

L'ACCOUCHEMENT DES NOIRES AFRICAINES

A LA MATERNITÉ GUY LE LORIER DE L'HÔPITAL TENON

Étude rétrospective de 781 accouchements de 1989 à 1991

O. PAMBOU, P. KONGO, S. UZAN.

RÉSUMÉ

781 patientes noires africaines sur 5503 femmes ont accouché entre le 1er janvier 1989 et le 31 décembre 1991, à la maternité Guy Le Lorier de l'hôpital TENON à Paris, représentant 14% des accouchements du service.

Géographiquement ce sont essentiellement des parturientes originaires d'Afrique Francophone, celles d'Afrique de l'Ouest représentent 79% des accouchées. Les maliennes au nombre de 309 viennent au 1er rang soit 40% des accouchées africaines et 5% des accouchements du service, viennent ensuite les sénégalaises (195) puis les guinéennes (38).

Les ressortissantes d'Afrique Centrale sont au nombre de 164 soit 2,5% des accouchées du service. Les zairoises sont les plus nombreuses (49). L'âge moyen des parturientes de cette communauté africaine est de 20 ans \pm 3, généralement nullipares. Depuis 1990, il y a une diminution progressive de la parité à partir de la cinquième naissance.

Le suivi de la grossesse et l'accouchement ne posent pas de problèmes majeurs, il n'y a pas non plus une surmortalité par rapport à la population témoin. La mortalité maternelle est nulle.

Cependant, les africaines représentent 40% des séropositives (VIH +) du service, 33 sur 81 recensées, particulièrement les zairoises, 17 sur 31, qui à elles seules atteignent 51% de séropositives de la communauté obstétricale africaine et 20% de la maternité.

Depuis quelques années, il y a une tendance à la baisse du taux de césarienne chez la femme africaine, de 18,8% en 1981 et 1984 à 5,6% en 1990 à Corbeil (région parisienne), sans augmentation de la morbidité maternelle ou néonatale, par la réduction des césariennes systématiques pour bassin rétréci ou utérus cicatriciel.

Actuellement, le management de la grossesse et de l'accouchement chez la femme africaine pose moins de

problème qu'au début des années 1980, du fait de la conjonction des facteurs positifs, entre autres l'intégration progressive des populations mais aussi l'effort d'adaptation des équipes obstétricales.

INTRODUCTION

La prise en charge de la grossesse et des accouchements chez la femme noire Africaine en France a été étudiée par plusieurs auteurs (2, 4, 6, 7, 27) et a permis de relever un certain nombre de problèmes, particulièrement le taux élevé des césariennes chez ces patientes par rapport à la population générale, 25% en moyenne dans les années 80. A la lumière des travaux suscités, la mécanique de l'accouchement demande une attitude plus attentive de la part de l'obstétricien permettant ainsi de diminuer de façon significative le taux de césarienne au cours de ces trois dernières années notamment dans les utérus cicatriciels.

Nous rapportons dans ce travail l'étude de 781 accouchements survenus dans le Service de 1989 à 1991 sur 5503 accouchements soit 14,9% des accouchées. La mortalité maternelle et foetale est nulle.

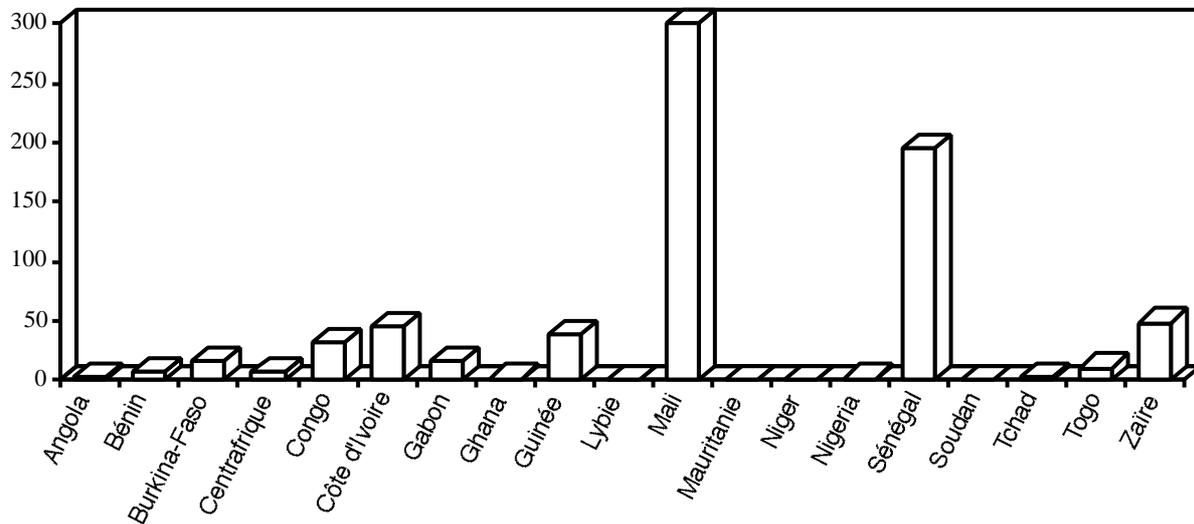
PATIENTES ET MÉTHODES

Du 1er Janvier 1989 au 31 Décembre 1991, nous avons colligé 5503 accouchements à la maternité Guy Le Lorier de l'Hôpital TENON à Paris. Pendant cette période, 781 accouchements sont survenus chez les femmes Africaines noires représentant ainsi 14,19% du nombre total des accouchements.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- a) Patientes originaires d'Afrique Noire sub-saharienne (Figure n°1)
- b) Grossesses suivies dans le Service (à noter qu'un centre de P.M.I. est attaché à notre maternité).
- c) Accouchements survenus dans le Service même si la grossesse a été suivie à l'extérieur.

Maternité Guy Le Lorier - Hôpital TENON
4, Rue de la Chine - 75020 PARIS

Figure 1 : Origine géographique - Patientes africaines - Tenon

Ont été exclues de l'étude les patientes d'Afrique du Nord, et les femmes noires antillaises des DOM-TOM (Départements et territoires d'outre-mer).

Pendant la même période, nous avons apparié une population Française témoin en fonction de l'âge et de la parité (au nombre de 2599).

Deux aspects sont soulignés dans cette étude :

- d'une part du bilan biologique compte tenu de la fréquence de l'anémie ferriprive et des sérologies HBS et HIV 1 et 2.
- d'autre part du taux de fréquence de 9% de l'antigénémie généralement retrouvé dans notre population (32) comportant le dépistage systématique de la femme enceinte et la prise en charge néonatale par la vaccination en cas de positivité sérologique.

Le tableau 1 montre la répartition par année des accouchements au cours des trois années.

Tableau I - Répartition par année des accouchements au cours des 3 ans dans le service

Année	Nb d'accouchements dans le service	Nbd'accouchement Femmes africaines	
1989	1886	271	14,36%
1990	1778	280	11,55%
1991	1839	230	11,55%
Total	5503	781	14,19%

RÉSULTATS

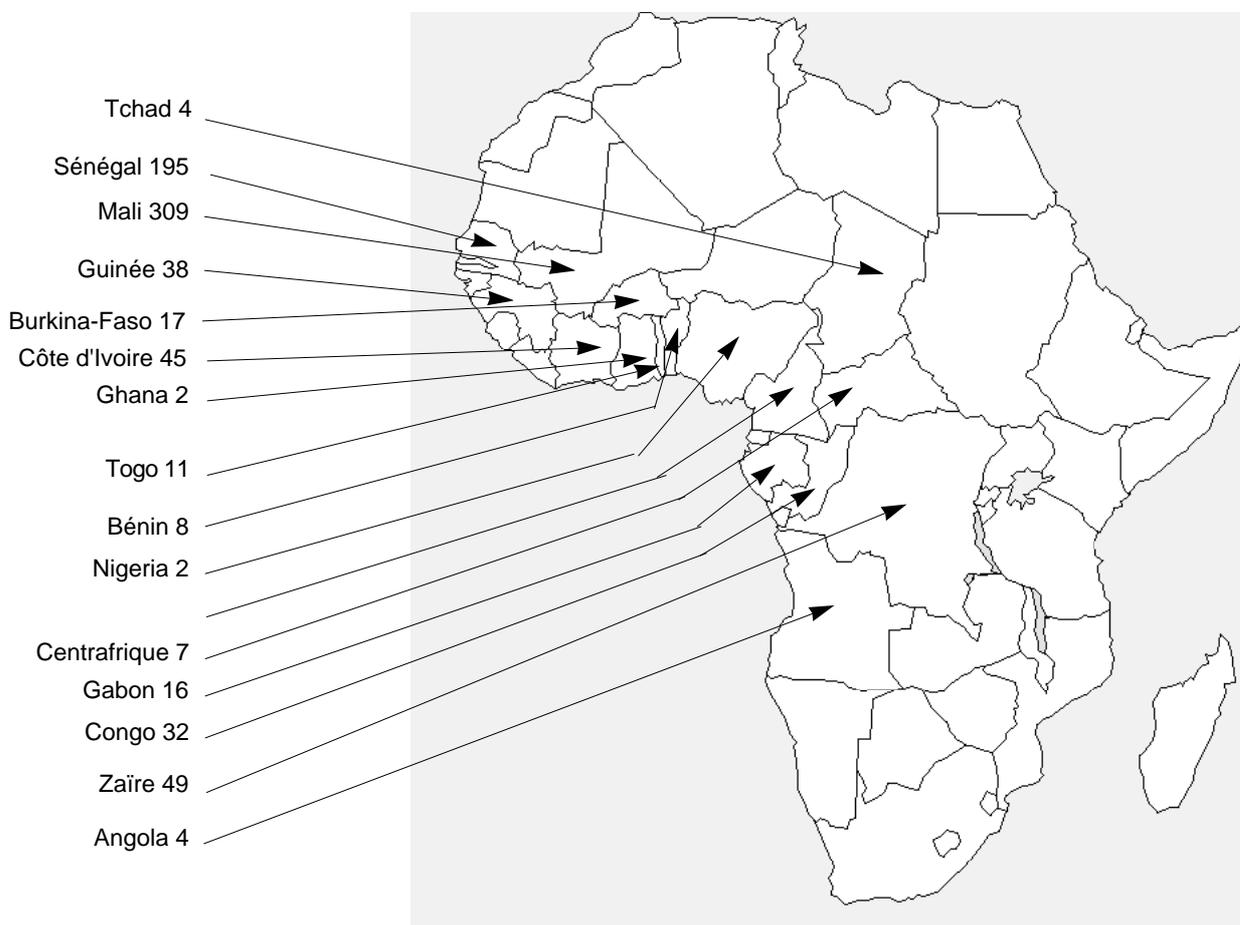
1- Origine géographique

La provenance géographique des 781 patientes, illustrée par la figure 2 apporte une vue d'ensemble sur les nationalités rencontrées.

Dans la majorité, ces femmes viennent d'Afrique de l'Ouest : 617 sur 781 soit 79% des accouchées, avec au premier rang les Maliennes. On en dénombre 309, représentant ainsi 5,6% des accouchées du Service et 39,5% des parturientes Africaines. Elles sont suivies des Sénégalaises, 24,9% de la communauté noire Africaine, puis viennent les Ivoiriennes et les Guinéennes.

Les ressortissantes de l'Afrique Centrale sont au nombre de 164. Elles représentent seulement 2,9% des accouchées du Service et 21% des femmes noires Africaines. Les Zaïroises sont les plus nombreuses : 49 soit 29% du nombre total des accouchées Africaines du Centre. Elles sont suivies des Camerounaises, des Congolaises, des Gabonaises, des Centrafricaines, des Angolaises et d'une Tchadienne.

Les patientes anglophones et d'Afrique de l'Est fréquentent les maternités Françaises de façon exceptionnelle pour des raisons probablement linguistiques et culturelles. Elles accouchent plutôt dans les pays anglo-saxons (Angleterre, U.S.A.).

Figure 2 : Origine géographique des 781 patientes d'Afrique Noire suivies à Tenon**2 - Age**

Les noires Africaines commencent tôt leur maternité par rapport aux Françaises. Dès l'âge de 15-20, il y a 109 Africaines (13%) contre 89 Françaises ((3,42 %)). Les 26-35 ans représentent (38 % + 16 %) 54 % chez les françaises contre (26%+12%) 38% chez les Africaines. La lecture du Tableau II montre, de façon très significative, que les Françaises débutent leur maternité après 20 ans (33%) contre 3,42% entre 15 et 20 ans.

C'est surtout entre 26 et 30 ans que le taux des mères est élevé : 38%.

Après 35 ans, la natalité baisse chez les Africaines, 6% des Françaises continuent à procréer contre 3,76% chez les Africaines. Cependant, après 40 ans, la démarcation est

nette, la maternité chez l'Africaine est rare, moins de 1% alors que le taux est de 2,65% chez les Françaises.

Tableau II : Répartition par tranches d'âge des deux populations

Tranches d'âge d'âge	Afrique Noire n=781		Françaises n=2599	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
15-20	109	13%	89	3,42%
21-25	331	42%	873	33%
26-30	208	26%	989	38%
31-35	97	12%	427	16%
36-40	29	3,71%	152	5 %
41-45	7	0,89%	69	2,65%

3 - Parité

Les femmes Africaines dans cette étude sont de grandes multipares, ce qui est généralement décrit. Les 11èmes pares représentent encore 0,36% de nos accouchées.

Les parturientes Africaines ont généralement sept enfants, les taux sont stables sur les trois années d'étude. A partir de la huitième naissance, il y a une évolution vers la diminution du nombre d'accouchements.

En 1991, nous n'avons plus observé les 9e, 10e et 11e pares chez notre population d'Africaines. Les problèmes économiques ainsi que l'application de programmes de plannings familiaux sont à l'origine de cette explication.

Pour les Françaises, en 1989 et 1990, un accouchement était dans la grande majorité le schéma classique ; en 1991, il y a eu une hausse des deuxièmes pares 45% contre 31% en 1989 et 1990. Ceci, peut être dû à la politique nataliste des pouvoirs publics. Autre fait marquant, les grandes familles Françaises dans notre maternité se limitent à cinq enfants.

4 - Déroulement de la grossesse

Le déroulement de la grossesse n'a pas posé de problèmes particuliers. Les grossesses pathologiques ont été traitées en fonction de leur étiologie, les consultations prénatales dans leur grande majorité ont été respectées.

La contamination par le VIRUS H.IV. nous a fortement interpellés. Elle fera l'objet d'une publication séparée. Cependant, on note qu'il y a eu 81 cas de H.I.V.+ chez nos 5503 parturientes dont 33 cas chez les Africaines, alors que celles-ci ne représentent que 14% des accouchées.

73 patientes ont été positives pour l'hépatite virale B soit 9,3%. Parmi elles, 2% avaient une hépatite B déclarée. Il n'y a pas eu de contamination néonatale. Il n'y a pas eu de cas de paludisme.

5 - Mode d'accouchement

Sur les 781 naissances enregistrées dans notre service, il y a eu 444 accouchements normaux soit 56,85% : plus de la moitié.

Concernant les problèmes obstétricaux liés à l'excision

chez la femme Africaine, ils sont réels et onze déchirures périnéo-vulvaires ont été notées. Ce mode de rituel, apannage de l'Afrique de l'Ouest, est peu pratiqué en Afrique Centrale.

18,82% d'extractions instrumentales ont été réalisées chez nos patientes, exclusivement par forceps, l'extraction par la ventouse n'étant pas réalisée dans le service.

Les césariennes effectuées au cours de ces trois ans étaient au nombre de 190 soit 24,32%. Cinq stérilisations tubaires ont été associées. Les taux des césariennes étaient de 25,09% en 1989, 23,92% en 1990 et 24% en 1991. Les taux de césariennes se situent dans la moyenne générale d'un service : 24% en 1991 de notre population témoin. Notre taux moyen de césariennes est au dessus de la moyenne nationale et légèrement supérieur à celui des autres maternité de l'Assistance Publique.

6 - Le poids des enfants à la naissance

D'une manière générale, le poids des enfants noirs africains est inférieur à celui des enfants Français de notre série, même si plusieurs facteurs, notamment génétiques et nutritionnels, peuvent être à l'origine de cette différence. Il faut souligner la naissance d'un enfant eutrophique entre le 50ème et le 90ème percentile des courbes de références lorsqu'il y a une alimentation équilibrée.

Les suites de couches se déroulent normalement. Nous notons simplement que ces patientes ne veulent pas séjourner plus longtemps à l'hôpital par rapport à la population de référence, 2,5 jours en moyenne contre 4 jours chez les Françaises, souvent par manque de couverture sociale, mais aussi pour la garde des autres enfants du foyer.

Dans les suites de couches, l'anémie est fréquemment rencontrée : plus de 50%, ferriprive en général. Les parturientes drépanocytaires, en majorité hétérozygotes, représentent 8% de nos accouchées. La contraception du post-partum n'est pas bien acceptée pour plusieurs raisons culturelles (abstinence avant les premiers pas du bébé, le mari ayant une préférence pour la co-épouse parce que plus disponible et plus "apte"...). Dans un nombre non négligeable de cas survient une grossesse dans les suites de couches. Restent quelques petits soucis d'ordre matériel comme on en rencontre dans toute maternité qui accueille les migran-

tes : habitudes alimentaires particulières, barrière linguistique, absence de couverture sociale pouvant conduire à des substitutions d'identité, véritables problèmes pour les examens biologiques.

DISCUSSION

Plusieurs équipes (2, 4, 6, 7, 14, 27) se sont intéressées à juste titre aux accouchements chez la femme noire Africaine en France, parce que cette population constitue une part non négligeable de l'activité de certaines maternités notamment dans les agglomérations à grande densité étrangère ; c'est le cas de la région Ile de France avec Paris, des villes portuaires comme le Havre, Bordeaux et Marseille.

Dans les maternités de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, on note qu'il y a 50% des accouchées à Lariboisière, 14% dans notre maternité à Tenon, 7 % à Saint-Antoine (27). Selon l'INSEE (18), c'est du Sénégal que viennent le plus grand nombre d'Africaines noires, mais ce sont les maliennes qui accouchent le plus dans la communauté noire, 58,5 % pour PIGNE et coll. (22, 27).

Comme la plupart des auteurs, nous retrouvons une proportion importante d'Africaines de l'Ouest, 79% contre 21% originaires d'Afrique Centrale. Nous enregistrons une progression des accouchées d'Afrique Centrale avec l'arrivée des Zaïroises : 1 Zaïroise sur 309 à Saint Antoine (2,27) en 1983, 49 sur 781 de 1989 à 1991 à Tenon.

Il est classique d'étudier l'âge et la parité de ces patientes par rapport à la population de référence. Nos observations vont dans le même sens que celles des études antérieures (12,14). Les parturientes Africaines sont plus jeunes que la moyenne des accouchées : 42% des accouchées ont entre 21-25 ans dans la communauté Africaines contre 33% chez les Françaises. Les Africaines commencent leur maternité généralement cinq ans plus tôt par rapport à la population témoin.

Il est intéressant de noter aussi qu'après 40 ans, l'accouchement chez la femme Africaine est rare, 0 sur 309 contre 1% dans l'étude de BARRAT et Coll (3,27), 7 sur 781 (2,87) à Tenon. Concernant la parité, les résultats de notre étude s'accordent avec ceux de la littérature (17, 28,31), les Africaines sont de grandes multipares : nous notons jusqu'à 0,37% de 11ème pare. La parité chez les Françaises se limite au 2ème accouchement depuis 1989, mais on perçoit une légère tendance à faire un troisième enfant chez les françai-

ses à partir de 1990, 12,31% contre 16% en 1991 à Tenon, la politique nataliste des pouvoirs publics Française pourrait en être la principale explication (baisse d'impôts à partir du troisième enfant, aide au logement, accès à l'aide familiale à domicile, départ en retraite anticipée pour une mère de trois enfants ayant travaillé quinze ans). La surveillance de la grossesse sur le plan clinique et paraclinique ne comporte pas de différence entre la population noire Africaine et les Françaises quand on les place dans le même contexte d'environnement socio-économique à Tenon.

Les Africaines sont disciplinées (8, 18, 28), elles consultent plus souvent que ne l'exige le seul versement des allocations familiales en dépit de nombreux obstacles matériels telles que les charges de famille nombreuse, les formalités administratives, parfois l'absence de couverture sociale, ou même la situation irrégulière de résident en France.

La prise en charge des pathologies spécifiques de la femme Africaine rencontrées pendant la grossesse ne pose pas d'obstacles majeurs (9, 11) : drépanocytose homozygote (cinq cas dans notre population, toutes ayant accouché normalement sans transfusion sanguine), hépatites virales, contamination par le H.I.V, ou parasitoses comme la bilharziose.

L'accouchement chez la femme noire Africaine dépend en général du caractère du bassin qui présente une forme androïde comme l'ont montré plusieurs auteurs (1, 2, 6, 14, 19, 25, 26), mais ces caractères pelvimétriques peuvent varier d'un pays à l'autre et d'une femme à l'autre (1,26) pouvant peut-être en partie expliquer la disparité du taux de césariennes dans les différents pays Africains : Sénégal 3% (6), Bénin 7% (1), Cameroun 11%.

Les principales caractéristiques de l'accouchement chez la femme noire sont les suivantes : (1, 2, 5, 6, 9, 12, 20, 26) :

- bassin en général étroit,
- stagnation de la dilatation complète,
- présentation qui reste haute au niveau du détroit supérieur,
- formation d'une bosse séro-sanguine consécutive à l'accommodation de la tête foetale qui est souvent un dolichocéphale,
- le liquide amniotique se teinte, sans signes objectifs de souffrance foetale (monitoring + PH métrie du sang au scalp foetal) mais qui surviendraient d'un moment à l'autre,

- agitation maternelle,
- prolongation de l'épreuve du travail,
- difficultés de la relation médecin-parturiente et médecin-famille,
- gestion d'un conflit parfois ouvert entre le mari et l'équipe obstétricale de garde avec le résident surtout si celle-ci est une femme,
- la césarienne vient en bout de course dans un contexte parfois peu serein.

Lors du deuxième accouchement sur utérus cicatriciel, la patiente appréhende la deuxième césarienne qui selon elle sera systématique et préfère parfois accoucher à domicile d'un enfant plus gros que le premier, sans complication obstétricale grave, alors qu'une césarienne itérative a été programmée. Il est communément prouvé et admis que la césarienne est mal vécue dans le milieu Africain pour plusieurs raisons liées certes au poids socio-culturel d'une idée fataliste de l'accouchement, mais aussi surtout pour des questions de sécurité pour la mère et l'enfant car une césarienne est souvent pourvoyeuse de mort maternelle (26), et de mauvaise prise en charge post-opératoire ainsi que de risque de limitation d'accouchements ultérieurs.

Depuis quelques années en France, il semble qu'avec l'expérience acquise auprès de cette population, les indications de césarienne chez les Africaines sont réduites ; à Corbeil entre 1981 et 1984, le taux des césariennes est passé de 18,8% à 5,6%, il en est de même dans l'étude de PIGNE qui notait 23% de césariennes dans les années 1980 contre 13% en 1986. Ce résultat a été obtenu en réduisant considérablement le nombre de césariennes systématiques (15) pour bassin rétréci ou pour utérus cicatriciel sur bassin rétréci, l'épreuve de la cicatrice utérine se mettant au premier plan. Notre taux de césariennes est élevé : 24% en

moyenne chez les Africaines mais elles ne sont pas plus césarisées que les autres parturientes puisque le taux moyen de césariennes de nos accouchées est de 23%. La prise en charge des pathologies lourdes dans la population générale (éclampsie, greffé rénale, HRP) peut en partie expliquer ce taux élevé, qui doit tendre à baisser chez la noire Africaine.

CONCLUSION

Le déroulement de la grossesse ne présente par de spécificité chez la femme noire Africaine quand elle a compris le bien fondé des examens prénataux et des décisions thérapeutiques qui en découlent, d'où l'intérêt de l'éducation sanitaire.

Deux aspects sont à souligner dans cette étude : le bilan biologique d'une part avec la fréquence de l'anémie ferriprive, les sérologies HBS de 9% taux généralement retrouvé dans cette population (32) comportant le dépistage systématique chez la femme enceinte et la prise en charge néonatale précoce par la vaccination en cas de positivité sérologique.

La contamination maternelle par le virus H.I.V. 1 et 2 chez la femme Africaine noire est préoccupante comme le montrent toutes les études sur ce sujet. Nous avons eu 81 parturientes séropositives sur 5503 accouchements soit 1,47% dont 33 Africaines sur 781, soit 4,22% d'accouchées Africaines contaminées dont 17 Zaïroises, représentant 51,5% de H.I.V + chez les Africaines qui, elles-mêmes, représentent 0,5% des séropositives de la maternité, alors qu'elles ne sont que 14% des accouchées.

L'accouchement chez les parturientes originaires d'Afrique noire revêt des particularités qui méritent d'être connues par les équipes en charge de ces patientes.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - E. ALIHONOU, AGUESSY-AHY, B. AKADIRI
Revue des indications de césariennes à la clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de COTONOU.
Médical 1983, 28 (3) : 529-533.
- 2 - J. BARRAT
Les césariennes chez les Africaines
La lettre du Gynécologue 1986, 51 : 1-5.
- 3 - C. BELANGER, HERMINE, P. MAISONNEUVE, B. VALET
Les modifications hématologiques liées à la grossesse.
Concours Médical 1987, 109, (32) : 2937-2941.
- 4 - J.C. BERARDI, J.F. TEILLET, J. GODARD, V. LALOUX, P.

- ALLANE, M.H. FRANJOU
Conséquences obstétricales de l'excision féminine. Étude chez 71 femmes Africaines noires excisées.
J. Gynécol. Biol. Reprod. 1985, 14, (6) : 743-746.
- 5 - P. BOISSILIER, P. MAGHIORACOS, L. MARPEAU, B. HAJALI, J. BARRAT
Évolution dans les éducations des césariennes de 1977 à 1983. A propos de 18.605 accouchements.
J. Gynécol. Biol. Reprod. 1987, 15 : 251-260.
- 6 - Y. BREDI, A. PERROT, B. MAISTRE
Activités obstétricales de l'Hôpital Principal de Dakar (rétrospective des

- quakers années 1978-1981).
 Médecine Tropicale 1983, 43, (1) : 15-18.
- 7 - COLY
 L'accouchement en France des patientes nées en Afrique noire.
 Rev. Fr. Gynéco. Obst. 1989, 84 (5) : 425-434.
- 8- A. COMMEAU. :
 Notre expérience de terrain d'une P.M.I. au contact d'une communauté Africaine In "dossier maternité chez les femmes Africaines noires en France".
 Migrations Santé ; Bulletin du comité Médico-Social pour la santé des migrants 1985, 44 : 46-49.
- 9 - P. CORREA
 Le vécu de la grossesse et de l'accouchement.
 J. Gynécol. Obstet. Biolog. Reprod. 1980, 9 (1) : 130-131.
- 10 - P. CORREA, M.O. BAH. S. DIALLO, M. FALL, A. SOW, P. NDIATYE, P. ANTONIO, J.M. AFOUTOU, J. ROFFI
 Paludisme et grossesse.
 29ème congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, Dakar Mai 1982.
 J. Gynécol. Biolog. Reprod. 1982, 11 (1) : 3-42.
- 11 - M. DIAKATE
 Problème soulevés par la décision de la césarienne chez une Africaines.
 In "dossier maternité chez les femmes Africaines noires en France"
 Migrations - Santé Bulletin du Comité Médico-Social pour la santé des migrants 1985, 44 : 35-36.
- 12 - S. DE KERMEDEC, CIRARU - N. VIGNERON
 Le refus de la césarienne chez la femme d'Afrique noire.
 In "dossier maternité chez les femmes Africaines noires en France"
 Migrations - Santé Bulletin du Comité Médico-Social pour la santé des migrants 1985, 44 : 37-38.
- 13 - M.H. DRIOT - NIESENMAN
 L'excision génitale chez l'Africaine et ses complications.
 Thèse Médecine Saint - Louis - Lariboisière Paris 1979, n°157.
- 14 - L. EKOUEL
 Le déroulement du travail chez la femme migrante originaire d'Afrique Noire.
 In "dossier maternité chez les femmes Africaines en France".
 Migrations - Santé, Bulletin du Comité Médico-Social pour la santé des migrants 1985, 44 : 27-29.
- 15 - J. HANU
 Les femmes cousues.
 Presse Méd. 1965, 73 (53) : 3099-3100.
- 16 - O. HOLLARD, M. MICHALLET, J.J. SOTTO
 Hématologie normale et pathologie au cours de la grossesse.
 Encyc. Méd. Chir. Obstét. Paris 1978, 5043 A 10, 12.
- 17 - M. LUTTRINGER, C. HURAUX-RENDU
 Couverture sociale des femmes étrangères pendant la grossesse.
 In "dossier social des femmes étrangères pendant la grossesse
 In "dossier maternité chez les femmes Africaines en France".
- 18 - P. MAGNIN, B. NICOLET, F. MAGNIN
 La mortalité maternelle.
 Encyclo. Méd. Chir. Obstet. 5017 D10, 11.
- 19 - Y. MALINA, M. FAVIER
 Mécanisme général de l'accouchement.
 Encyclo. Méd. Chir. Obstet. Paris 1981, 5082 C 10.
- 20 - N. MAMELLE, B. LAUMON, J.C. MAMELLE, F. CHARVET
 Poids, taille, périmètre crânien et thoracique en fonction de l'âge gestationnel du poids de la taille et de la prise pondérale de la mère.
 Archiv. Franç. Pédiat. 1978, 35 : 972-987.
- 21 - L. MARPEAU, F. GAUCHER, A. PIGNE, J. BARRAI
 Variations techniques de la durée de la grossesse. Une approche obstét. Pédiatrique.
 Journée de la fédération des Gynécologues Obstétriciens Francophones Paris 8, 12, 88, 1990.
- 22 - M. MICOUD, J.P. BRU, G. CHARACHON, J.P. BRION, M. MALLARET, J.P. STAHL, A. M. DRANSARD
 Dossier Sida.
 La pratique médicale 1987, 19 : 3-30.
- 23 - E. NICOLOSO
 Les ruptures utérines en Afrique.
 Thèse, Médecine Bordeaux II 1984, n°287.
- 24 - O. PAMBOU, T. WURCH, J.M. WEYGANDT, A. TREISSER
 Instrument d'extraction foetale dans les pays sous - équipés : la ventouse obstétricale.
 J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1984, 13, (7) : 812-816.
- 25 - A. PIGNE, M. KLEIN, G. DIRATH, J. ARRAT.
 L'accouchement de la femme d'Afrique Noire en France.
 J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1984, (7) : 812-816.
- 26 - SAUREL - M.J. CUBIZOLLES
 Situation des femmes nées en Afrique noire ayant accouché en France en 1981. Surveillance prénatales, accouchement et état de l'enfant à la naissance.
 In "dossier maternité chez les femmes Africaines noires en France"
 Migrations - Santé, Bulletin du Comité - Social pour la santé des migrants 1985, 44, 20 : 3.
- 27 - D. SICARD
 SIDA : Informations sur l'épidémiologie, le pronostic et le travail.
 Concours Méd. 1987, 109, (44) : 4271-4272.
- 28 - P. VAN DE PERRE, D. MUNYAMBUGA, G. ZISSIS, J.P. BUTLZER, D. NZARAMBA, N. CLUMECK.
 Antibody to HTLV III in blood donors in CENTRAL AFRIC.
 Lancet 1985, 1, 84424, 336-337.
- 29 - J.P. VIELH.
 Périnatalité chez la femme Africaine transplantée ; étude de 302 femmes suivies dans une maternité privée de la région parisienne.
 In "dossier maternité chez les femmes Africaines noires en France".
 Migration-santé, Bulletin du Comité Médico-Social pour la santé des migrants 1985, 44 : 24-26.
- 30 - D. VIGNOND, N. BERNARD, J. MELCHIOR
 Fréquence de l'antigénétique HBS chez les femmes enceintes.
 J. Gynécol. Obstét. Biol. Repro. 1987, 16, (5) : 578-586.
- 31- J.P. WOLFF, A. PIGNE, E. SAFARE, J. BARRAT. :
 Le diamètre bipariétal de l'enfant noir Africain.
 J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1984, 13 : 817-820.