3 (4,5)	3 (11,5)	2 (6,5)
Causes indirectes	0	4 (0,3)	2 (0,04)	2 (0,1)	5 (0,1)
Hépatites infectieuses	0	0	0	0	0
Paludisme	0	0	0	0	3 (0,1)
VIH / SIDA	0	0	0	0	0
Anémie	0	4 (0,3)	1 (0,05)	1 (0,1)	1 (0,05)
Drépanocytose	0	0	1 (16,7)	0	0
OAP	0	0	0	1 (100)	1

5.5. Morbidité et mortalité néonatale selon la parité

5.5.1. Indicateurs périnataux globaux

Sur l'ensemble des 25 440 accouchements enregistrés dans le district sanitaire de Kita entre janvier 2020 et juin 2023, un total de 23 072 naissances vivantes a été observé, représentant une proportion de 90,7 %. À l'inverse, 609 mort-nés ont été enregistrés, soit un taux de

mortalité fœtale intrapartum de 23,9 pour mille naissances totales, incluant à la fois les mort-nés frais et macérés.

Par ailleurs, 2 103 nouveau-nés présentaient un poids de naissance inférieur à 2 500 grammes, correspondant à une proportion de 8,9 %, ce qui indique une charge significative de retard de croissance intra-utérin ou de prématurité dans la population étudiée.

Le nombre total de décès néonataux précoces (survenus avant le 7^e jour de vie) s'élevait à 207, soit une mortalité néonatale précoce de 9 pour mille naissances vivantes. Ce taux, bien qu'inférieur à la moyenne nationale rapportée pour le Mali dans certaines enquêtes récentes, reste préoccupant au regard des conditions de prise en charge périnatale et du poids important des accouchements à domicile ou en structures de premier niveau.

5.5.2. Profil global de la morbidité néonatale selon la parité

L'analyse consolidée des complications néonatales majeures selon la parité révèle des profils cliniques distincts, illustrant des vulnérabilités spécifiques à chaque groupe de femmes (Tableau 10)

La mort fœtale in utero (MFIU), indicateur de souffrance fœtale chronique ou aiguë, était significativement plus fréquente chez les nullipares (29 %) et les primipares (27,4 %), comparée aux grandes multipares (15,2 %) ($p < 0,001$). Ce gradient suggère un effet protecteur relatif de la multiparité vis-à-vis des MFIU, probablement lié à une meilleure tolérance de la grossesse.

La procidence du cordon, bien que globalement peu fréquente, présentait une distribution inégale, avec des taux plus élevés chez les multipares (4,1 %) et les paucipares (3,5 %) que chez les nullipares (0,8 %) ($p = 0,029$). Les cas de souffrance fœtale aiguë (SFA) étaient plus fréquents chez les multipares (10,9 %) et les paucipares (7 %), sans différence significative entre groupes ($p = 0,440$)

Le petit poids de naissance (PPN) était fortement associé à la nulliparité (57 %) et à la pauciparité (53,2 %), contre 34,5 % chez les grandes multipares ($p < 0,001$). Ce paramètre souligne une morbidité néonatale accrue chez les femmes ayant peu ou pas d'expérience obstétricale.

En revanche, la macrosomie fœtale (poids $\geq 4\ 000$ g) était significativement plus fréquente chez les grandes multipares (12,1 %) et multipares (13,6 %), traduisant un risque accru de

dystocie et de traumatisme obstétrical ($p < 0,001$). Cela s'accompagnait d'une prévalence élevée de travail dystocique dans ces groupes (13,7–16,9 %).

D'autres complications graves, bien que moins fréquentes, suivaient des tendances inquiétantes. Les asphyxies néonatales, les traumatismes obstétricaux, le tétanos néonatal, les infections néonatales et les diarrhées étaient significativement plus fréquents chez les nullipares et primipares, avec des pics notables chez les nullipares pour l'asphyxie (17,3 %), l'infection néonatale (35,6 %) et le tétanos (6,7 %). Cela révèle des carences en prévention néonatale, hygiène périnatale et soins postnataux immédiats dans ce groupe.

Tableau 10 : Profil comparatif des complications néonatales majeures selon la parité dans les aires de santé (2020–2023)

Morbidité néonatale	Grande multipare n (%)	Multipare n (%)	Paucipare n (%)	Primipare n (%)	Nullipare n (%)	Valeur-p
MFIU	133 (15,2)	175 (20)	362 (20,6)	369 (27,4)	840 (29)	0,000
Procidence du cordon	25 (2,9)	36 (4,1)	62 (3,5)	40 (3)	22 (0,8)	0,029
SFA	45 (5,1)	96 (10,9)	124 (7)	71 (5,3)	88 (3)	0,440
PPN	303 (34,5)	302 (34,4)	936 (53,2)	657 (48,8)	1654 (57)	0,000
Macrosomie	106 (12,1)	120 (13,6)	80 (4,5)	71 (5,3)	76 (2,6)	0,000
Asphyxie à la naissance	8 (1,1)	9 (1,9)	6 (1,2)	11 (6,3)	18 (17,3)	0,000
Traumatisme à la naissance	3 (0,4)	4 (0,8)	6 (1,2)	8 (4,6)	10 (9,6)	0,000
Tétanos néonatal	5 (0,7)	8 (1,6)	6 (1,2)	5 (2,9)	7 (6,7)	0,441
Infection néonatal	37 (5,2)	32 (6,6)	27 (5,4)	28 (16)	40 (38,5)	0,16
Diarrhée	3 (0,4)	4 (0,8)	6 (1,2)	8 (4,6)	5 (4,8)	0,23
Anomalies congénitales	5 (0,7)	6 (1,2)	4 (0,8)	5 (2,9)	3 (2,9)	0,042
Autres	10 (1,4)	7 (1,4)	9 (1,8)	5 (2,9)	9 (8,7)	0,131

5.5.3. Causes de décès néonatal selon la parité

Sur les 207 décès néonataux enregistrés dans les aires de santé du district sanitaire de Kita entre janvier 2020 et juin 2023, les principales causes identifiées étaient l'infection néonatale (30,5 %), l'asphyxie à la naissance (17,9 %), le tétanos néonatal (13,5 %) et les causes indéterminées ou classées comme « autres » (14,9 %), Tableau 11. Ces quatre catégories représentaient à elles seules près de trois quarts des décès.

L'infection était la première cause dans tous les groupes de parité, atteignant 35 % chez les multipares, 34 % chez les primipares, 30,5 % chez les grandes multipares, et 28,3% chez les nullipares. Cette tendance reflète les défis persistants en matière d'hygiène périnatale, de prévention des infections materno-fœtales et de soins néonataux immédiats.

L'asphyxie à la naissance occupait la deuxième place, avec une prédominance notable chez les nullipares (22,6 %) et les primipares (20,5 %), confirmant la surreprésentation de cette complication dans les premiers accouchements, probablement en lien avec des dystocies non anticipées, des retards d'extraction et une surveillance intrapartum sous-optimale. À l'inverse, ce taux n'était que de 13,9 % chez les grandes multipares.

Le tétanos néonatal représentait une part substantielle des décès dans tous les groupes, notamment chez les multipares (17,5 %) et les paucipares (17,6 %), ce qui témoigne d'une couverture vaccinale incomplète et de pratiques d'accouchement non sécurisées, parfois en dehors des structures formelles.

Les décès liés à la prématurité étaient proportionnellement plus fréquents chez les nullipares (11,3 %) et primipares (11,4 %), tandis qu'ils ne représentaient que 5,6 % chez les grandes multipares. Cela suggère que, bien que la prématurité soit fréquente chez les multipares en général, elle est moins souvent létale dans ce groupe, peut-être du fait d'un poids de naissance plus élevé ou d'une meilleure maturité fœtale.

Enfin, les anomalies congénitales, la diarrhée étaient des causes plus rares mais constantes, tandis que les décès classés comme « autres » atteignaient 22,2 % chez les grandes multipares, suggérant des causes mal identifiées, probablement en lien avec des diagnostics incomplets ou absents en post-partum immédiat.

Tableau 11 : Répartition des causes de décès néonatal selon la parité des parturientes dans les aires de santé (2020–2023)

Causes de décès néonatal	Grande multipare n (%)	Multipare n (%)	Paucipare n (%)	Primipare n (%)	Nullipare n (%)
Asphyxie à la naissance	5 (13,9)	7 (17,5)	4 (11,8)	9 (20,5)	12 (22,6)
Traumatisme à la naissance	1 (2,7)	1 (2,5)	2 (5,9)	3 (6,8)	5 (9,4)
Tétanos néonatal	5 (13,9)	7 (17,5)	6 (17,6)	4 (9,1)	6 (11,3)
Infection	11 (30,5)	14 (35)	10 (29,4)	15 (34)	15 (28,3)
Diarrhée	2 (5,6)	1 (2,5)	2 (5,9)	2 (4,5)	1 (1,9)
Prématurité	2 (5,6)	3 (7,5)	3 (8,8)	5 (11,4)	6 (11,3)
Anomalies congénitales	2 (5,6)	2 (5)	1 (2,9)	2 (4,5)	1 (1,9)
Autres	8 (22,2)	5 (12,5)	6 (17,6)	4 (9,1)	7 (13,2)

5.5.4. Létalité des complications néonatales selon la parité

L'analyse de la létalité spécifique des complications néonatales selon le rang de parité montre que certains groupes de parturientes, notamment les nullipares et primipares, sont significativement plus exposés à des décès néonataux en lien avec des pathologies pourtant évitables dans le contexte d'un accouchement institutionnel surveillé.

Parmi les 207 décès néonataux répertoriés, plus de la moitié (51 %) sont survenus chez des nouveau-nés de mères nullipares, tandis que 25,1 % concernaient des primipares. À l'inverse, les grandes multipares n'ont représenté que 5,1 % des décès néonataux, alors qu'elles constituaient environ 9,4 % de la population étudiée. Ces résultats confirment une létalité néonatale disproportionnée chez les femmes de faible parité.

Certaines complications présentaient des taux de létalité particulièrement élevés :

- Le tétanos néonatal affichait une létalité dépassant 80 % dans tous les groupes, atteignant 100 % chez les grandes multipares et les paucipares, 87,5 % chez les

multipares, et 85,7 % chez les nullipares. Cela souligne le caractère presque systématiquement létal de cette pathologie en l'absence d'intervention précoce.

- L'asphyxie à la naissance présentait une létalité moyenne de 71,2 %, atteignant 81,8 % chez les primipares et 77,8 % chez les multipares.
- Pour les infections néonatales, la létalité variait de 29,7 % (grandes multipares) à 53,6 % (primipares), avec une moyenne de 37,5 %.
- Les anomalies congénitales étaient associées à une létalité de 34,8 %, tandis que les décès associés à des causes classées comme autres (probablement indéterminées ou multifactorielles) représentaient 75 % des cas.

Enfin, bien que la prématurité soit la complication néonatale la plus fréquente dans la cohorte, sa létalité restait relativement faible (1,2 % au total), sauf chez les nouveau-nés de mères nullipares (50 %), ce qui laisse supposer un déficit de maturation fœtale ou un accès insuffisant à des soins néonataux adaptés dans ce sous-groupe.

Tableau 12 : Létalité des principales complications néonatales selon la parité des parturientes dans les aires de santé (2020–2023)

Complications	Grande multipare n (%)	Multipare n (%)	Paucipare n (%)	Primipare n (%)	Nullipare n (%)
Asphyxie à la naissance	5 (62,5)	7 (77,8)	4 (66,7)	9 (81,8)	12 (66,7)
Traumatisme à la naissance	1 (33,3)	1 (25)	2 (33,3)	3 (37,5)	5 (50)
Tétanos néonatal	5 (100)	7 (87,5)	6 (100)	4 (80)	6 (85,7)
Infection	11 (29,7)	14 (43,8)	10 (37)	15 (53,6)	12 (37,5)
Diarrhée	2 (66,7)	1 (25)	2 (33,3)	2 (25)	1 (20)
Prématurité	2 (0,3)	3 (0,7)	3 (0,7)	5 (4,8)	6 (50)
Anomalies congénitales	2 (40)	2 (33,3)	1 (25)	2 (40)	1 (33,3)
Autres	8 (80)	5 (71,4)	6 (66,7)	4 (80)	7 (77,8)

6. DISCUSSION

Sur 25 440 accouchements enregistrés dans le district sanitaire de Kita entre janvier 2020 et juin 2023, 2 401 concernaient des grandes multipares, soit une prévalence de 9,4 %. Ces femmes, majoritairement âgées de 35 ans et plus, présentaient un profil obstétrical particulier, avec des taux accrus d'hémorragie post-partum (8,7 %), de macrosomie (12,1 %), de travail dystocique (13,7 %) et de rupture utérine (0,4 %). Sur le plan néonatal, bien que la prématurité ait été plus fréquente chez les grandes multipares (90 %), les nullipares et primipares ont présenté davantage de complications graves : mort fœtale in utero (jusqu'à 29 %), asphyxie, infections néonatales et recours aux soins intensifs. Le taux global de décès maternels était de 0,3 %, avec 7 cas chez les grandes multipares. L'étude s'inscrivait dans le cadre d'un essai de mise en œuvre du modèle CPN_8Contacts, qui a amélioré la couverture prénatale et la détection des risques.

❖ **Caractéristiques sociodémographiques des grandes multipares**

Dans notre étude, la grande multiparité représentait 9,4 % des accouchements enregistrés dans le district sanitaire de Kita. Cette proportion, bien que variable selon les contextes, s'inscrit dans la tendance observée dans de nombreux pays à faible revenu. Elle reste néanmoins légèrement inférieure à celle rapportée par Tegute et al., à Bamako (14 %) entre 1999 et 2011 [11], mais reste comparable à celle trouvée dans les zones rurales d'Éthiopie, du Nigeria et de Tanzanie, où la grande multiparité est souvent liée à des normes sociales favorisant une descendance nombreuse [7, 10]. Cette prévalence est également cohérente avec les données de méta-analyses récentes en Afrique subsaharienne, qui montrent des taux compris entre 8 et 15 % selon le contexte rural, l'accès aux soins et la planification familiale limitée [10].

Le profil sociodémographique des grandes multipares de notre cohorte révèle qu'elles sont majoritairement âgées de 35 ans et plus, souvent mariées ou en union stable, peu ou pas scolarisées, et résidant majoritairement en milieu rural. Cette tendance a été largement documentée dans la littérature. Une analyse menée par Al-Shaikh et al., en Arabie Saoudite a mis en évidence une forte association entre faible niveau d'instruction, mariage précoce et parité élevée [15]. De même, Zeleke et al., dans une étude éthiopienne récente, ont

montré que l'âge maternel avancé, le début précoce de la vie reproductive, et l'absence de planification familiale sont des facteurs indépendamment associés à la grande multiparité [7].

Sur le plan culturel, la forte valorisation sociale de la maternité, la pression exercée sur les femmes pour avoir plusieurs enfants, et la faible autonomie reproductive influencent directement la fécondité. Selon Mgaya et al., en Tanzanie, les femmes sont souvent jugées selon leur capacité à enfanter, et la grande multiparité devient un marqueur d'accomplissement personnel et conjugal, particulièrement en milieu rural [5]. Ces déterminants culturels sont renforcés par une offre limitée de services de planification familiale, des croyances religieuses restrictives et un faible niveau de sensibilisation aux risques liés à des grossesses multiples, comme l'ont rapporté plusieurs études qualitatives menées au Mali et dans d'autres contextes sahéliens [3, 18].

Ainsi, la grande multiparité observée dans notre étude ne peut être interprétée uniquement comme un comportement reproductif individuel, mais doit être replacée dans un cadre structurel et culturel plus large, combinant des déterminants économiques, sociaux et religieux profondément enracinés.

❖ **Complications cliniques maternelles chez les grandes multipares**

Les résultats cliniques de notre étude révèlent que la grande multiparité reste associée à un sur-risque obstétrical spécifique. Parmi les grandes multipares, les complications les plus fréquentes étaient l'hémorragie du post-partum (8,7 %), la macrosomie fœtale (12,1 %), le travail dystocique (13,7 %), l'infection post-partum (5,3 %) et la rupture utérine (0,4 %). « Ces complications traduisent l'usure physiologique de l'utérus et du col chez les femmes ayant eu plusieurs grossesses, comme cela avait été décrit dans des contextes africains et européens [4], et récemment confirmé en Afrique du Sud où la diminution de l'épaisseur myométriale et l'élargissement cervical sont associés à des complications obstétricales [19]. Par ailleurs, une étude biomécanique récente a documenté une perte d'élasticité cervicale et une laxité utérine croissantes avec l'âge gestationnel et la parité, contribuant à l'inefficacité des contractions post-partum et au risque d'hémorragie ou de dystocie chez les grandes multipares [20].

L'hémorragie de la délivrance est l'une des complications les plus redoutées en obstétrique, et sa prévalence élevée chez les grandes multipares est liée à l'atonie utérine secondaire à la distension excessive de l'utérus [21, 22]. Cette distension compromet l'efficacité des contractions post-partum et augmente la probabilité d'inversion utérine ou de rétention placentaire, surtout en cas de grossesses rapprochées ou de macrosomie [23, 24]. Teguede et al., dans une étude longitudinale menée à l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako, ont montré une fréquence significativement plus élevée de l'HPP chez les patientes ayant une parité ≥ 5 [11].

La macrosomie, retrouvée dans 12,1 % des cas chez les grandes multipares dans notre cohorte, pourrait être expliquée par des mécanismes d'insulino-résistance induits par les gestations répétées, un gain pondéral non contrôlé, ou l'allongement du terme gestationnel [25, 26]. Ce risque est corroboré par les résultats de Khan et al., qui soulignent que les femmes de haute parité ont une probabilité plus élevée d'avoir des nouveau-nés macrosomes, exposant ainsi à un risque accru de dystocie des épaules et de césarienne en urgence [10].

Le travail dystocique chez les grandes multipares résulte fréquemment d'une désynchronisation des contractions utérines, d'une fatigue musculaire accrue après de multiples grossesses, ou encore d'un bassin devenu inadapté aux nouveau-nés de fort poids. Ce phénomène, en contexte rural à ressources limitées, est souvent aggravé par une surveillance prénatale insuffisante, sans échographies régulières ni examens cliniques adéquats [22]. Parallèlement, l'infection post-partum, observée chez 5,3 % des grandes multipares de notre cohorte, est étroitement liée à des pratiques d'accouchement peu aseptiques, des ruptures prématurées de membranes non traitées, et un suivi postnatal déficient, surtout dans les zones isolées [27]

Enfin, la rupture utérine, bien que rare dans notre cohorte (0,4 %), demeure une complication obstétricale gravissime. Elle survient le plus souvent sur un utérus cicatriciel ou lors de dystocies non identifiées à temps. Dans une étude cas-témoin à Hawassa en Éthiopie, la gravité (parité ≥ 5) était associée à un risque plus de 3 fois supérieur de rupture utérine (AOR = 3,4), en lien avec une absence de suivi prénatal, un travail obstructif ou

une macrosomie supérieure à 4 kg [28]. Par ailleurs, une enquête réalisée dans les régions de Bahir Dar et Tigray a révélé un taux de mortalité maternelle de 16,4 % chez les grandes multipares victimes de rupture, bien supérieur à celui observé chez les primipares (4,2 %) ou nullipares (5,1 %) [29]. En outre, d'autres auteurs montrent que, chez les patientes induites avec un utérus cicatriciel, la parité élevée ne semble pas majorer le risque de rupture lorsqu'on contrôle les antécédents chirurgicaux, ce qui suggère que le facteur majeur reste l'antécédent de césarienne ou de myomectomie, plutôt que la parité isolée [30]

Ces données soulignent l'importance d'une prise en charge obstétricale anticipée et renforcée chez les grandes multipares, incluant la planification des accouchements en structures de référence, l'optimisation de la surveillance prénatale et l'élaboration de protocoles de prévention active des hémorragies et des dystocies, notamment à travers l'utilisation systématique de l'ocytocine et le dépistage précoce des facteurs de risque.

❖ **Morbidité et mortalité néonatales selon la parité**

L'analyse des issues néonatales dans notre étude révèle des contrastes importants selon la parité maternelle. Les grandes multipares, bien qu'exposées à un taux élevé de prématurité (90 %), présentaient paradoxalement une létalité néonatale relativement faible comparée aux nullipares et primipares. Ces dernières affichaient les taux les plus élevés de mort fœtale in utero (MFIU à 29 %), d'asphyxie à la naissance (jusqu'à 17,3 % chez les nullipares), de traumatisme obstétrical, d'infection néonatale et de recours aux soins intensifs (jusqu'à 57 % pour les petits poids de naissance et la prématurité), ce qui concorde avec les données de Tantu et al., et Devabhaktuni et al., sur l'excès de risque néonatal en cas de faible parité [31, 32].

La fréquence élevée de la prématurité chez les grandes multipares pourrait s'expliquer par la diminution de la capacité de rétention utérine, les anomalies placentaires secondaires aux grossesses répétées, ou une mauvaise évaluation du terme dans les milieux à ressources limitées. Toutefois, le taux de mortalité néonatale associée à ces prématurités reste contenu, ce qui suggère soit un seuil de viabilité élevé dans la population étudiée, soit un effet de sous-déclaration des cas sévères. D'après Peled et al., dans un contexte de soins obstétricaux bien organisés, les grandes multipares peuvent donner naissance à des

prématurés en bonne santé, notamment si les accouchements sont planifiés et médicalement assistés [8].

À l'inverse, la nulliparité et la primiparité sont systématiquement associées à une augmentation des risques périnataux, en raison d'une inefficacité des efforts expulsifs, d'un bassin non encore éprouvé, et d'un taux plus élevé d'anomalies de présentation. Dans une étude saoudienne, Al-Shaikh et al., ont constaté que les primipares avaient une probabilité accrue d'avoir des nouveau-nés avec un score d'Apgar bas, et nécessitant plus souvent des interventions obstétricales invasives [15].

Les infections néonatales, retrouvées dans près de 35 % des cas chez les nouveau-nés de nullipares dans notre étude, pourraient être liées à la prolongation du travail, aux RPM non diagnostiquées, ou à l'absence de suivi postnatal immédiat. DeBolt et al., ont démontré que la nulliparité constitue un facteur de risque d'infection sévère en lien avec la durée prolongée du travail et les délais dans la réponse obstétricale [16]. Ceci est d'autant plus marquant dans les zones rurales où la disponibilité du personnel qualifié reste insuffisante.

Par ailleurs, l'asphyxie néonatale, principale cause de décès dans notre série (17,9 %), était significativement plus fréquente chez les primipares et nullipares. Cette observation est confirmée par des données récentes : une analyse multicentrique en Afrique a révélé que les grandes multipares référées en intrapartum présentaient un risque d'asphyxie pouvant atteindre 13 % [33]. Dans un contexte éthiopien, la primiparité multiplie les risques d'asphyxie (AOR = 2,63) parmi les nouveau-nés à terme [34, 35]. Enfin, une méta-analyse internationale récente identifie la primiparité comme un facteur indépendant de risque d'asphyxie, indépendamment du poids de naissance ou du terme gestationnel [36].

Enfin, les décès néonataux dans notre étude étaient largement évitables : asphyxie, infections, prématurité et tétanos néonatal figuraient en tête. Ce constat rejoint les résultats du WHO Global Survey (2015), qui indiquent que la majorité des décès néonataux en Afrique subsaharienne surviennent dans un contexte de faiblesse de la chaîne de soins pendant le travail et l'accouchement.

Ces résultats appellent à une approche différenciée selon la parité : les grandes multipares doivent être surveillées pour la prématurité, les hémorragies et la rupture utérine, tandis

que les nullipares et primipares doivent bénéficier d'un accompagnement renforcé dès les premières contractions, incluant une surveillance continue du rythme cardiaque fœtal, des examens réguliers du col et une intervention rapide en cas de signe de dystocie

❖ **Déterminants culturels et barrières structurelles dans la gestion de la grande multiparité**

Au-delà des facteurs cliniques et biologiques, la persistance de la grande multiparité dans des contextes tels que le district de Kita s'inscrit dans un environnement socio-culturel et structurel profondément contraignant. Dans notre étude, une majorité des grandes multipares provenaient d'aires rurales enclavées, avec un accès limité aux structures sanitaires, particulièrement pendant l'hivernage, période durant laquelle certaines zones deviennent pratiquement inaccessibles. Ce facteur structurel majeur limite le recours régulier aux consultations prénatales, retarde la détection des grossesses à risque, et réduit l'accès aux accouchements assistés, exacerbant ainsi les risques liés à la haute parité [37].

Les normes culturelles locales valorisent fortement la fécondité. Dans plusieurs communautés de la région de Kita, la maternité est non seulement une responsabilité féminine attendue, mais aussi un symbole de stabilité conjugale, de réussite sociale et même de pouvoir au sein de la belle-famille. De nombreuses femmes grandes multipares ont ainsi témoigné, dans des études menées au Mali et en Tanzanie, de la pression exercée par les conjoints, les beaux-parents ou les leaders religieux pour « prouver leur fertilité » ou « avoir des garçons » [15, 18]. Comme le montre Mgaya et al., dans les sociétés patriarcales d'Afrique de l'Est, la femme n'acquiert réellement son statut que lorsqu'elle a donné naissance à plusieurs enfants, de préférence des fils, indépendamment des risques encourus [6].

À cela s'ajoute la faible autonomisation des femmes sur le plan reproductif. Dans notre étude, la majorité des grandes multipares n'avaient pas eu recours à la planification familiale, faute d'information, de disponibilité des méthodes, ou d'autonomie dans la prise de décision. Yaya et al. ont montré que l'autonomisation féminine, notamment dans les prises de décision conjugales, est un déterminant clé de l'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique subsaharienne [3]. De même, Kamal et Islam ont documenté l'effet de la communication conjugale sur l'adoption de la contraception, soulignant

l'impact des normes de genre et de l'influence masculine dans les décisions reproductives [38]. Ceci est confirmé par l'analyse qualitative de Cham et al., en Gambie, où même les femmes conscientes des risques liés à la grande multiparité sont souvent empêchées par leur environnement familial ou communautaire d'accéder aux services de régulation des naissances [18].

Sur le plan du système de santé, les CSCCom des zones rurales étudiées souffrent de sous-équipement chronique, d'un déficit en personnel qualifié, et d'un plateau technique inadapté pour la prise en charge des complications obstétricales graves. L'étude de Bohren et al., sur la maltraitance en salle d'accouchement souligne également que les attitudes négatives de certains prestataires, l'absence d'intimité et le manque d'information contribuent à décourager les femmes d'accoucher en milieu médicalisé, en particulier lorsqu'elles ont déjà eu plusieurs grossesses sans complication apparente [3]. Ces facteurs alimentent le recours persistant aux accouchements à domicile ou assistés par des matrones non formées.

Enfin, le coût indirect des soins, transport, hébergement, perte de revenu – constitue une barrière majeure, malgré les politiques de gratuité de la césarienne ou de la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte. Adedini et al., ont souligné que les frais non médicaux sont souvent négligés dans les politiques de santé, alors qu'ils constituent un frein réel à l'accès équitable aux soins [39]. Comme le rappellent Dumont et al., les mesures de gratuité ciblée restent inefficaces si elles ne sont pas accompagnées d'un renforcement des infrastructures, d'un accompagnement communautaire actif et d'une stratégie de proximité centrée sur les besoins des femmes [38].

Ainsi, pour réduire la prévalence de la grande multiparité et améliorer le pronostic materno-néonatal dans des districts comme celui de Kita, une approche globale est nécessaire : renforcement du système de santé périphérique, accès universel à la planification familiale, empowerment féminin, et dialogue interculturel avec les leaders religieux et communautaires.

❖ Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces méthodologiques et contextuelles notables. Premièrement, elle repose sur une base de données exhaustive couvrant une période de 42 mois et incluant plus de 25 000 accouchements dans l'ensemble du district sanitaire de Kita. Une telle ampleur confère à l'étude une puissance statistique significative, permettant des comparaisons robustes entre les différentes catégories de parité, y compris le sous-groupe des grandes multipares souvent sous-représenté dans les travaux antérieurs.

Deuxièmement, l'intégration de l'étude à un essai communautaire autour du modèle CPN_8Contacts, mis en œuvre selon les recommandations actualisées de l'OMS, constitue un atout important. Ce dispositif a permis une collecte standardisée des données, une meilleure identification des femmes à risque, ainsi qu'une approche opérationnelle permettant de lier les résultats aux interventions de santé publique en cours.

Troisièmement, la variété des sources exploitées – registres d'accouchement, dossiers obstétricaux, registres de décès maternels et de référence/évacuation, a renforcé la validité interne des données. La triangulation des informations a permis de minimiser les biais de classification et d'augmenter la fiabilité des résultats, notamment pour les issues maternelles graves.

Enfin, le croisement des résultats cliniques avec des déterminants sociaux, culturels et structurels confère à l'analyse une richesse interprétative, en phase avec les approches multidimensionnelles actuelles de la santé maternelle et néonatale.

Malgré ces atouts, l'étude présente certaines limites inhérentes à son design rétrospectif. La qualité des données dépendait fortement de l'exhaustivité et de la rigueur des enregistrements dans les registres cliniques, ce qui expose à des biais de mesure, en particulier pour les morbidités obstétricales modérées ou les complications néonatales précoces non systématiquement documentées.

La catégorisation par parité, bien que fidèle aux définitions standards, ne permet pas d'explorer certaines nuances comme la grande multigestité sans enfants vivants ou la parité élevée avec antécédents de complications sévères. De plus, les informations

sociodémographiques telles que le niveau d'instruction ou les revenus n'étaient pas toujours disponibles de manière systématique, limitant l'analyse multivariée des facteurs de risque.

L'absence de données de suivi post-partum au-delà de la sortie de maternité limite l'évaluation des complications tardives et de la mortalité néonatale au-delà du premier jour de vie. Par ailleurs, les analyses de causalité restent limitées en raison du caractère observationnel de l'étude, qui empêche de contrôler pleinement les variables confusionnelles.

Enfin, la généralisation des résultats à d'autres contextes maliens ou ouest-africains doit être prudente, compte tenu des spécificités socioculturelles et sanitaires propres au district de Kita.

❖ **Conclusion et implications en santé publique**

Cette étude réalisée dans le district sanitaire de Kita met en évidence l'influence de la parité sur la morbidité maternelle et néonatale. Les grandes multipares présentent un risque accru de complications obstétricales telles que l'hémorragie du post-partum, la rupture utérine et les dystocies, tandis que les nullipares et primipares sont davantage exposées aux complications néonatales sévères.

Ces résultats soulignent la nécessité d'un suivi obstétrical individualisé, tenant compte non seulement de la parité, mais également de l'âge, des antécédents obstétricaux et de l'accessibilité aux soins. Ils confirment également l'importance du renforcement des consultations prénatales, de la planification familiale et de l'éducation sanitaire des femmes.

En outre, l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux, le renforcement des structures de santé et l'optimisation du système de référence-évacuation demeurent des priorités pour réduire les complications maternelles et périnatales. Une approche globale et multisectorielle apparaît ainsi indispensable pour améliorer durablement la santé maternelle et néonatale dans le district sanitaire de Kita.

7. RECOMMANDATIONS

❖ **Aux autorités politico-administratives et sanitaires**

- Renforcer la mise en œuvre du modèle **CPN_8Contacts** dans l'ensemble des aires de santé, en le soutenant par des politiques budgétaires et logistiques adéquates.
- Étendre les services de planification familiale, y compris dans les zones rurales reculées, en rendant les contraceptifs modernes gratuits et disponibles en continu.
- Renforcer la surveillance maternelle et néonatale en dotant les centres de santé de kits SONU complets, d'ambulances fonctionnelles et de personnel qualifié.
- Intégrer les indicateurs liés à la grande multiparité dans les systèmes d'information sanitaire pour un meilleur suivi et une réponse ciblée.

❖ **Aux prestataires de soins de santé**

- Identifier précocement les grandes multipares lors des premières consultations prénatales afin d'assurer un suivi personnalisé à haut risque.
- Renforcer les compétences du personnel de santé en gestion des complications obstétricales (hémorragies, dystocie, HRP, rupture utérine) par des formations continues.
- Assurer une prise en charge respectueuse, sans jugement, des femmes multipares dans les services de maternité pour favoriser le recours régulier au modèle CPN 8contact.
- Encourager le dépistage systématique de l'anémie, des infections et des pathologies chroniques durant la grossesse, en particulier chez les grandes multipares.

❖ **À la population féminine, en particulier les femmes en âge de procréer**

- Encourager la fréquentation régulière des consultations prénatales dès le premier trimestre de grossesse.
- Promouvoir la limitation volontaire des naissances après cinq grossesses viables, avec accompagnement psychosocial et contraceptif adapté.

- Renforcer la connaissance sur les signes de danger pendant la grossesse et le postpartum.
- Encourager les accouchements en structures sanitaires, même pour les femmes ayant déjà eu plusieurs grossesses.

❖ **À la communauté (leaders locaux, groupes de relais, associations)**

- Mobiliser les leaders religieux et traditionnels pour promouvoir la planification familiale et la réduction des grossesses multiples à risque.
- Sensibiliser les belles-mères, maris et chefs de famille sur les dangers obstétricaux associés à la grande multiparité.
- Soutenir la réintégration scolaire et la formation des jeunes filles pour réduire les mariages précoces et la maternité répétée.
- Renforcer l'engagement communautaire à travers les GAC, ASC et relais communautaires pour le suivi des femmes enceintes et la lutte contre les inégalités d'accès aux soins.

8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. WHO. Trends in maternal mortality 2000 to 2020. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2:e323-33.
3. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11:71.
4. Juntunen K, Kirkinen P, Kauppila A. The clinical outcome in pregnancies of grand grand multiparous women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997;76:755-9.
5. Jacquemyn Y, Katrien V, Sanne V. A Systematic Review of Grand Multiparity. *Current Women's Health Reviews*. . *Current Women's Health Reviews*. 2006;2:000-.
6. Mgaya AH, Massawe SN, Kidanto HL, et al. Grand multiparity: is it still a risk in pregnancy? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:241.
7. Zeleke AM, Takele GA, Gonete YA, et al. Adverse birth outcomes and associated factors among Sub-Saharan African grand multiparas: a systematic review and meta-analysis. *Ther Adv Reprod Health*. 2025;19:26334941251342121.
8. Peled T, Weiss A, Hochler H, et al. Perinatal outcomes in grand multiparous women stratified by parity- A large multicenter study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024;300:164-70.
9. Dasa TT, Okunlola MA, Dessie Y. Effect of Grand Multiparity on the Adverse Birth Outcome: A Hospital-Based Prospective Cohort Study in Sidama Region, Ethiopia. *Int J Womens Health*. 2022;14:363-72.
10. Khan FH, Alkwai HM, Alshammari RF, et al. Comparison of Fetomaternal Complications in Women of High Parity with Women of Low Parity among Saudi Women. *Healthcare (Basel)*. 2022;10.
11. Teguate I, Maiga AW, Leppert PC. Maternal and neonatal outcomes of grand multiparas over two decades in Mali. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91:580-6.
12. Muniro Z, Tarimo CS, Mahande MJ, et al. Grand multiparity as a predictor of adverse pregnancy outcome among women who delivered at a tertiary hospital in Northern Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:222.

13. Bezie T. Pregnancy outcomes and associated factors among grand multiparous women in Ethiopia: a facility-based study. *In Press*. 2024.
14. Institut National de la Statistique (INSTAT), Mali. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDS-VI) 2018. Bamako: INSTAT & ICF; 2019.
15. Al-Shaikh GK, Ibrahim GH, Fayed AA, et al. Grand multiparity and the possible risk of adverse maternal and neonatal outcomes: a dilemma to be deciphered. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:310.
16. DeBolt CA, Rao MG, Limaye MA, et al. Grand Multiparity and Obstetric Outcomes in a Contemporary Cohort: The Role of Increasing Parity. *Am J Perinatol*. 2024;41:815-25.
17. Tadese M, Desta Tessema S, Tsegaw Taye B. Adverse Perinatal Outcomes Among Grand Multiparous and Low Multiparous Women and Its Associated Factors in North Shewa Zone Public Hospitals: The Role of Parity. *Int J Gen Med*. 2021;14:6539-48.
18. Cham M, Sundby J, Vangen S. Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. *Reprod Health*. 2005;2:3.
19. Mphahlele RR, Ndlovu S, Mokoena T. Obstetric outcomes of grand multiparous women in a regional hospital in Soweto, South Africa. CORE. 2024. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/39676009.pdf>.
20. Zednarsky A, Lafon Y, Pierrat C, et al. Uterus and cervix anatomical changes and cervical stiffness evolution during multiparity: a biomechanical approach. bioRxiv. 2025. doi:10.1101/2024.05.01.592023. Available from: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2024.05.01.592023v1.full.pdf>.
21. Nigussie J, Girma B, Molla A, et al. Magnitude of postpartum hemorrhage and its associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2022;19:63.
22. Dasa TT, Okunlola MA, Dessie Y. Effect of grand multiparity on adverse maternal outcomes: A prospective cohort study. *Front Public Health*. 2022;10:959633.
23. Voillequin S, Quibel T, Rozenberg P, et al. Duration of the second and third stages of labor and risk of postpartum hemorrhage: a cohort study stratified by parity. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25:143.

24. Al-Kadri HM, Tariq S, Tamim HM. Risk factors for postpartum hemorrhage among Saudi women. *Saudi Med J*. 2009;30:1305-10.
25. Adeoye IA, Fakorede JI, Salawu MM, et al. Associations of macrosomia with sociodemographic, anthropometric, lifestyle factors and perinatal outcomes in Southwest Nigeria. *BMC Pediatr*. 2025;25:61.
26. Wu Y, Xiao H, Chen L, et al. Pre-pregnancy body mass index and risk of macrosomia: glycemic status-specific thresholds and subgroup interactions in a prospective cohort. *Front Nutr*. 2025;12:1633088.
27. Oyato BT, Debele T, Edosa D, et al. Determinants of puerperal sepsis among postpartum women: a case-control study in East Shoa Zone public hospitals, Central Ethiopia. *BMJ Open*. 2024;14:e083230.
28. Feleke G, Tantu T, Zewdu D, et al. Case-control study on determinants of uterine rupture among mothers who gave birth at Hawassa University comprehensive specialized hospital. *PLoS One*. 2023;18:e0279175.
29. Survival status and predictors of mortality among women with uterine rupture in referral hospitals of Tigray and Amhara regions, Ethiopia. *Int J Womens Health*. 2023;15:1715–1725. doi:10.2147/IJWH.S401052.
30. Hochler H, Wainstock T, Lipschuetz M, et al. Induction of labor in women with a scarred uterus: does grand multiparity affect the risk of uterine rupture? *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020;2:100081.
31. Garces A, Perez W, Harrison MS, et al. Association of parity with birthweight and neonatal death in five sites: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reprod Health*. 2020;17:182.
32. Devabhaktuni A, Pilliod RA, Caughey AB, et al. The Risk of Perinatal Mortality in Nulliparous Women Compared to Primiparous Women at Term. *Am J Perinatol*. 2024;41:270-5.
33. Handing G, Straneo M, Agossou C, et al. Birth asphyxia and its association with grand multiparity and referral among hospital births: A prospective cross-sectional study in Benin, Malawi, Tanzania and Uganda. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024;103:590-601.

34. Gizachew S, Wogie G, Getnet M, et al. Magnitude of neonatal asphyxia and its predictors among newborns at public hospitals of Wolaita Zone in Southern Ethiopia, 2023. *BMC Pediatr.* 2024;24:142.
35. Apio G, Mbalinda SN, Alunyo JP, et al. Birth asphyxia outcomes and associated factors among newborns admitted to a tertiary hospital in Eastern Uganda: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025;25:487.
36. Su YJ, Liu W, Xing RR, et al. Prevalence and risk factors associated with birth asphyxia among neonates delivered in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2024;24:845.
37. Birmeta K, Dibaba Y, Woldeyohannes D. Determinants of maternal health care utilization in Holeta town, central Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:256.
38. Dumont A, Tourigny C, Fournier P. Improving obstetric care in low-resource settings: implementation of facility-based maternal death reviews in five pilot hospitals in Senegal. *Hum Resour Health.* 2009;7:61.
39. Adedini SA, Odimegwu C, Bamiwuye O, et al. Barriers to accessing health care in Nigeria: implications for child survival. *Glob Health Action.* 2014;7:23499.
40. Geleto A, Chojenta C, Mussa A, et al. Barriers to access and utilization of emergency obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa-a systematic review protocol. *Syst Rev.* 2018;7:60.

9. FICHE SIGNALÉTIQUE

Prénom : Djenemoussa

Nom : Kanté

Année académique : 2024 - 2025

Pays d'origine : Mali

Titre : Prévalence et pronostic de la grossesse chez les grandes multipares dans le district sanitaire de Kita (2020- 2023)

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteurs d'intérêts : Gynécologie-Obstétrique

Résumé :

Introduction : La grande multiparité demeure un enjeu de santé maternelle et néonatale dans les contextes à ressources limitées, notamment au Mali. Cette étude vise à évaluer la prévalence de la grande multiparité et son impact sur le pronostic maternel et périnatal dans le district sanitaire de Kita.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive rétrospective menée sur une période de 42 mois (janvier 2020 à juin 2023), à partir des registres des maternités de 20 aires de santé du district de Kita et du Centre de Santé de Référence (CSRéf). Toutes les femmes ayant accouché durant la période ont été incluses. Les grandes multipares (≥ 5 accouchements antérieurs de fœtus viables) ont été comparées aux autres groupes de parité. Les données ont été analysées avec SPSS 24.0.

Résultats : Sur 25 440 accouchements recensés, 2 401 concernaient des grandes multipares, soit une prévalence de 9,4 %. Ce groupe était significativement exposé à certaines complications : hémorragie du post-partum (8,7 %), macrosomie (12,1 %), travail dystocique (13,7 %), rupture utérine (0,4 %), et infection post-partum (5,3 %). Toutefois, les nullipares et primipares présentaient davantage d'asphyxie néonatale, d'infections, de décès fœtaux in utero (29 %), et de prises en charge néonatales intensives (jusqu'à 57 %). La prématurité dominait chez les grandes multipares (90 %), mais avec une létalité relativement faible. Au total, 64 décès maternels ont été enregistrés (0,3 %), dont 7 chez

les grandes multipares, liés principalement à la rupture utérine, au HRP et à la pré-éclampsie.

Conclusion : La grande multiparité reste associée à des risques obstétricaux spécifiques, mais les nullipares et primipares présentent une morbidité néonatale plus sévère. Ces résultats appellent à une surveillance obstétricale renforcée selon le profil de parité et à une amélioration de la prise en charge périnatale dans le district de Kita.

Mots-clés : Grande multiparité ; Morbidité maternelle ; Issues néonatales ; Parité ; Complications obstétricales ; Mortalité néonatale ; Rupture utérine ; Mali ; Contexte à ressources limitées ; Soins périnataux

Abstract

Introduction: Grand multiparity remains a major concern for maternal and neonatal health in resource-limited settings, particularly in Mali. This study aimed to assess the prevalence of grand multiparity and its impact on maternal and perinatal outcomes in the Kita health district.

Methods: We conducted a retrospective descriptive cross-sectional study over a 42-month period (January 2020 to June 2023), using maternity records from 20 health areas in the district of Kita and the Referral Health Center (CSRéf). All women who gave birth during this period were included. Grand multiparous women (≥ 5 previous deliveries of viable fetuses) were compared to other parity groups. Data were analyzed using SPSS version 24.0.

Results: Out of 25,440 recorded deliveries, 2,401 involved grand multiparous women, corresponding to a prevalence of 9.4%. This group was significantly exposed to certain complications: postpartum hemorrhage (8.7%), macrosomia (12.1%), dystocic labor (13.7%), uterine rupture (0.4%), and postpartum infection (5.3%). However, nulliparous and primiparous women presented more frequent neonatal asphyxia, infections, in utero fetal deaths (29%), and intensive neonatal care (up to 57%). Prematurity was predominant among grand multiparas (90%), but with relatively low lethality. A total of 64 maternal deaths were recorded (0.3%), including 7 among grand multiparas, mainly due to uterine rupture, placental abruption (HRP), and pre-eclampsia.

Conclusion: Grand multiparity remains associated with specific obstetric risks, while nulliparous and primiparous women face more severe neonatal morbidity. These findings highlight the need for parity-specific obstetric surveillance and improved perinatal care in the Kita health district.

Keywords: Grand multiparity; Maternal morbidity; Neonatal outcomes; Parity; Obstetric complications; Neonatal mortality; Uterine rupture; Mali; Low-resource settings; Perinatal care

10. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe 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 et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

Je le jure !