

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

## FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2008 - 2009

Thèse N° ...../

### THESE

ETUDE SYNTHETIQUE DE L'IMPACT DE LA  
CESARIENNE GRATUITE DANS LA PRISE EN  
CHARGE DES URGENCES OBSTETRIQUES  
DANS LES CERCLES DE YANFOLILA, DIOILA  
ET SIKASSO.

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../..... 2009 à .....H.....min  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par Mr. **Seydou Abdoulaye TOURE**

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

JURY

**Président:** **Pr. Amadou TOURE**

**Membres:** **Dr. Mamadou TRAORE**

**Co-directeur de thèse:** **Dr. Samba TOURE**

**Directeur de thèse:** **Dr. Bouraima MAÏGA**

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009**

**ADMINISTRATION:**

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

**PROFESSEURS HONORAIRES:**

Mr. Alou BA	Ophthalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr. Souleymane SANGARE	Pneumo-phthisiologie
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie- Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki Cissé	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

### **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES :**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gyneco- Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gyneco- Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco- Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tièman COULIBALY	Orthopédie -Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco- Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie- Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Issa DIARRA	Gynéco- Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie/Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacar GUINDO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOÏTA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie

Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie/Réanimation
Mr Aladji Séydou DEMBELE	Anesthésie/Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

## **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie -Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie - Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie - Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie – Pathologie
Mr Bakary MAÏGA	Immunologie

### **4. ASSISTANTS**

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie,Parasitologie,EntomologieMédicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie

Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro- entérologie- Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato- Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

## **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Bah KEITA	Pneumo- Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

## **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie

Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie/Immunologie



Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Mr Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

### **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

#### **1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE	Santé- Publique- <b>Chef de D.E.R</b>
--------------------	---------------------------------------

#### **2. MAÎTRE DE CONFERENCES**

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

#### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A DICKO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Séydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Akory Ag IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane Ly	Santé Publique

#### **4. ASSISTANTS :**

Mr Oumar THIERO	Bio statistique
Mr Séydou DIARRA	Anthropologie Médicale

### **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition

*Etude synthétique de l'impact de la césarienne gratuite dans la prise en charge des urgences obstétricales dans les cercles de Yanfolila, Sikasso et Dioila.*

Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr Lamine GAYE	Physiologie

***Je dédie***

***Ce***

***Travail ...***

*A DIEU (le tout puissant ; clément et miséricordieux)*

*ALLAh point de Dieu que lui, le vivant, l'absolu. Ni somnolence, ni sommeil ne le prennent. A lui tout ce qui est dans les cieux et tout ce qui est sur la terre. Nul ne peut intercéder auprès de lui, qu'avec sa permission. Il sait ce qu'ils ont devant eux et ce qu'ils ont derrière eux. Et de sa science, il ne cerne rien que ce qu'il veut. Son repose pied (son siège) est plus vaste que les cieux et la terre, dont la garde ne lui coûte aucune peine. Et il est, lui, le très haut, le très grand.*

***<< Seul DIEU dit vrai >>***

**•A mon père : Abdoulaye TOURE**

*Toi que la mort a brutalement arraché à notre affection, nous regrettons ton absence en ce jour mémorable. Je me souviendrai toujours de toi ; ta perte a brisé en moi une chose essentielle, mais indéfinissable. Que ton âme repose en paix (amen).*

**•A mes mamans: Founè CISSE et Mama MAÏGA**

*Ce travail est le fruit de vos sacrifices. Les mots me manquent pour vous faire savoir à quel point vous comptez pour moi.*

*Que le tout puissant vous accorde encore longue vie (amen).*

**•A mon cousin et sa femme : Mahamadou DIARRA et Fatoumata HAÏDARA**

*Je suis fier de vous et cela pour toujours. Vous avez consacré le meilleur de vous-mêmes à mon éducation pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Vos sages conseils et bénédictions m'accompagneront toujours dans ma vie. Votre soutien tant moral qu'affectif a contribué à la finalisation de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Que le bon DIEU vous accorde encore longue vie (amen).*

**•A ma tante et à sa fille : Hadja DIALLO et Mariam DIARRA**

*Vous m'aviez donné tout ce qu'on peut attendre d'une mère. Pardonnez-moi s'il m'est arrivé de vous décevoir sans le savoir.*

*Qu'Allah le tout puissant vous accorde longue vie (amen)*

**•A toute ma famille**

*Vous qui avez choisi de m'envoyer à l'école espérant une marche vers un lendemain meilleur ; vous avez su par vos sages conseils, me donner la force morale indispensable pour arriver au bout du tunnel, jonché de peines et*

*Etude synthétique de l'impact de la césarienne gratuite dans la prise en charge des urgences obstétricales dans les cercles de Yanfolila, Sikasso et Dioila.*

*d'obstacles qui est le chemin de l'école. Ce travail est un modeste hommage à vos sacrifices.*

## ***REMERCIEMENTS***

**• A tous ceux qui m'ont enseigné ou encadré durant ma carrière scolaire.**

*Trouvez en ce travail ma grande reconnaissance*

**• A mes camarades de promotion**

*En souvenir des moments de joie et de peine vécus ensemble sur le chemin des études. Courage et persévérance.*

**• A mon tuteur de Bamako : La famille DIARRA**

*Vous m'avez éduqué et entretenu. Ainsi j'ai appris de vous la dignité, la modestie, l'humilité, la générosité surtout le respect de soi, et l'amour du prochain, qualités que j'ai bénéficiées tout au long de mes études universitaires. L'occasion m'offre d'exprimer ma reconnaissance et entière soumission, humblement je vous présente mes excuses pour tout le mal commis durant mes études et demande vos bénédictions.*

*Que Dieu le tout puissant vous accorde sa grâce, longévité et Santé, Amen.*

**• A tous mes amis :**

*Ahmadou MAÏGA, Diaroukou K DIALLO, Amadou BERTHE, Mahamane Assey KALOGA, Sory I SACKO, Ousmane TRAORE, Adama TOURE, Lassine DIALLO, Madou DIARRA, Ibrahim SANGARE, Oumar DIASSANA, Abdoulaye COULIBALY, Bakary SAMAKE, Namory TRAORE, Gaoussou AK SIMPARA, Boubacar SANOGO, Firmè B DIARRA., Mamadou DRAME, Ousmane DEI, Souleymane DIAKITE.*

**•A tous les membres de la C2 :**

*Namory TRAORE, Assey KALOGA, Diaroukou DIALLO, Abdramane BATHILY, Ibrahim FOBA, Rubin SAGARA, Mohamed COULIBALY, Abdoulaye COULIBALY, Drissa BOUGOUDOGO, Kalil DICKO, Ibrahim KEITA, Mamadou T KEITA, Nouhoum DIALLO, Moulaye S HAÏDARA, Ousmane BAGAYOGO, Boubacar CISSE.*

**•A tous les membres de la coordination des thésards du Point G.**

**•A mon groupe de belotte (Badialan 3).**

**•A tous ceux qui ne sont cités ici ; qu'ils sachent qu'ils ne sont pas oubliés ; qu'ils soient tous remerciés.**

**•Mes remerciements à Cheick T BAH et sa famille, Karim SALL, Abdoulaye DIALLO pour leur soutien moral et matériel.**

**•Mes remerciements à tous mes collègues, cadets et aînés internes du service de gynécologie obstétrique du CHU du point G.**

**•A toute l'équipe du service de gynécologie obstétrique du CHU du point G:**

*La réussite de ce travail est le résultat de votre franche collaboration ; vous n'avez ménagé aucun effort pour mener à bien ce travail.*

*Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.*

**•Je tiens à remercier la sage femme Mme CISSE Kadi et son équipe de la maternité.**

*Etude synthétique de l'impact de la césarienne gratuite dans la prise en charge des urgences obstétricales dans les cercles de Yanfolila, Sikasso et Dioila.*

• *Mes remerciements à tous les manœuvres du service de gynécologie obstétrique du CHU du point G.*

• *Mes remerciements à Dr ONGOÏBA I., Dr BAMBA, Dr SIMA, Dr KANTE, Dr TRAORE M., Dr KELLY, Dr KONATE S.*



***A notre Maître et Président du Jury, Professeur Amadou TOURE***

- 📌 Professeur Agrégé d'Histo-embryologie,***
- 📌 Chef de service de cytogénétique et de biologie de la reproduction à l'Institut National de la Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P),***
- 📌 Directeur Général Adjoint de l'Institut National de Recherche en Santé Publique.***

***Cher maître :***

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.*

*Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, et votre humanisme.*

*C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.*

*Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.*

*Que le tout puissant vous accorde longue vie (amen).*

***A notre Maître et juge Docteur, Mahamadou TRAORE***

***🇸🇳 Détenteur d'un Doctorat d'état et un certificat d'aptitude à l'exercice de la profession de Médecin de l'Université "Martin Luther de Halle-Wittenberg" en ex RDA ;***

***🇸🇳 Diplômé de Maîtrise en santé Publique (Master of Public Health) à l'Institut Régional de Santé Publique d'Ouidah au Benin ;***

***🇸🇳 Point focal « Gratuité de la Césarienne » à la Division Santé de la Reproduction de la Direction Nationale de la Santé.***

***Cher maître :***

*Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.*

*Nous avons été très touchés par votre accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable.*

*Permettez nous, cher maître de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.*

*Que le tout puissant vous accorde longue vie (amen).*

***A notre Maître et Co-directeur de thèse, Docteur Samba TOURE***

 ***Gynécologue obstétricien,***

 ***Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du C.H.U du PointG.***

***Cher maître :***

*Ce travail est le votre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous nous incarnez et qui font de vous un grand médecin.*

*Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.*

*Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.*

*Que le tout puissant vous accorde longue vie (amen).*

***A notre Maître et Directeur de thèse, Docteur Bouraïma MAÏGA***

- 🏆 Gynécologue obstétricien,***
- 🏆 Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S),***
- 🏆 Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,***
- 🏆 Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,***
- 🏆 Chevalier de l'ordre national,***
- 🏆 Responsable de la filière sage femme de l'institut nationale de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),***
- 🏆 Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G.***

***Cher maître :***

*Sensibles à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.*

*Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.*

*Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.*

*Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.*

*Nous sommes fiers et très heureux d'être comptés parmi vos disciples.*

*Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (amen).*

## **Liste des abréviations**

**ASACO** : Association de Santé Communautaire

**ATCD** : Antécédent

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CMDT** : Compagnie Malienne du Développement des Textiles

**CPN** : Consultation Pré natale

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSRef** : Centre de Santé de Référence

**CUD** : Contractions Utérines Douloureuses

**DCI** : Dénomination Commune Internationale

**DFP** : Disproportion Fœto Pelvienne

**DRC** : Dépôt Répartiteur de Cercle

**DV** : Dépôt de vente

**EDS** : Enquête Démographique et de Santé

**F** : femme

**FVV** : Fistule vesico-vaginale

**H** : homme

**HRP** : Hématome Rétro Placentaire

**IO** : Infirmière Obstétricienne

**Km** : Kilomètre

**Moy** : moyenne

**N** : Effectif

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**Parto** : Partogramme

**PEV** : Programme Elargi de Vaccination

**RAC** : Réseau Administratif de Communication

**Ref** : Référence

**SFA** : Souffrance Fœtale Aiguë

**SIS** : Système d'information Sanitaire

**SOU** : Soins obstétricaux d'urgence

**TS** : Technicien de Santé

**TSS** : Technicien Supérieur de Santé

**UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## **SOMMAIRE**

I- INTRODUCTION.....	2
II- OBJECTIFS.....	5
<i>Objectif général.....</i>	5
<i>Objectifs spécifiques.....</i>	5
III- GENERALITES.....	6
<i>1 Définition.....</i>	6
<i>2 EPIDEMIOLOGIE.....</i>	6
<i>3 INDICATIONS .....</i>	7
<i>4 ANESTHESIE.....</i>	9
<i>5 TECHNIQUE .....</i>	10
<i>4 COMPLICATIONS.....</i>	19
IV-METHODOLOGIE.....	21
V-RESULTATS.....	31
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	54
VII- CONCLUSION.....	59
VIII- RECOMMANDATIONS.....	60
IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	62
X- ANNEXES.....	67

La césarienne est définie comme une technique obstétricale consistant à l'incision chirurgicale de la paroi abdominale et de l'utérus pour l'évacuation rapide du produit de conception.

Dans les pays développés en raison du haut niveau de développement sanitaire, de l'importance des moyens matériels mis en jeux, la césarienne constitue presque une intervention sécurisante.

Par contre dans de nombreux pays africains particulièrement au Mali la faiblesse de la prophylaxie obstétricale du personnel médical, de la surveillance et des moyens de surveillance des femmes enceintes ou en travail, la fréquence d'accident grave, l'existence pour des raisons nutritionnelles ou pathologiques d'anomalies osseuses au niveau du bassin, certaines conduites néfastes font que la césarienne est un geste courant facilement admis réalisée quelque soit les conditions locales et constitue une opération à risque[4].

Les taux de césarienne varient d'un pays à l'autre et d'un hôpital à l'autre dans le même pays.

Ainsi selon les résultats de l'évaluation de base des SOU ; il a été enregistré 1.1% de césarienne au Sénégal en 2000, 0.54% au Tchad, 0.8% en Guinée et au Mali, 1.02% en Ouganda à 2002. Les résultats sont de loin en dessous du minimum acceptable qui est de 5%.

Dans les différentes régions du Mali pour cette même période 2002 nous avons noté : 0.1% de césarienne à Koulikoro et à Kidal, 0.2% à Tombouctou, 0.3% à Kayes, 0.4% à Mopti et Gao, 0.6% à Ségou, 0.9% à Sikasso et la capitale Bamako est en tête avec 3.7% d'accouchement par césarienne [14].

Les complications de la grossesse et de l'accouchement provoquent chaque année la mort de près de 500000 femmes (OMS/UNICEF, 1996). L'Afrique de l'ouest est la région ayant la mortalité maternelle la plus élevée 1020 décès maternels pour 100000 naissances vivantes (OMS 1990) contre 15 décès maternels pour 100000 naissances vivantes en France à la même période.



Au Mali selon EDSM IV, le taux de mortalité maternelle est de 464 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

Plus de quatre millions de nouveau-nés disparaissent chaque année, le plus souvent à la suite de grossesses et d'accouchements mal pris en charge. Le taux de mortalité périnatale selon EDSM IV est de 46 pour 1000 naissances.

Le décès maternel est l'aboutissement d'un processus lié à trois retards qui sont :

- retard dans la décision de recourir aux soins ;
- retard pour rejoindre la structure de soins ;
- retard pour recevoir les soins adéquats.

Sur la base du coût de l'opération, du taux élevé des décès maternels et néonataux, les autorités Maliennes ont fait de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, une priorité absolue. En vue de renforcer les stratégies déjà en cours entre autres, l'organisation du système de référence/évacuation, l'approche des besoins obstétricaux non couverts, le programme de soins obstétricaux d'urgence ; le gouvernement du Mali a décidé le 23 juin 2005, l'institution de la prise en charge gratuite de la césarienne dans les établissements publics hospitaliers, les centres de santé de référence de cercle, des communes du district de Bamako et les établissements du service de santé des armées. Elle est suivie par le décret N° 05-350/P-RM du 04 août 2005 relatif à la prise en charge de la gratuité de la césarienne pris en conseil de Ministre.

Cette décision contribue certes à la réduction du 3<sup>ème</sup> retard mais aussi et indirectement sur les deux premiers.

L'objectif de cette initiative est de rendre accessible la césarienne à toutes les femmes enceintes pour les quelles une indication de césarienne est posée afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale [24].

Pour mieux apprécier l'influence de cette grande initiative, il nous est apparu important de faire une étude qui va être la synthèse d'études préexistantes faites dans les cercles de Yanfolila, Sikasso, Dioila sur « l'impact de la gratuité de la césarienne dans la prise en charge des urgences obstétricales ».

Les résultats de cette étude permettront non seulement de conscientiser le personnel sanitaire mais aussi faire un plaidoyer auprès des responsables communautaires pour leur implication sans faille dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Pour ce faire nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

## **II\_ Objectifs**

### **~Objectif général :**

Faire une étude synthétique des recherches effectuées sur l'impact de la césarienne gratuite dans les cercles de Yanfolila, Dioila et Sikasso.

### **~Objectifs spécifiques :**

\_Restituer les résultats des 3 thèses sur la césarienne avant et pendant la gratuité par rapport :

°Au profil socio démographique des patientes dans ces localités.

°A la fréquence de la césarienne.

°Aux indications opératoires.

°Au pronostic materno-fœtal.

°Au fonctionnement du système de référence/évacuation.

\_Déterminer en les comparant les forces et les faiblesses recueillies dans les trois thèses.

\_Formuler des recommandations.

### **III GENERALITES**

#### **1- Définition :** [23]

La césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale, après coeliotomie.

Césarienne, comme césure, sont dérivés du verbe latin *coedere* : couper, les deux ont été créés à la même période, le premier par Ambroise Paré, le second Clément Marot.

#### **2-Epidémiologie**

Redoutée et même meurtrière à ces débuts, la césarienne est devenue une intervention courante de nos jours, de par sa réputation d'être relativement facile, la diversité et la multiplicité des indications.

La pensée courante de l'accoucheur de faire naître l'enfant dans le meilleur état possible, et sans préjudice maternel, contribue également à une hausse de sa fréquence tant dans les pays développés que dans les pays en développement.

Ainsi, en France, le taux de césarienne est passé de 6% en 1972 à 10,9% en 1981 ; 14,3% en 1989 ; 15,9% en 1995 ; et 17, 5% en 1998 [7].

- Aux Etats-Unis, on note 5 % en 1970 ; 21,8% en 1983 ; 24% en 1996 [7].

- En Allemagne ce taux qui était de 7% en 1970, a atteint les 16% en 1987 [10]

- Au Brésil ; la fréquence varie de 40-70% selon les régions [33]

Au Bénin, elle était de 8,63% en 1989 contre 10,93% en 1999 [5 ; 7].

- Au centre hospitalier universitaire IGNACE DEEN de Conakry, il a été rapporté 3,61% en 1984 ; 4% en 1996 ; 7,23% en 1987 ; 16,87% en 1992 et enfin 17,5% selon la dernière étude en 1998 [10].

- Au CHU du Point <<G>>, les fréquences ont varié de 13,80% en 1988 à 20,88% en 1991 pour atteindre 20,05% selon une étude réalisée par TEGUETE I. en 1996 [8] et 23,1% en 2005 par KONE A [19].

- A la maternité de l'hôpital régional de Kayes, une étude réalisée par CISSE B en 2001 rapporta 7,5% [7].

Tout le problème est de savoir si cette évolution est justifiée. Elle ne saurait l'être que si elle n'est pas dangereuse pour la mère et qu'elle est bénéfique pour l'enfant.

### **3- Indications :**

Les indications de la césarienne tiennent compte de l'état de la parturiente, de celui du fœtus et de ses annexes. Elles comprennent :

#### **3-1- Dystocies mécaniques :**

##### **❖ Anomalies du bassin [31]**

Elles constituent une part importante de l'indication de césarienne : bassin ostéomalacique ; bassin asymétrique congénital ; bassin de Naegele (agénésie unilatérale d'un aileron sacré) ; bassin traumatique ; bassin symétrique mais considérablement rétréci.

##### **❖ Excès du volume fœtal à partir de 4000g [31]**

La macrosomie fœtale suspectée cliniquement et plus facilement objectivée à l'échographie impose l'attitude thérapeutique de la voie haute

##### **❖ Les obstacles praevias [31]**

IL s'agit surtout du placenta praevia mais plus souvent des kystes ovariens et des fibromes utérins

##### **❖ Les présentations vicieuses [33]**

- La présentation de l'épaule : après la rupture de la poche des eaux ou présentation transverse avant la rupture de celle-ci.
  - La présentation du front : l'indication de césarienne est formelle.
  - La présentation de face : l'indication de césarienne n'est pas systématique sauf en cas de face en mento- sacré ou de souffrance fœtale aiguë.

#### **3-2 Dystocies dynamiques [32]**

L'arrêt de la dilatation du col au cours d'un accouchement est souvent la traduction clinique d'une anomalie mécanique telle une légère disproportion fœto pelvienne méconnue, un défaut de flexion surtout dans une présentation postérieure.

Ces dystocies ont diminué grâce à la meilleure connaissance de la physiologie utérine et aux méthodes d'accouchement dirigé. L'usage des utero relaxants, de l'ocytocine, et même l'amniotomie permet dans la majorité des cas d'éviter ces dystocies.

### **3-3 Les pathologies gravidiques [23]**

La maladie hypertensive peut nécessiter une interruption de la grossesse par césarienne en urgence lors des accidents aigus où le risque fœto-maternel est majeur : éclampsie, pré éclampsie, hypertension maligne (avec risque d'hématome rétro placentaire).

Les cardiopathies sévères, le diabète non équilibré parfois constituent d'autres indications de césarienne.

### **3-4 Indications liées à la présence d'une cicatrice utérine [31].**

Elles posent le problème de solidité de la cicatrice lors du travail. L'indication de la voie haute s'impose lorsqu'il y a :

- Placenta prævia antérieur
- Antécédent de suppuration après césarienne

### **3-5 La souffrance fœtale [26]**

La souffrance fœtale représente pour de nombreux auteurs la principale indication de césarienne ; elle est la conséquence le plus souvent d'une pathologie foeto maternelle.

La souffrance fœtale aiguë est diagnostiquée au cours du travail par l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (monitorage), la mesure du pH in utero, et l'aspect du liquide amniotique en dehors de la présentation du siège.

La souffrance fœtale chronique qui a le plus souvent comme causes :

- les syndromes vasculo rénaux,
- Les anémies,
- Les intoxications ;

- Le dépassement de terme, qui doit faire l'objet d'une surveillance étroite du fœtus au cours du travail et la voie haute s'impose lorsque le pronostic fœtal est menacé.

### **3-6. Les autres indications [33]**

Les tumeurs du col ou même d'autres indications en fonction de l'état maternel.

**3-7. Césarienne de luxe** : la parturiente elle-même demande la césarienne sans indication obstétricale.

## **4. L'ANESTHESIE EN VUE D'UNE CESARIENNE**

### **4- 1. L'anesthésie générale:**

Elle est indiquée dans les césariennes en urgence, les hypovolémies, les troubles de la coagulation.

Elle peut compléter une anesthésie locorégionale incomplète ou inefficace. Son avantage est la rapidité de mise en œuvre, contrôle plus facile des problèmes hémodynamiques, fiabilité.

### **4-2. L'anesthésie locorégionale:**

Son intérêt est de paralyser les troncs sympathiques et parasympathiques de la région génitale mais aussi les nerfs de la peau et des muscles du périnée tout en gardant la femme consciente [22].

#### **a. L'anesthésie péridurale:**

L'anesthésie péridurale lombaire est obtenue par blocage des racines nerveuses à leur émergence du sac dure-mérien [2]. Elle est réservée surtout pour les césariennes programmées. Elle est contre indiquée dans les cas suivants : refus de la patiente, état fébrile, troubles de la coagulation, maladie neurologique évolutive, infection cutanée, anomalie de la colonne vertébrale.

#### **b. La rachianesthésie [29, 30, 32]**

C'est l'anesthésie rachidienne par injection directe de l'anesthésique local dans le cul de sac dural réalisant une section pharmacologique de la moelle, ce qui entraîne une paralysie totale de tout le système nerveux sous jacent : sympathique, sensitif et moteur. Elle est réservée aux césariennes programmées.

Les avis sont partagés quant à la place de cette technique dans les césariennes en urgence. Ces contres indications sont les mêmes que pour l'anesthésie péridurale.

## **5. TECHNIQUES CHIRURGICALES DE L'INTERVENTION CESARIENNE**

Effectuer une césarienne requiert une bonne connaissance de l'obstétrique et de la chirurgie, sécurisées par une anesthésie et une réanimation efficace avec un plateau de néonatalogie.

### **5-1. Technique standard:**

#### **5-1-1 Techniques d'ouverture pariétale:**

- **Incisions transversales**: L'incision de PFANNENSTIEL offre le double avantage d'être esthétique et assure une grande solidité de la cicatrice. Les incisions transversales, notamment celle de PFANNENSTIEL ont remplacé la laparotomie médiane, du moins dans les pays développés [27] (Figure V).



Figure IV : (Tirée de KAMINA P. [17])

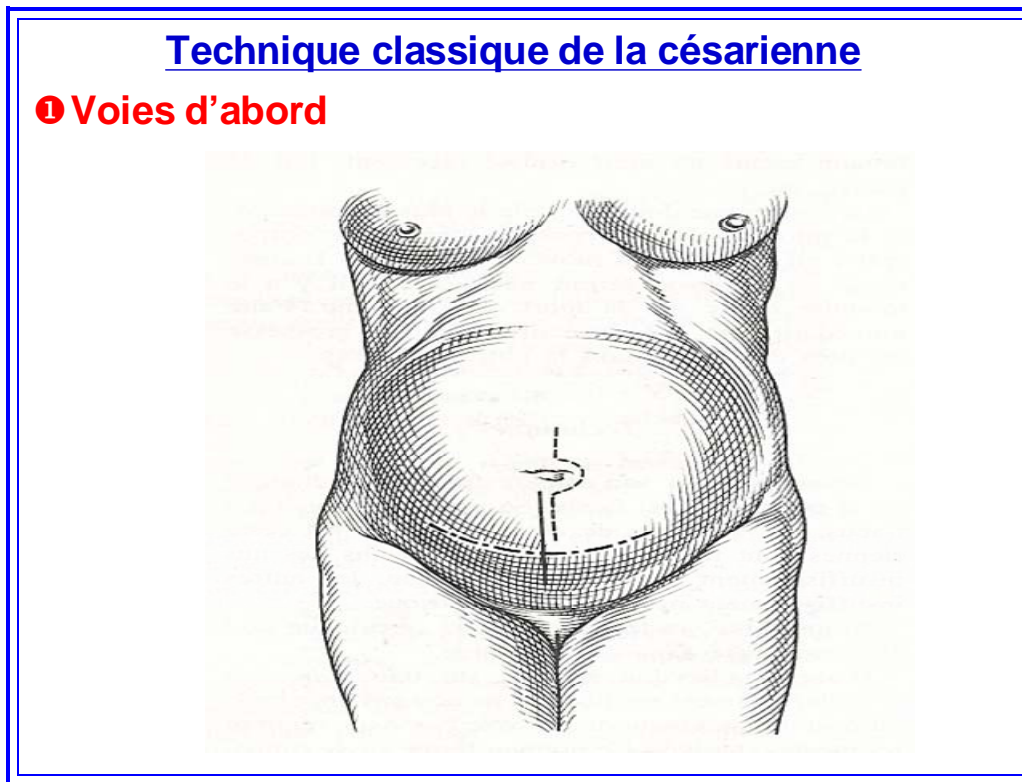
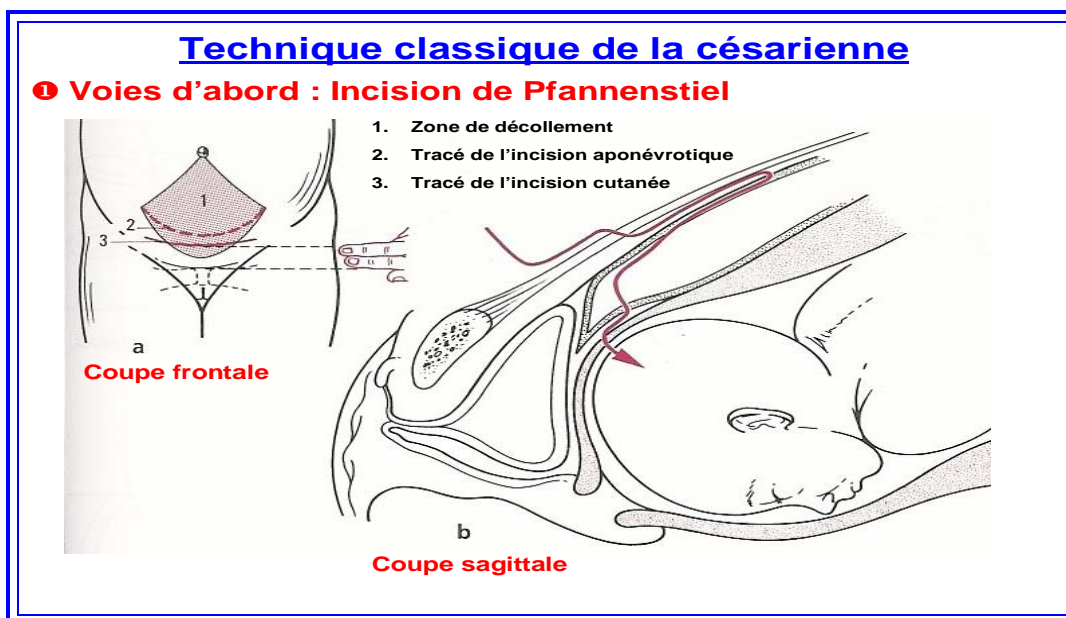


Figure V: (Tirée de KAMINA P. [17])



➤ **Laparotomies médianes:** La laparotomie médiane sous ombilicale est facile à pratiquer, elle est moins hémorragique que l'incision de PFANNENSTIEL et permet l'extraction rapide du fœtus mais au prix d'une solidité moindre. Chez les patientes obèses, elle est conseillée car moins sujette que l'incision de PFANNENSTIEL à la surinfection [13]. Elle est à éviter en cas d'insuffisance respiratoire.

### **5-1-2 Décollement du péritoine vésico-utérin et hystérotomie:**

Le péritoine pariétal est ouvert le plus haut possible pour éviter les lésions vésicales, toujours possibles sur PFANNENSTIEL itératif ou en cours de travail. Deux champs peuvent être alors placés dans les gouttières pariéto-coliques ; ils permettent d'absorber le liquide amniotique et le sang protégeant ainsi la grande cavité abdominale. On procède par la suite à une incision du péritoine viscéral qui recouvre la face antérieure du segment inférieur (Figures VI et VIII). A ce niveau, le clivage péritonéo-utérin est facile, il permet d'abaisser la vessie, ce qui évite sa blessure au cours de l'incision utérine ou l'extraction fœtale.

L'hystérotomie segmentaire transversale est la plus fréquemment pratiquée [9, 30, 31]. L'incision utérine est menée environ 2cm sous la ligne d'attache du péritoine vésical après décollement vésico-utérin et refoulement de la vessie vers le bas.

Le tracé de l'incision est d'autant plus arciforme que l'expansion transversale du segment inférieur est moindre ou que les bords latéraux de l'utérus présentent une richesse vasculaire importante. Un premier tracé de toute l'incision (au niveau du segment inférieur) est réalisé de gauche à droite, légèrement arciforme à concavité supérieure (Figure IX).

On pratique une petite boutonnière médiane au bistouri mécanique. Cette précision sera prudemment approfondie en son centre jusqu'aux membranes, lesquelles feront protrusion à travers la brèche utérine : c'est la césarienne extra amniotique. L'extension de l'incision se fera soit aux ciseaux protégés dans leur

parcours par l'index et le médium introduits entre le fœtus et le muscle utérin soit à l'aide de l'index de chaque main (Figure X).

Figure VI: (Tirée de KAMINA P. [17])

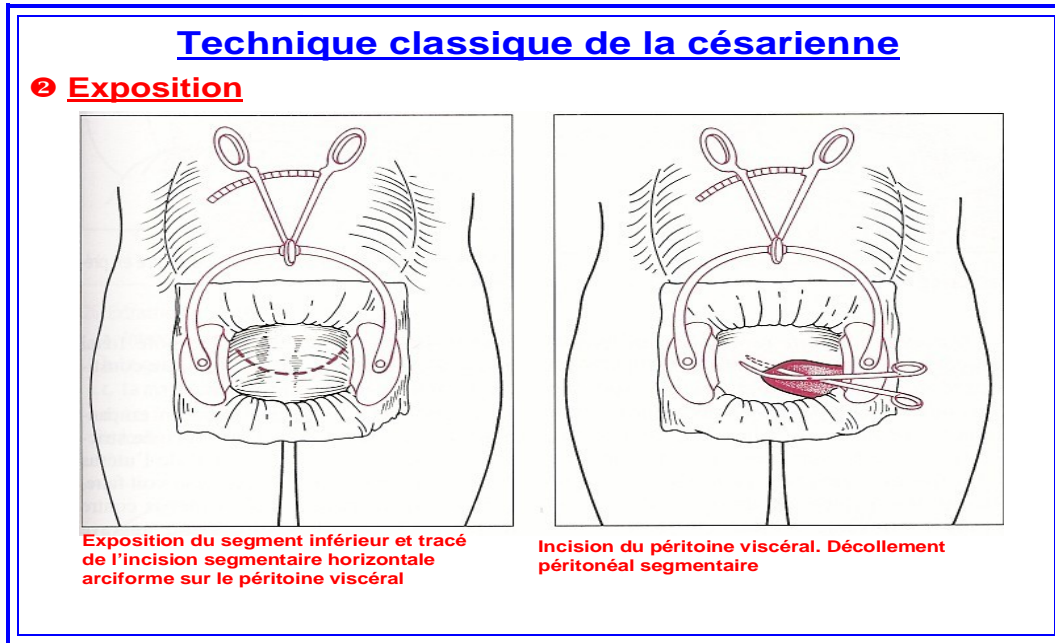


Figure VII: (Tirée de KAMINA P. [17])

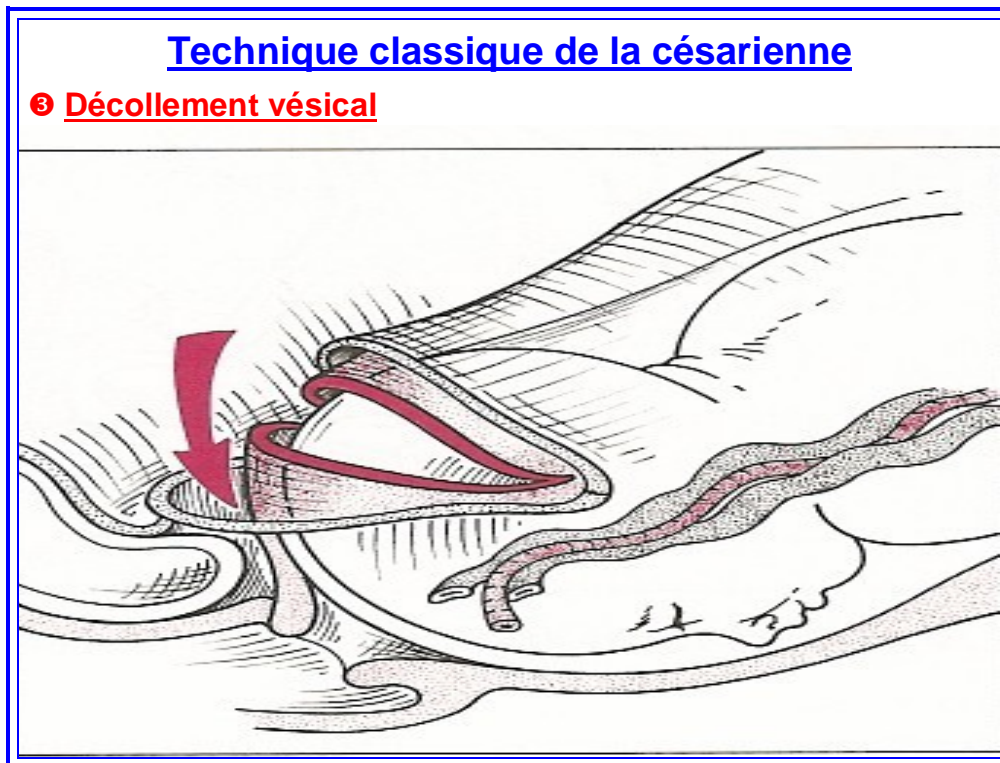


Figure VIII:(Tirée de KAMINA P. [17])

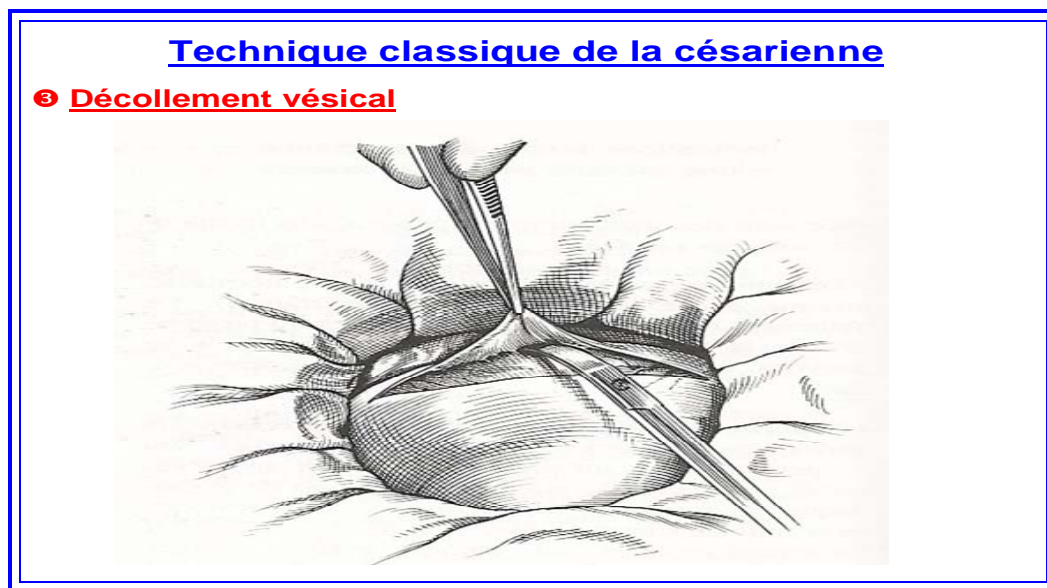


Figure IX:(Tirée de KAMINA P. [17])

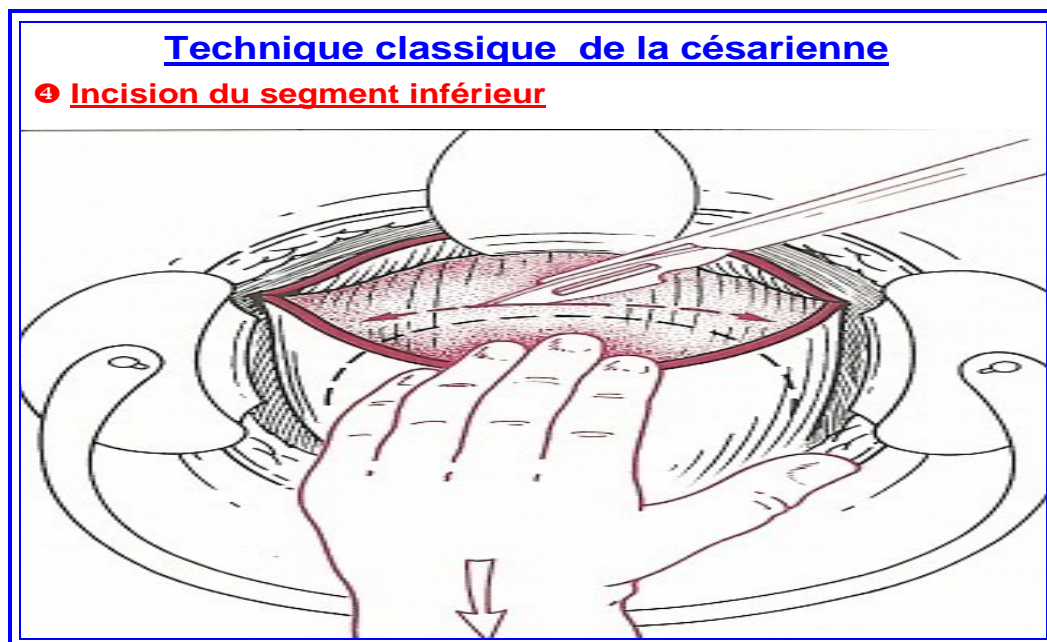
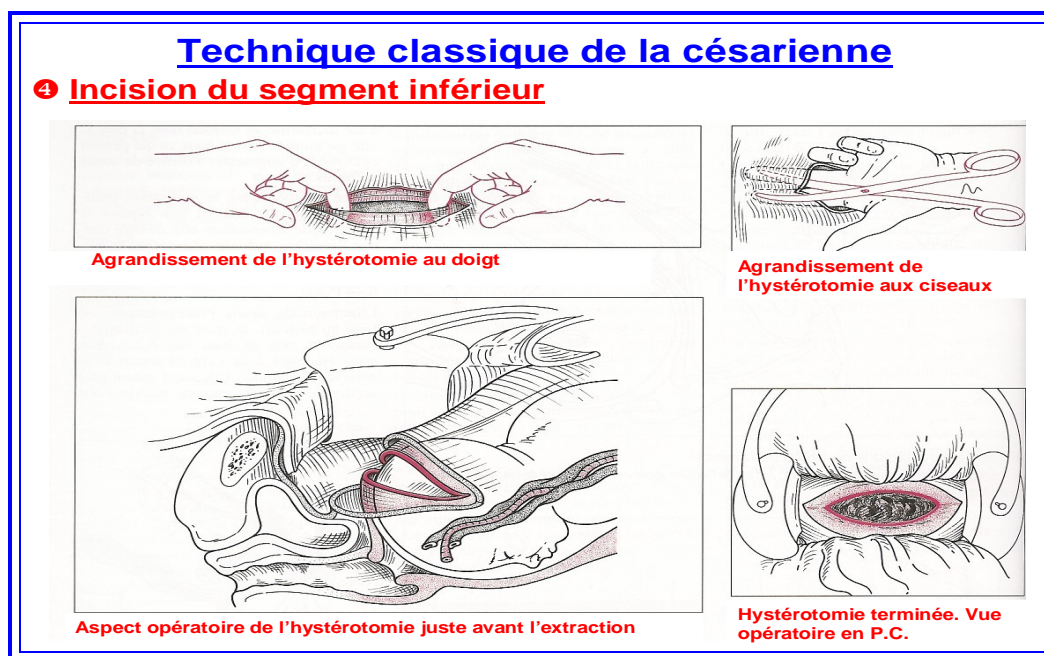


Figure X : (Tirée de KAMINA P. [17])



### 5-1-3 Extraction du fœtus:

- Une extension de l'hystérotomie transversale vers les pédicules utérins.
- L'extraction fœtale en présentation céphalique doit être réalisée en trois phases successives (Figures XI et XII) :
  - Remonter la présentation au niveau de l'incision.
  - Orienter la tête en occipito-pubien [21].
  - Guider le dégagement de la tête.

L'extraction doit être réalisée avec beaucoup de calme et autant de lenteur réfléchie que pour l'extraction par voie basse. Une fois la tête dégagée, l'extraction des épaules est aisée [11,29]. Le nouveau-né doit être placé environ à la hauteur de l'utérus et non pas au-dessus du champ opératoire pour éviter le risque de transfusion fœto-maternelle.

Figure XI : (Tirée de KAMINA P. [17])

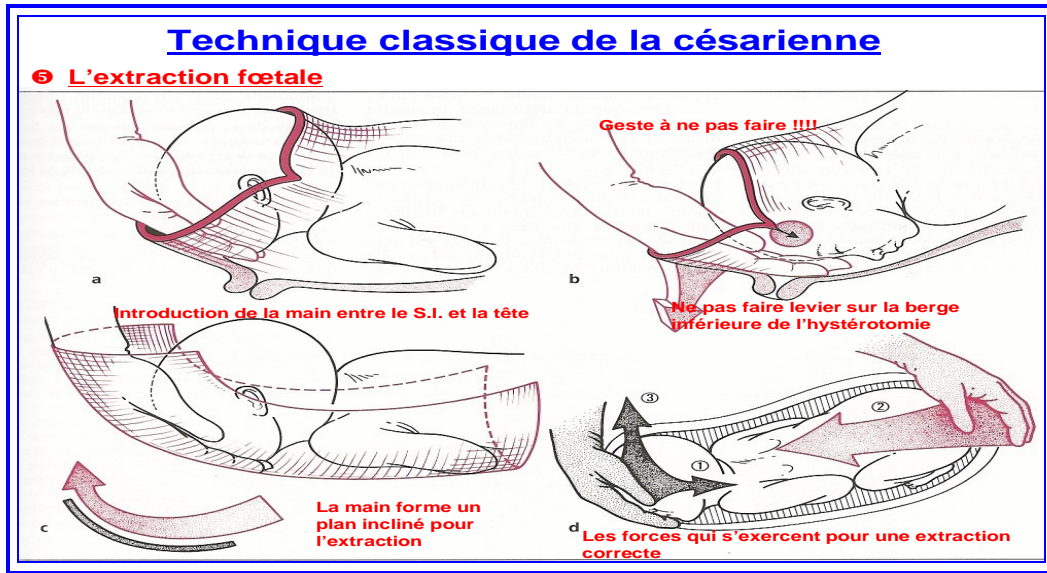
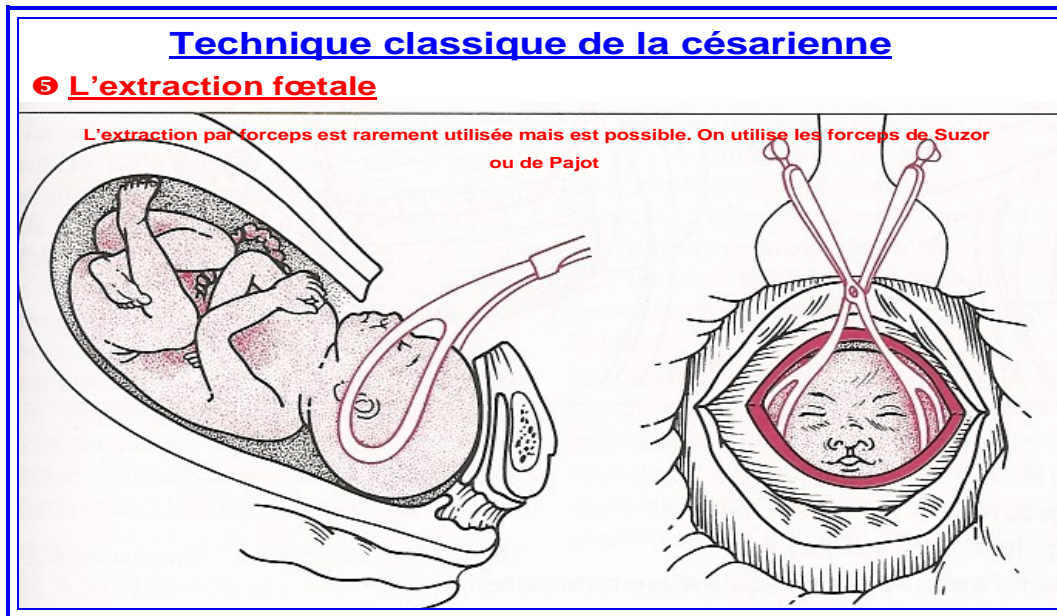


Figure XII: (Tirée de KAMINA P. [17])



#### **5-1-4. Conduite à tenir à la naissance: [9, 12, 31,34]**

- ❖ Le nouveau-né est posé sur un champ opératoire, la tête déclive. Il est déconseillé de le toucher durant les premiers instants de son existence pour éviter une éventuelle apnée secondaire.
- ❖ Le clampage du cordon est le plus souvent réalisé après extraction du fœtus, la technique de DALLENBACK consiste à placer un premier clamp souple à quelques centimètres de l'ombilic fœtal. Dans un deuxième temps, deux pinces Kocher sont placées à dix-quinze centimètres du premier clamp. On sectionne le cordon entre les deux pinces KOCHER. Ceci permet d'avoir un segment funiculaire suffisamment turgescent pour permettre d'éventuelles injections thérapeutiques. Par ailleurs, le clampage peut pour certains auteurs être différé jusqu'à ce qu'il ne batte plus: DUNN conseille, après désobstruction initiale de la bouche et du nez, d'extraire le placenta sans clamber le cordon, de le placer à la même hauteur que l'enfant et de le clamber après arrêt des battements, soit 5 à 10 minutes après la naissance [3].
- ❖ Le nouveau-né est ensuite confié à une sage femme ou à un pédiatre, habillé de façon stérile, recevant le nouveau-né sur un champ stérile.
- ❖ On réalise ensuite les manœuvres de désobstruction sur une table de réanimation pédiatrique.

#### **5- 1-5 Délivrance [13]:**

Le plus souvent, il s'agit d'une délivrance dirigée : dès que les épaules sont dégagées, on renforce les contractions utérines par l'injection d'utérotoniques avec une expression douce du fond utérin et on extrait alors le placenta. En cas d'hémorragie, on doit procéder à une délivrance artificielle. La délivrance est suivie d'une révision utérine systématique, on assiste alors à la constitution spontanée du globe utérin avant la réparation de la brèche utérine.

### **5-1-6 Suture de l'utérus et du péritoine viscéral:**

- L'extériorisation de l'utérus ne semble pas exposer à une morbidité supérieure, et peut aider à la réparation utérine tout en réduisant la quantité de l'hémorragie [16].
- Beaucoup d'auteurs francophones préconisent la suture en un plan extra muqueux par points séparés pour l'obtention d'une cicatrice de bonne qualité [3, 13,28].
- Néanmoins, l'école nord-américaine admet la solidité comparable des surjets continus sur l'hystérotomie. Ces mêmes auteurs considèrent que la suture extra-muqueuse sur toute la suture prenant toute la paroi utérine, visant à éviter une endométriose de la cicatrice, n'est pas utile [6,17].
- Le matériel de suture est constitué par du fil résorbable [30].
- Après vérification de l'hémostase de la cicatrice utérine, un surjet au fil résorbable est pratiqué sur le péritoine vésico-utérin.

### **5-1-7 Fermeture pariétale [21]:**

Après péritonisation, on retire les champs intra abdominaux, on procède au décompte des champs et des compresses, ensuite on réalise une toilette péritonéale, puis on inspecte et on palpe de façon systématique les annexes. Enfin on ferme la paroi abdominale. Le drainage sous aponévrotique est utile en cas de suintement de cette paroi abdominale.

## **5-2. Les variantes:**

**5-2-1 Incision pariétale:** Outre la laparotomie médiane sous ombilicale et l'incision pariétale de PFANNENSTIEL, d'autres modalités de laparotomie transversale ont été décrites : Incision de BASTIEN et de MOUCHEL, incision de RAPIN-KUSTNER [9], incision sus pubienne de PANDOFO.

**5-2-2 Incision utérine:** Hystérotomie segmentaire verticale [20], hystérotomie segmento-corporéale [31], hystérotomie corporéale.



### **5-3. Interventions associées [31, 16, 32]:**

On peut citer, l'hystérectomie d'hémostase : Hystérectomie pour utérus myomateux ou une lésion maligne, une myomectomie, une kystectomie de l'ovaire, une cure de hernie ou d'éventration, une ligature des trompes.

## **6. LES COMPLICATIONS [33]**

Bien que le pronostic de la césarienne soit actuellement bon du fait que cette intervention a bénéficié des progrès techniques, de l'asepsie, de l'antibiothérapie des techniques chirurgicales et d'anesthésie réanimation, force est de reconnaître que la mortalité n'est pas et ne sera jamais nulle car les indications comme le placenta prævia hémorragique et l'éclampsie demeureront toujours, redoutables. Par ailleurs, la morbidité post césarienne n'est pas négligeable, d'où l'intérêt de bien poser les indications. Les complications sont nombreuses ; elles peuvent être per ou post opératoires.

### **6.1 Les complications per opératoires :**

#### a) L'hémorragie :

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

- Soit généraux : trouble de la coagulation
- Soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, lésions traumatiques)

#### b) Les lésions intestinales :

Elles sont le plus souvent iatrogènes. Elles sont rares, survenant en cas d'adhérences à la paroi plus rarement à l'utérus. Il s'agit de plaie des anses grêles ou coliques qui doivent bien sûr être réparées, ce qui nécessite des notions de chirurgie digestive.

#### c) Lésions urinaires :

Essentiellement les plaies vésicales et les traumatismes urétéraux.

#### d) Complications anesthésiologiques :

Hypoxie, asphyxie, arrêt cardiaque à l'induction, le syndrome de Mendelson etc.

e) Le choc

f) L'hystérectomie d'hémostase

## **6.2 Les complications post opératoires**

a- Les complications infectieuses

Elles sont les plus nombreuses, 30 à 40% des césariennes selon la littérature. Les principales complications infectieuses sont l'infection urinaire, l'endométrite, et les infections graves, les suppurations et abcès de paroi.

b- L'hémorragie post-opératoire :

Plusieurs sources existent :

- Hématome de paroi
- Saignement des berges d'hystérotomie par hémostase insuffisante
- Exceptionnellement, hémorragie vers J10-15 post opératoire par lâchage secondaire de la suture et nécrose du myometre.

c- Complications digestives :

Iléus post-opératoire fonctionnel, perforation par ulcère aigu du premier duodénum, perforation spontanée du cæcum, volvulus intestinaux.

d- Maladie thromboembolique :

Prévenue par le lever précoce, voire l'héparinothérapie dans les cas à risques.

e- Complications diverses :

Troubles psychiatriques, fistule vésico-vaginale, embolie gazeuse, embolie amniotique.

## **IV METHODOLOGIE**

### **1 Présentation des trois sites :**

#### **1-1. Présentation de la région de Sikasso :**

La région de Sikasso encore appelée Kéné Dougou est la troisième région administrative du Mali. Elle est située dans la partie méridionale du territoire. Elle s'étend entre 12°30 Nord et 10°30 Nord et entre 8°30 Ouest et 5°30 Ouest; elle est limitée :

- au Nord par la région de Ségou,
- au Nord-Ouest par la région de Koulikoro,
- au Sud par la république de Côte d'Ivoire,
- à l'est et au Nord-est par le Burkina-Faso,
- au Sud-Ouest par la république de Guinée.

Par sa situation, la région est un véritable carrefour de commerce et d'échanges de culture.

Elle couvre une superficie de 71.790Km<sup>2</sup> ; elle compte 2189074 habitants dont 48,6% d'hommes et 51,4% de femmes (source : DRPS/Sikasso ; 2006).

Les principales ethnies sont : Sénoufo, Bambara, Minianka.

Les principales religions : l'islam, le christianisme et l'animisme.

Elle comprend deux grandes zones climatiques :

- Les zones nord guinéenne et sud soudanienne ; comprenant les 2/3 de la région. La saison des pluies est relativement longue (plus de six mois, d'avril à octobre) avec environ 90 jours de pluie. La température maximale est de 47°C.
- La zone nord soudanienne qui couvre essentiellement le nord des préfectures de Sikasso, de Kadiolo et de Kolondièba, les préfectures de Bougouni et de Koutiala. La pluviométrie varie de 750 mm à 1150 mm. L'hivernage dure quatre à six mois (de mai à octobre) avec une maxima

en août, avec environ 75 jours de pluies. La température moyenne est de 27°C.

La végétation se compose de forêt claire, de savane boisée, de savane arborée, de savane arbustive et de galerie forestière.

Les voies de communication sont essentiellement constituées par quatre axes routiers : Zegoua-Bamako, Kouri-Koutiala, Koury-Kimparana-San, Sikasso-Koutiala-Kimparana.

Sur le plan administratif la région comprend:

- 7 communes urbaines : Bougouni, Kadiolo, Kolondièba, Koutiala, Sikasso, Yanfolila, Yorosso.
- 46 communes rurales ;
- 1821 villages ;

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture, l'élevage, l'artisanat et le commerce. Dans la région il existe des unités industrielles suivantes : 6 usines d'égrainage de coton, une usine HUICOMA, une usine de thé et une usine d'extraction de beurre de karité.

La couverture sanitaire connaît une amélioration certaine ; la région comprend un seul hôpital situé dans la capitale régionale, des CSRef, des CSCom, et des cabinets médicaux.

#### ❖ **Le service de gynéco-obstétrique de Sikasso :**

Il comprend :

- trois salles d'hospitalisation avec 21 lits,
- une salle de planning familial,
- une salle d'accouchement,
- un bureau des médecins,
- une salle de garde,
- une salle de consultation,

- un bureau des sages femmes,
- une salle des infirmières.
- une toilette,

**Son personnel est composé de:**

- un gynécologue malien et deux gynécologues chinoises,
- trois matrones et les internes,
- quatre sages femmes,
- deux manœuvres de salle,
- une infirmière obstétricienne.

**1.2 Présentation du cercle de Yanfolila**

2.1 Monographie sommaire du cercle :

Le Cercle de Yanfolila couvre une superficie de 9240 km<sup>2</sup> avec une population d'environ 169.145 hts en 2003 dont 87.096H (51%) et 82.119 F (49%) avec un taux de croissance annuelle de 3,8 %. La population en 2006 est estimée à 201199 hts avec 51,51 % d'homme (101619) et 49,49 % de femme (99579) ; soit une densité de 21,77 hts/ km<sup>2</sup>. Cette population majoritaire est composée de Peulh, Bambara, Sarakolé, Malinké, Bozo et Dogon est reparti entre 12 communes rurales. Le cercle est couvert par 2 districts Sanitaires (CSRéf) qui sont Yanfolila et Sélingué totalisant 24 CSCOM. Les pathologies médicales sont dominées par les grandes endémies (onchocercose Tuberculoses), le paludisme ; les pathologies chirurgicales sont les hernies inguinales et inguino scrotales ; et enfin les pathologies gynéco obstétricales. Le district sanitaire de Yanfolila (cadre d'étude) couvre 17 aires de santé dont 13 fonctionnelles.

2.2 Présentation du district sanitaire de Yanfolila Le S.S.S. de Yanfolila couvre une superficie de 7.310 km<sup>2</sup> avec une population de 136 382 hts (densité 18,66 hts/km<sup>2</sup>) en 2006 et une couverture géographique en infrastructures Socio-Sanitaires de 70,58% réparties en 13 CSCOM

a. Infrastructures : Le CSRéf comprend :

- Un bâtiment du bloc administratif
- Un bâtiment abritant les blocs opératoires
- Un bloc de consultation externe avec une unité d'ophtalmologie et de lutte contre les grandes endémies
- Un bloc comprenant le laboratoire, l'unité de soins dentaire et le bureau local P.E.V
- Un bloc Santé de la reproduction
- Un bloc abritant le pavillon de médecine, la maternité, DRC et DV, la salle de garde, la salle de Tri, 2 magasins
- Un bloc de la radiologie
- Un bloc de chirurgie
- Un hangar pour IEC

b - Matériels équipement :

En plus de matériels médicaux le CSRéf dispose de deux incinérateurs un groupe électrogène 6 ordinateurs de bureau dont 3 connectés sur Internet (connexion intermittente à partir de ligne téléphonique) et un ordinateur portable.

c - Moyens de déplacements et de communication :

Le CSRéf est relié au CSCOM par un réseau de 10 RAC installé et une téléphonie rurale. La salle de garde de la maternité est équipée de RAC permettant ainsi une permanence RAC 24H / 24H au CSRéf.

Le CSRéf dispose de deux véhicules de liaison et deux ambulances dont un est en bon état équipé de RAC.

L'ambulance assure le transport des parturientes à tout moment grâce à une permanence organisée des chauffeurs. La distance moyenne parcourue par le véhicule est de 88 km par référence / évacuation

d - Personnel :

Le CSRéf emploie 46 agents qui se répartissent comme suit :

- Trois (3) médecins Maliens et un Médecin Cubain. Deux Médecins sont à compétence chirurgicale et un médecin Chargé de la surveillance épidémiologique.
- Un Assistant Médical spécialiste en ophtalmologie
- Une sage-femme ; quatre infirmières obstétriciennes et 3 Matrones.
- 10 Infirmiers dont 2 chargés d'anesthésie et 1 faisant fonction de dentiste
- 1 Manipulateur de Radio
- 2 Techniciens Supérieurs de laboratoire et un technicien de biologie
- 2 Techniciens de développement communautaire
- 3 gérants de pharmacie
- 4 Techniciens de Surface dont 2 instrumentistes et 2 manoeuvres
- 1 Lingère au bloc opératoire
- 2 gardiens
- 3 Chauffeurs
- 1 Secrétaire de Direction
- 1 Comptable
- 1 Caissier
- 1 Technicien Sanitaire

**1.3. Présentation du cercle de Dioila**

Le cercle de DIOÏLA est surtout connu par son appellation, le Banico, nom bambara, qui signifie « derrière le fleuve ». En effet le cercle se situe derrière la rivière Baoulé et est compris entre ce fleuve Bani et le Bagoé. Le chef lieu du cercle de DIOÏLA fut fondé vers le 15<sup>ème</sup> siècle par un chasseur nommé Sountié Marico, venu de Fignana, village situé à 10km à l'Ouest de DIOÏLA.

Le cercle a une superficie totale de 12 794 km<sup>2</sup> et une population de 212 977 habitants en 2007 pour le District sanitaire de Dioïla

Le cercle est limité par :

- au nord le cercle de Baraouéli
- au nord-est le cercle de Koutiala
- au nord-ouest le cercle de Koulikoro
- au sud-est le cercle de Sikasso
- à l'ouest le cercle de Kati

La population est composée essentiellement de Bambara et de Peulh. La religion dominante est l'Islam. Cependant il existe le Christianisme et l'animisme.

Son relief se caractérise par des plaines et des plateaux. Le climat, de type tropical humide soudanien, est marqué par une saison sèche de Mars à Juin, une saison pluvieuse de Juin à Octobre et une saison froide de Novembre à Février.

Le cercle est arrosé par trois fleuves : le Baoulé (fleuve rouge) le Bagoé (fleuve blanc) le Banifing (petit fleuve noir) et leurs multiples affluents.

Le cercle est divisé en 23 communes rurales dont 10 à Dioïla et 13 à Fana, 351 villages administratifs et de nombreux hameaux de culture.

Les principales voies de communication sont :

- Une route de 40 Km reliant DIOÏLA et Fana en très mauvais état.
- Des routes difficilement praticables en période de pluie reliant DIOÏLA à ces différents CSCOM

Les moyens de communications sont représentés par :

- Le réseau administratif de communication (RAC)
- Les radios rurales au nombre de cinq
- Le téléphone



Du point de vue santé, la médecine traditionnelle a tendance à être délaissée au profit de la médecine moderne. La grossesse entourée de mystères dans le milieu, fait l'objet de beaucoup d'interdits.

Le cercle est relativement riche, notamment à travers le coton, qui est la culture de rente par excellence. C'est la seule zone d'intervention de la compagnie malienne du développement des textiles (CMDT) dans la région. Il compte deux unités industrielles d'égrenages de coton : Dioïla et Fana. L'agriculture est l'activité la plus pratiquée.

L'élevage de bovins, ovins, caprins et de la volaille est pratiqué par les sédentaires et les semi-nomades.

La répartition du personnel selon leur fonction actuelle:

- Le Médecin chef à compétence chirurgicale et trois autres médecins dont deux à compétence chirurgicale assurent la permanence par semaine. Trois techniciens supérieurs de santé : deux pour l'unité de chirurgie, un pour l'unité de médecine.
- Deux techniciens de santé au compte de la médecine.
- Un anesthésiste.
- Un technicien supérieur en santé (TSS) spécialiste en odontostomatologie et un TSS spécialiste en ophtalmologie.
- Un technicien de laboratoire.
- Deux sages femmes, trois infirmières obstétriciennes et cinq matrones.
- Une secrétaire.
- Un chargé du système d'information sanitaire (SIS).
- Un aide soignant pour le programme élargi de vaccination (PEV).
- Un vendeur au point de vente des médicaments DCI.

- Un gérant au dépôt répartitaire de cercle (DRC).
- Un gestionnaire.
- Quatre manœuvres dont une femme au compte de la maternité.
- Un gardien.

Les infrastructures se présentent comme suit:

- Une unité maternité avec une salle d'accouchement ayant deux tables, un bureau de CPN, une salle pour la vaccination PEV, un bureau pour la sage femme chef d'unité deux salles pour les accouchées avec une capacité de 14 lits.
- Une unité de médecine interne de 19 lits (une salle pour les hommes, une pour les femmes chacune de 9 lits et une salle unique d'un lit), un bureau major et une salle d'injection.
- Une unité chirurgie de 24 lits (une salle pour les hommes, une pour les femmes chacune de 8 lits, une salle de 2 lits, deux salles de césarienne chacune de 6 lits).
- Une salle de pansement.
- Un cabinet dentaire et un cabinet d'ophtalmologie.
- Une unité de laboratoire.
- Une salle d'échographie.
- Une salle de radiographie.
- Un bloc opératoire composé d'une salle de chirurgie à froid, une salle de chirurgie d'urgence, une salle de stérilisation et un bureau d'anesthésiste.
- Cinq salles de consultation externe et un bureau d'administration du médecin chef.
- Une salle de réseau administratif de communication (RAC).
- Une salle de garde infirmier.

- Un point de vente des médicaments DCI.
- Un dépôt répartitaire de cercle (DRC).
- Un bureau du programme élargi de vaccination (PEV).
- Un bureau pour le chargé du système d'information sanitaire (SIS).
- Un bureau pour le gestionnaire.
- Une salle informatique.
- Une salle de réunion.

Les moyens de transport sont : deux véhicules 4X4 et une ambulance.

Les moyens de communications sont : deux RAC (un local et un régional) et un téléphone.

**2. Cadre d'étude :** L'étude a été effectuée au service de Gynéco-Obstétrique du CHU du Point G.

**3. Type d'étude et période d'étude :**

Il s'agit d'une étude synthétique portant sur 3 thèses déjà soutenues sur la césarienne avant et courant gratuité:

~Dioila : 1 janvier 2003 au 31 Décembre 2007 soit 30 mois avant la gratuité de la césarienne et 30 mois courant gratuité.

~Yanfolila : 1er juillet 2004 au 30 Juin 2006 soit 24 mois (1an avant la gratuité et 1an courant gratuité).

~Sikasso : 05 Janvier 2004 au 04 Janvier 2007 soit 1an avant la gratuite et 2ans courant gratuite.

**4. Population d'étude :** L'étude a porté sur la somme de la population d'étude de Yanfolila, Sikasso et Dioila soit au total 2306 patientes dont 1029 patientes avant gratuité de la césarienne et 1277 patientes courant gratuité de la césarienne.

**5. Critères d'inclusion :** Etaient inclus, toutes les femmes césarisées dans les 3 structures sanitaires.

**6. Critères de non inclusion :** N'étaient pas inclus dans notre étude toutes les femmes césarisées en dehors de ces 3 structures.

**7. Collecte des données :**

.Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête à partir de l'identification de la thèse.

.La saisie des données a été réalisée sur Microsoft Word 2003.

.Les données ont été analysées sur les logiciels SPSS, Epi Info version 6.

.Le test statistique utilisé est le Chi- 2 de Pearson ; probabilité = P.

## **V. RESULTATS**

### **1. FREQUENCE :**

Tableau I : Répartition des patientes selon la fréquence de la césarienne

FREQUENCE	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso n=584	Dioila n=237	Yanfolila n=208	<i>Moy</i>	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila n=249	<i>Moy</i>
	8,45%	39,4%	20,7%	<b>22,85%</b>	14,18%	60,6%	21,3%	<b>32,02%</b>

Il y a eu une augmentation du taux de césarienne de **23%** avant gratuité à **32%** courant gratuité.

**Chi-2=22,87**

**P=0,000002**

### **II PROFIL SOCIO DEMOGRAPHIQUE :**

#### **1. Age :**

Tableau II : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

AGE	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso	Dioila n=237	Yanfolila n=208	<i>Moy</i>	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila n=249	<i>Moy</i>
<20ans		9% n=21	15% n=32	<b>12%</b>	21% n=141	11% n=41	14% n=36	<b>15,33%</b>
20 à 35ans		58% n=138	67% n=139	<b>62%</b>	64% n=424	53% n=193	75% n=186	<b>64%</b>
>35ans		33% n=78	18% n=37	<b>25%</b>	15% n=98	36% n=131	11% n=27	<b>20,67%</b>

La tranche d'âge 20 à 35 ans était la plus représentée avant et courant gratuité avec respectivement **62%** et **64%**.

**Chi-2=0,16 P=0,689732**

Age moyen avant gratuité : **29,4 ans**

Age moyen courant gratuité : **28,3 ans**

Les âges extrêmes étaient de **13- 45 ans** avant et au cours de la gratuité de la césarienne.

**NB** : Sikasso n'a pas fait d'étude sur la tranche d'âge avant la gratuité.

## **2. Profession de la patiente :**

**Tableau III** : Répartition des patientes selon la profession

PROFESSION	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikas so n=237	Dioila n=237	Yanfoli la n=208	<b>Moy</b>	Sikasso n=483	Dioila n=365	Yanfolila n=249	<b>Moy</b>
Aide ménagère			6% n=13	<b>3%</b>	0,16% n=2	0% n=0	6% n=14	<b>2%</b>
Artisane					0,16% n=2			<b>0%</b>
Coiffeuse					0,16% n=2			<b>0%</b>
Commer- Çante					1% n=11			<b>0%</b>
Elève/étu- diante		8,9% n=21	0% n=0	<b>4%</b>	2% n=23		3% n=7	<b>2%</b>
Enseignante					1,12% n=14			<b>0%</b>
Vendeuse		1,6% n=4	1% n=3	<b>1%</b>	1,52% n=19	1,9% n=7	0% n=0	<b>1%</b>
Femme au foyer		89,5% n=212	92% n=191	<b>90%</b>	33% n=410	90,7% n=331	92% n=228	<b>72%</b>

Les femmes au foyer sont les plus nombreuses avant et courant gratuité avec respectivement **90%** et **72%**.

**Chi-2=57,41**

**P=0,000000**

**NB** : Sikasso n'a pas fait d'étude sur la profession avant la gratuité.

### 3. Niveau d'instruction des patientes :

Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

NIVEAU D'INSTRUCTION	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso	Dioila n=237	Yanfolila	<b>Moy</b>	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila	<b>Moy</b>
Primaire		21,9% n=52		<b>22%</b>	6,34% n=42	15,6% n=57		<b>11%</b>
Secondaire		12,7% n=30		<b>13%</b>	1,04% n=7	20,3% n=74		<b>10%</b>
Supérieur		1,3% n=3		<b>1%</b>	0,16% n=1	1,4% n=5		<b>0%</b>
Non scolarisé		64,1% n=152		<b>64%</b>	92,46% n=613	62,7% n=229		<b>77%</b>

Les femmes non scolarisés sont majoritaires avec **64%** avant gratuité et **77%** courant gratuité.

**Ch-2=16,95**

**P=0,000038**

**NB** : Sikasso n'a pas fait d'étude sur le niveau de scolarité avant la gratuité, non plus Yanfolila pendant les deux périodes.

### 4. Statut matrimonial :

Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso	Dioila n=237	Yanfolila n=208	<b>Moy</b>	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila n=249	<b>Moy</b>
Mariée		91,6% n=217	93% n=194	<b>92%</b>	92% n=607	93,4% n=341	91% n=228	<b>92%</b>
Célibataire		8,4% n=20	7% n=14	<b>7%</b>	8% n=56	6,6% n=24	8% n=21	<b>8%</b>

Les femmes mariées sont les plus nombreuses avec **92%** avant et courant gratuité.

**Chi-2=0,00**

**P=0,945368**

**NB** : Sikasso n'a pas fait d'étude sur le statut matrimonial avant la gratuité.

### III\_ SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION

#### 1. Mode d'Admission :

Tableau VI : Répartition des patientes selon le mode d'admission

MODE D'ADMISSION	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso n=584	Dioila n=237	Yanfolila n=208	<b>Moy</b>	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila n=249	<b>Moy</b>
Venues d'elles-même	66% n=385	24,1% n=57	0% n=0	<b>30%</b>	59% n=391	24,4% n=89	0% n=0	<b>28%</b>
Evacuées /Référées	34% n=199	75,9% n=180	100% n=208	<b>70%</b>	41% n=272	75,6% n=276	100% n=249	<b>72%</b>

Les patientes évacuées /référées sont majoritaires avec **70%** avant gratuité et **72%** courant gratuité.

**Chi-2=1,10**

**P=0,293642**

#### 2. Moyen de transport :

Tableau VII : Répartition des patientes évacuées/référées selon le moyen de transport

MOYEN DE TRANSPORT	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso n=584	Dioila n=180	Yanfolila n=208	<b>Moy</b>	Sikasso n=272	Dioila n=276	Yanfolila n=249	<b>Moy</b>
Ambulance	28% n=164	84% n=151	44% n=91	<b>52%</b>	54% n=146	90,4% n=249	38% n=95	<b>61%</b>
Moto	6% n=35	11,10% n=20	56% n=117	<b>24%</b>	10% n=28	8,3% n=23	62% n=154	<b>27%</b>
Taxi	55% n=321	0% n=0	0% n=0	<b>18%</b>	26% n=71	0% n=0	0% n=0	<b>9%</b>
Transport en commun	1% n=6	3,70% n=7	0% n=0	<b>2%</b>	4% n=12	1,3% n=4	0% n=0	<b>2%</b>
Véhicule personnel	10% n=58	1,3% n=2	0% n=0	<b>4%</b>	5% n=15	0% n=0	0% n=0	<b>2%</b>

L'ambulance fut le moyen de transport le plus utilisé avec **52%** avant gratuité et **61%** courant gratuité.

**Chi-2=14,47**

**P=0,000142**



### 3. Moyen de communication :

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le moyen de communication

MOYEN DE COMMUNICATION	AVANT GRATUITE			COURANT GRATUITE		
	Sikasso	Dioila n=180	<i>Moy</i>	Sikasso n=83	Dioila n=276	<i>Moy</i>
RAC		86% n=	<b>86%</b>	41,18% n=63	64% n=177	<b>70%</b>
Téléphone		9% n=	<b>9%</b>	0% n=0	36% n=99	<b>18%</b>
Aucun		5% n=	<b>5%</b>	13,07% n=20	0% n=	<b>12%</b>

Le RAC a été le moyen de communication le plus utilisé avec **86%** d'appels par RAC avant gratuité contre **70%** courant gratuité.

**NB.** Le moyen de communication n'a pas été étudié à Yanfolila et non plus à Sikasso avant la gratuité pour absence des données.

**Chi-2=16,92**

**P=0,000039**

### 4. Support de référence/évacuation :

Tableau IX : Répartition des patientes selon le support de référence/évacuation

SUPPORT DE REFERENCE/EVAC.	AVANT GRATUITE			COURANT GRATUITE			
	Dioila n=180	Yanfolila n=126	<i>Moy</i>	Sikasso n=53	Dioila n=276	Yanfolila n=186	<i>Moy</i>
Fiche de référence/évacuation	18,10% n=33	48% n=60	<b>33%</b>	48% n=26	21,9% n=60	62% n=116	<b>44%</b>
Partogramme+Fiche	57,8% n=104	11% n=14	<b>34%</b>	24% n=13	54,8% n=146	2% n=3	<b>27%</b>
Partogramme	22,4% n=40	13% n=17	<b>17%</b>	8% n=4	21,4% n=59	18% n=33	<b>16%</b>
Sans document	1,7% n=3	28% n=35	<b>15%</b>	19% n=10	2% n=11	18% n=34	<b>13%</b>

Patiente référée/évacuée avec partogramme+fiche a représenté **34%** avant gratuité et **27%** courant gratuité.

**Chi-2=3,20**

**P=0,073718**

**NB :** Sikasso n'a pas fait d'étude sur le support de réf/évacuation avant la gratuité.

**5. Prise d'une voie veineuse avant la référence/évacuation :**

**Tableau X :** Répartition des patientes selon la prise d'une voie veineuse avant référence/évacuation

PRISE D'UNE VOIE VEINEUSE AVANT REF/EVAC.	AVANT GRATUITE			COURANT GRATUITE			
	Dioila n=180	Yanfolila n=208	<b>Moy</b>	Sikasso n=272	Dioila n=276	Yanfolila n=249	<b>Moy</b>
Voie veineuse	37% n=67	20% n=42	<b>28%</b>	39% n=107	53,5% n=148	17% n=42	<b>36%</b>
Aucune voie veineuse	63% n=113	80% n=166	<b>71%</b>	61% n=165	46,5% n=128	83% n=207	<b>63%</b>

Les patientes ayant bénéficié d'une voie veineuse à l'évacuation ont représenté **28%** avant gratuité contre **36%** courant gratuité.

**Chi-2=7,35**

**P=0,006700**

**NB :** Sikasso n'a pas fait d'étude sur la prise en charge avant référence/évacuation, avant la gratuité.

## 6. Motif d'Admission :

Tableau XI : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Avant gratuité				Pendant gratuité			
	Sikasso n=584	Dioila n=180	Yanfolila n=80	Moy	Sikasso n=663	Dioila n=276	Yanfolila n=117	Moy
Autres	0% n=0	3,33% n=6	0% n=0	1%	0,30% n=2	2,53% n=7	5,98% n=7	3%
Prolapsus	0,51% n=3	1,11% n=2	0% n=0	0,54%	0,60% n=4	1,08% n=3	1,7% n=2	1,13%
Procidence du cordon	0,85% n=5	1,11% n=2	2,5% n=2	1,49%	1,50% n=10	1,4% n=4	2,56% n=3	1,82%
Souffrance fœtale	3,42% n=20	11,1% n=20	0% n=0	4,84%	1,80% n=12	10,1% n=28	0% n=0	3,97%
HTA/ Eclampsie	2,39% n=14	3,7% n=7	12,5% n=10	6,20%	3,77% n=25	4,3% n=12	11,96% n=14	6,68%
Hémorragie /Grossesse	5,65% n=33	17,22% n=31	8,75% n=7	10,54%	4,97% n=33	12,68% n=35	2,56% n=3	6,74%
Ancienne césarienne	16,60% n=97	8,3% n=15	15% n=12	13,3%	12,51% n=83	14,9% n=41	16,24% n=19	14,55%
Dystocie dynamique	1,36% n=8	3,9% n=7	11,25% n=9	5,50%	0% n=0	6,5% n=18	17,09% n=20	7,86%
CUD	0,34% n=2	0% n=0	8,75% n=15	3,03%	17,04% n=113	0% n=0	12,82% n=15	9,95%
Dystocie mécanique	68,83% n=402	50% n=90	31,25% n=25	50,03%	38% n=381	57,46% n=128	29,06% n=34	41,51%

La dystocie mécanique a été le motif d'admission le plus fréquent avec **50,03%** avant gratuité et **41,51%** courant gratuité.

**Chi-2=11,97**

**P=0,000542**

**Autres \***

- ✓ Antécédent de cure de FVV : Dioila (1cas avant gratuité et 2cas courant gratuité) ; Sikasso (2 cas courant gratuité).
- ✓ Cardiopathie sur grossesse : Dioila (**2 cas** avant gratuité et **2 cas** courant gratuité)
- ✓ Avortement à répétition : Dioila (**3 cas** avant gratuité et **3 cas** courant gratuité), Yanfolila (**7 cas** courant gratuité).

**7. Agent de la référence/évacuation :**

**Tableau XII : Répartition des patientes selon la qualification de l'agent**

AGENT QUI EVACUE/REF	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso	Dioila n=180	Yanfolila n=126	<b>Moy</b>	Sikasso n=272	Dioila n=276	Yanfolila n=186	<b>Moy</b>
Médecin		44,5% n=80	7% n=9	<b>25%</b>	4% n=12	36,2% n=100	4% n=8	<b>15%</b>
Sage femme		11,8% n=21	0% n=0	<b>6%</b>	4% n=11	10,5% n=29	7% n=13	<b>7%</b>
TS		39% n=70	0% n=0	<b>19%</b>	0% n=0	46,4% n=128	0% n=0	<b>15%</b>
IO		1,8% n=3	3% n=4	<b>2%</b>	5% n=13	0,7% n=2	0% n=0	<b>2%</b>
Matrone		2,9% n=5	90% n=113	<b>46%</b>	16% n=43	4,3% n=12	88% n=164	<b>36%</b>
Aide soignant		0% n=0	0% n=0	<b>0%</b>	0% n=0	1,8% n=5	0% n=0	<b>1%</b>

Les médecins ont évacué/référent **25%** des patientes avant gratuité contre **15%** courant gratuité.

**Chi-2=14,27**

**P=0,000158**

**NB :** Sikasso n'a pas fait d'étude sur la qualification de l'agent qui évacue avant la gratuité.

### **8. Concordance des diagnostics :**

**Tableau XIII :** Répartition des patientes évacuées/référées selon la concordance des diagnostics

CONCORDANCE DES DIAGNOSTICS	AVANT GRATUITE			COURANT GRATUITE		
	Dioila n=180	Yanfolila n=208	<b>Moy</b>	Dioila n=276	Yanfolila n=249	<b>Moy</b>
Oui	38,89% n=70	37% n=77	<b>38%</b>	42,03% n=116	39% n=97	<b>40%</b>
Non	61,11% n=110	63% n=131	<b>62%</b>	57,97% n=160	61% n=152	<b>59%</b>

Les diagnostics concordent dans **38%** avant gratuité et dans **40%** courant gratuité.

**NB :** Sikasso n'a pas fait d'étude sur la concordance des diagnostics.

**Chi-2=39,96**

**P=0,000000**

### **IV. ANTECEDENTS**

#### **1. Avortements**

**Tableau XIV :** Répartition des patientes selon le nombre d'avortement

AVORTEMENTS	AVANT GRATUITE			COURANT GRATUITE		
	Dioila n=237	Yanfolila n=103	<b>Moy</b>	Dioila n=365	Yanfoila n=109	<b>Moy</b>
0	56,1% n=133	81% n=83	<b>68%</b>	72,9% n=266	88% n=96	<b>80%</b>
1	29,1% n=69	15% n=15	<b>22%</b>	17,3% n=63	9% n=10	<b>13%</b>
2	9,3% n=22	2% n=2	<b>5%</b>	8,5% n=31	1% n=1	<b>4%</b>
>2	5,5% n=13	3% n=3	<b>4%</b>	1,3% n=5	2% n=2	<b>1%</b>

Les patientes qui sont sans antécédent d'avortement sont les plus fréquentes **68%** avant gratuité et **80%** courant gratuité.

**NB :** Sikasso n'a pas fait d'étude sur l'avortement.

**Chi-2=15,22**

**P=0,000095**

## 2. Les antécédents chirurgicaux :

Tableau XV : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

ATCD CHIRURGICAUX	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso	Dioila n=237	Yanfolila n=208	Moy	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila n=249	Moy
Césarienne		10,1% n=24	7% n=14	8%	7% n=47	15,6% n=57	8% n=19	10%
Laparotomie		4,2% n=10	0% n=0	2%	0% n=3	4,4% n=16	0% n=0	1%
Aucun		85,7% n=203	93% n=193	89%	92% n=613	80% n=292	92% n=230	88%

Les patientes avec antécédent de césarienne ont représenté **8%** avant gratuité et **10%** courant gratuité.

**NB** : Sikasso n'a pas fait d'étude sur les ATCD chirurgicaux avant la gratuité.

**Chi-2=1,43**

**P=0,231457**

## 3. Gestité

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la Gestité

GESTITE	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso	Dioila n=237	Yanfolila n=135	Moy	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila n=156	Moy
G1		13,1% n=31	24% n=32	18%	10% n=64	19,7% n=72	30% n=47	20%
G2-G3		20,2% n=48	12% n=16	16%	13% n=84	18,1% n=66	15% n=23	15%
G4-G6		37,6% n=89	32% n=43	35%	9% n=59	38,6% n=141	28% n=44	25%
>G6		29,1% n=69	33% n=44	31%	6% n=39	23,6% n=86	27% n=42	19%

Les multigestes sont majoritaires durant les deux périodes avec **35%** avant gratuité et **25%** courant gratuité.

**Chi-2=14,08**

**P=0,00017**

Les primigestes ont représenté **18%** avant gratuité contre **20%** courant gratuité.

**Chi-2= 0,72**

**P= 0,394612**

G1=primigeste

G2-G3=paucigeste

G4-G6= multigeste

>G6=grande multigeste

**NB:** Sikasso n'a pas fait d'étude sur la gestité avant la gratuité.

#### **4. Parité:**

Tableau XVII: Répartition des patientes selon la parité

PARITE	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso	Dioila n=237	Yanfolila n=118	<b>Moy</b>	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila n=230	<b>Moy</b>
P0		6,3% n=15	13% n=15	<b>9%</b>	0% n=0	5,4% n=20	24% n=55	<b>10%</b>
P1		16,9% n=40	31% n=37	<b>24%</b>	18% n=119	19,7% n=72	16% n=37	<b>18%</b>
P2-P3		24,1% n=57	10% n=12	<b>17%</b>	59% n=389	24,7% n=90	23% n=53	<b>36%</b>
P4-P6		27% n=64	11% n=13	<b>19%</b>	13% n=85	31% n=113	22% n=50	<b>22%</b>
>P6		25,7% n=61	35% n=41	<b>30%</b>	10% n=70	19,2% n=70	15% n=35	<b>15%</b>

Les nullipares sont moins représentées avant gratuité avec **9%** contre **10%** courant gratuité.

**Chi-2=0,31**

**P=0,574942**

Les multipares ont représenté **19%** avant gratuité contre **22%** courant gratuité.

**Chi-2=1,63**

**P=0,201283**

P0= nullipare (0 accouchement)

P1= primipare

P2-P3= pauci pare

P4-P6= multipare

P> 6= grande multipare

**NB:** Sikasso n'a pas fait d'étude sur la parité avant la gratuité.

### 5. Enfants vivants

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants

ENFANTS VIVANTS	AVANT GRATUITE			COURANT GRATUITE		
	Dioila n=237	Yanfolila n=109	<b>Moy</b>	Dioila n=365	Yanfolila n=78	<b>Moy</b>
0	4% N=9	25% n=27	<b>14%</b>	4% n=15	5% n=4	<b>4%</b>
1	29% n=68	16% n=17	<b>22%</b>	29% n=106	28% n=22	<b>28%</b>
2	26% n=61	9% n=10	<b>17%</b>	32% n=116	20% n=16	<b>26%</b>
>2	42% n=99	50% n=55	<b>46%</b>	35% n=128	46% n=36	<b>40%</b>

Les femmes ayant plus de 2 enfants vivants dominent durant les deux périodes avec **46%** avant gratuité contre **40%** courant gratuité.

**NB:** Sikasso n'a pas fait d'étude sur les antécédents selon le nombre d'enfants vivants.

**Chi-2=2,86**

**P=0,090846**



## 6. Enfants décédés:

Tableau XIX: Répartition des patientes selon le nombre d'enfants décédés

ENFANTS DECEDES	AVANT GRATUITE			COURANT GRATUITE		
	Dioila n=237	Yanfolila n=103	<b>Moy</b>	Dioila n=365	Yanfolila n=79	<b>Moy</b>
0	38% n=91	35% n=36	<b>36%</b>	40% n=147	20% n=16	<b>30%</b>
1	40% n=96	27% n=28	<b>33%</b>	42% n=154	35% n=28	<b>38%</b>
2	17% n=41	22% n=23	<b>19%</b>	16% n=59	19% n=15	<b>17%</b>
>2	4% n=9	15% n=16	<b>9%</b>	1% n=5	25% n=20	<b>13%</b>

Avant la gratuité **9%** des femmes ont un antécédent de plus de deux décès d'enfants, ce taux est plus élevé courant gratuité avec **13%**.

**NB:** Sikasso n'a pas fait d'étude sur les antécédents selon le nombre d'enfants décédés.

**Ch-2=2,98**

**P=0.084381**

## V. CPN

Tableau XX: Répartition des patientes selon le nombre de CPN

CPN	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso n=164	Dioila n=237	Yanfolila n=143	<b>Moy</b>	Sikasso n=423	Dioila n=365	Yanfolila n=155	<b>Moy</b>
0	5% n=31	15% n=36	47% n=67	<b>22%</b>	13% n=85	4% n=16	35% n=54	<b>17%</b>
1	3% n=15	34% n=80	9% n=13	<b>15%</b>	5% n=33	19% n=68	10% n=15	<b>11%</b>
2	5% n=27	32% n=76	17% n=24	<b>17%</b>	11% n=76	37% n=136	18% n=28	<b>22%</b>
3	10% n=59	13% n=32	20% n=29	<b>14%</b>	15% n=99	24% n=89	19% n=30	<b>19%</b>
≥4	5% n=32	5% n=13	7% n=10	<b>6%</b>	20% n=130	15% n=56	18% n=28	<b>18%</b>

Avant gratuité, **6%** des patientes ont fait plus de 3 CPN, contre **18%** courant gratuité.

**Chi-2=41,87**

**P=0,000000**

## VI. PRISE EN CHARGE

### 1. INDICATION DE LA CESARIENNE

Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne

INDICATIONS DE LA CESARIENNE		AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
		Sikasso n=584	Dioila n=237	Yanfolila n=63	Moy	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila n=67	Moy
Dystocie mécanique (62%) — (56%)	Bassin rétréci	19,35% n=123	2,5% n=6	4,76% n=3	<b>9%</b>	15,54% n=103	5,5% n=20	7,46% n=5	<b>10%</b>
	Bassin limite	21,40% n=125	6,8% n=16	1,59% n=1	<b>10%</b>	24,59% n=163	2,2% n=8	0,0% n=0	<b>9%</b>
	Pré rupture utérine	4,28% n=25	13,1% n=31	3,17% n=2	<b>7%</b>	3,32% n=22	11,2% n=41	7,46% n=5	<b>7%</b>
	Rupture utérine	13,7% n=80	11% n=26	20,63% n=13	<b>15%</b>	8,3% n=55	8,5% n=31	16,42% n=11	<b>11%</b>
	Placenta praevia	3,77% n=22	8,4% n=20	12,70% n=8	<b>8%</b>	3,47% n=23	9% n=33	4,48% n=3	<b>6%</b>
	Position transversale	2,05% n=12	12,2% n=29	11,11% n=7	<b>9%</b>	6,03% n=40	6,3% n=23	11,94% n=8	<b>8%</b>
	Présentation du front	1,2% n=7	0,8% n=2	3,17% n=2	<b>2%</b>	2,11% n=14	0,8% n=3	2,98% n=2	<b>2%</b>
	Présentation de face	0,86% n=5	0,4% n=1	3,17% n=2	<b>2%</b>	1,36% n=9	0,5% n=2	5,97% n=4	<b>3%</b>
Dilatation stationnaire		5,48% n=32	5,9% n=14	11,11% n=7	<b>8%</b>	2,41% n=16	11% n=40	14,92% n=10	<b>9%</b>
SFA		10,45% n=61	21,2% n=50	3,17% n=2	<b>12%</b>	5,28% n=35	28,2% N=103	5,97% n=4	<b>13%</b>

HRP	1,37% n=8	4,2% n=10	11,11% n=7	<b>6%</b>	2,41% n=16	3,6% n=13	7,46% n=5	<b>5%</b>
Eclampsie	3,08% n=18	3% n=7	11,11% n=7	<b>6%</b>	4,22% n=28	5,2% n=19	5,97% n=4	<b>5%</b>
Procidence du cordon	0,86% n=5	2,1% n=5	1,59% n=1	<b>2%</b>	1,51% n=10	3,6% n=13	4,48% n=3	<b>3%</b>
Autres	2,22% n=13	8,4% n=20	1,59% n=1	<b>4%</b>	3,61% n=24	4,4% n=16	4,48% n=3	<b>4%</b>

Les dystocies mécaniques furent l'indication de césarienne la plus fréquente courant les deux périodes avec **62%** avant gratuité et **56%** courant gratuité

**Chi-2= 7,28 P= 0,006958**

La rupture utérine a représenté **15%** avant gratuité contre **11%** courant gratuité.

**Chi-2=7,33 P=0,006799**

**Autres :**

- ✓ utérus cicatriciels ;
- ✓ Antécédent de cure de FVV ;
- ✓ Cardiopathie sur grossesse ;
- ✓ Prolapsus utérin sur grossesse
- ✓ Echec du déclenchement

## **2. NATURE DE L'INTERVENTION SUR L'UTERUS**

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la nature de l'intervention sur l'utérus

NATURE DE L'INTERVENTION SUR L'UTERUS	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso n=584	Dioila n=237	Yanfolila n=57	<b>Moy</b>	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila n=65	<b>Moy</b>
Césarienne	98% n=569	87% n=206	75% n=43	<b>87%</b>	64% n=421	91% n=332	82% n=53	<b>79%</b>
Hystérorraphie	0% n=0	13% n=31	21% n=12	<b>11%</b>	25% n=168	8% n=29	17% n=11	<b>17%</b>
Hystérectomie	2% n=15	0% n=	4% n=2	<b>2%</b>	11% n=72	1% n=4	1% N=1	<b>4%</b>

L'Hystérorraphie a été pratiquée dans **11%** avant gratuité contre **17%** courant gratuité.

**Chi-2=14, 11**

**P=0, 000172**

## **VII. PRONOSTIC MATERNO FOETAL**

### **1. COMPLICATION MATERNELE EN PER OPERATOIRE**

Nous n'avons pas enregistré de cas de complication per-opératoire pendant les deux périodes dans les différentes localités.

## **2. ETAT DES NOUVEAUX NES A LA SORTIE DU BLOC OPERATOIRE**

Tableau XXIV : Répartition des nouveaux nés selon leur état après césarienne

ETAT DU NOUVEAU NE	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso n=584	Dioila n=237	Yanfolila n=138	<i>Moy</i>	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila n=150	<i>Moy</i>
Mort né frais	23% n=134	26% n=62	36% n=50	<b>28%</b>	14% n=93	16% n=58	35% n=53	<b>22%</b>
Mort né macéré	0% n=0	2% n=4	5% n=7	<b>2%</b>	0% n=0	0% n=0	3% n=5	<b>1%</b>
Vivant	77% n=450	72% n=171	59% n=81	<b>69%</b>	86% n=570	84% n=305	61% n=92	<b>77%</b>

Avant la gratuité, **69%** des nouveaux nés étaient vivants à la sortie du bloc opératoire contre **77%** courant gratuité.

**Chi-2=17,18**

**P=0,000034**

Les morts nés frais ont représenté **28%** avant gratuité contre **22%** courant gratuité.

**Chi-2= 10,45**

**P=0,001228**

### **3. COMPLICATIONS POST OPERATOIRES**

Tableau XXV : Répartition des patientes selon Les complications post opératoires

	Avant gratuité				Pendant gratuité			
Complications post opératoires	Sikasso n=6	Dioila n=32	Yanfolila n=5	<b>Moy</b>	Sikasso n=31	Dioila n=36	Yanfoila n=3	<b>Moy</b>
Anémie	16,67% n=1	18,7% n=6	0% n=0	<b>12%</b>	16,13% n=5	13,9% n=5	0% n=0	<b>10%</b>
Endométrite	33,33% n=2	21,9% n=7	20% n=1	<b>25%</b>	25,81% n=8	19,4% n=7	0% n=0	<b>15%</b>
Eclampsie	0% n=0	6,3% n=2	0% n=0	<b>2%</b>	3,23% n=1	8,3% n=3	0% n=0	<b>4%</b>
Paludisme	0% n=0	0% n=0	0% n=0	<b>0%</b>	32,26% n=10	0% n=0	0% n=0	<b>11%</b>
Hémorragie	16,67% n=1	28,1% n=9	0% n=0	<b>15%</b>	0% n=0	27,8% n=10	0% n=0	<b>9%</b>
Suppuration pariétale + Septicémie	33,33% n=2	25% n=8	80% n=4	<b>46%</b>	22,58% n=7	30,6% n=11	100% n=3	<b>51,06%</b>

Avant la gratuité, la suppuration pariétale+Septicémie ont représenté **46%** des complications contre **51,06%** courant gratuité.

**Chi-2= 0,26**

**P=0,611763**

#### **4. DEVENIR DE LA MERE**

Tableau XXVI : Répartition des femmes en fonction du taux de décès maternel

DEVENIR DE LA MERE	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso n=584	Dioila n=237	Yanfolila n=208	<b>Moy</b>	Sikasso n=663	Dioila n=365	Yanfolila n=249	<b>Moy</b>
Décédée	0,51% n=3	6,32% n=15	4,80% n=10	<b>4%</b>	0,45% n=3	3% n=12	2,4% n=6	<b>2%</b>
Vivante	99%	93,68% n=222	95,2% n=198	<b>96%</b>	99%	97% n=353	97,6% n=247	<b>98%</b>

Le taux de décès maternel était plus élevé avant la gratuité que courant gratuité respectivement (**4% et 2%**).

**Chi-2= 7,67**

**P=0,005620**

## **5. CAUSES DU DECES MATERNEL**

**Tableau XXVII** : Répartition des patientes selon les causes du décès maternel

CAUSES DU DECES	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso n=3	Dioila n=15	Yanfolila n=10	<b>Moy</b>	Sikasso n=3	Dioila n=12	Yanfolila n=6	<b>Moy</b>
Hémorragie	0,17% n=1	33% n=5	40% n=4	<b>24%</b>	0% n=0	33% n=4	17% n=1	<b>17%</b>
Septicémie	0,17% n=1	33% n=5	30% n=3	<b>21%</b>	0,15% n=1	33% n=4	50% n=3	<b>28%</b>
Eclampsie	0,17% n=1	7% n=1	20% n=2	<b>9%</b>	0,3% n=2	8% n=1	17% n=1	<b>8%</b>
Anémie	0% n=1	27% n=4	10% n=1	<b>12%</b>	0% n=0	25% n=3	17% n=1	<b>14%</b>

La septicémie a représenté **21%** avant gratuité contre **28%** courant gratuité.

**Chi-2=0,33**

**P=0,565023**

L'hémorragie a représenté **24%** avant gratuité contre **17%** courant gratuité.

**Chi-2=0,88**

**P=0,882141**



## **6. ETAT DES NOUVEAUX NES A LA SORTIE**

Tableau XXVIII : Répartition des nouveaux nés selon leur état à la sortie de la structure sanitaire

ETAT DES NOUVEAUX NES	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso n=450	Dioila n=171	Yanfolila n=138	<i>Moy</i>	Sikasso n=570	Dioila n=305	Yanfolila n=150	<i>Moy</i>
Vivant	99% n=446	91% n=156	59% n=81	<b>83%</b>	99% n=565	93% n=285	61% n=92	<b>84%</b>
Décédé	1% n=4	9% n=15	41% n=57	<b>17%</b>	1% n=5	7% n=20	39% n=58	<b>16%</b>

Le taux de décès néonatal a représenté **17%** avant gratuité et **16%** courant gratuité.

**Chi-2=0,32**

**P=0,574511**

## **7. CAUSES DU DECES NEONATAL**

**Tableau XXIX** : Répartition des nouveaux nés selon les causes du décès néonatal

CAUSES DU DECES NEONATAL	AVANT GRATUITE				COURANT GRATUITE			
	Sikasso n=4	Dioila n=15	Yanf olila n=57	<b>Moy</b>	Sikas so n=5	Dioila n=20	Yanfolila n=58	<b>Moy</b>
Détresse respiratoire	50% n=2	53% n=8	25% n=14	<b>43%</b>	43% n=2	35% n=7	80% n=46	<b>53%</b>
Infection néonatale	50% n=2	27% n=4	75% n=43	<b>51%</b>	57% n=3	35% n=7	20% n=12	<b>37%</b>
Indéterminée	0% n=0	20% n=3	0% n=0	<b>7%</b>	0% n=0	30% n=6	0% n=0	<b>10%</b>

L'infection néonatale a représenté **51%** avant gratuité contre **37%** courant gratuité. **Chi-2= 3,14** **P=0,076380**

## **8 FORCES ET FAIBLESSES RECEUILLIES DANS LES TROIS**

### **LOCALITES**

#### # Au niveau du système de référence/évacuation

- L'ambulance a toujours été en bon état à Dioila et Yanfolila ; par contre à Sikasso les ambulances qui assuraient l'évacuation n'étaient pas fonctionnelles raisons pour laquelle le moyen de transport le plus utilisé était le taxi pendant les deux périodes ;
- La panne de RAC fut constatée à Yanfolila et Dioila contrairement à Sikasso où le RAC était toujours fonctionnels.

#### # Au niveau du personnel

Il y a une insuffisance de personnel à Yanfolila et Dioila : absence de Gynécologue Obstétricien ; une seule sage femme pour Yanfolila et deux pour Dioila contrairement à Sikasso où nous avons trois Gynécologues obstétriciens et quatre Sages femmes.

#### # Infrastructure

- Absence de bloc opératoire autonome pour la prise en charge des urgences obstétricales dans les trois localités ;
- Absence de banque de sang dans les trois localités ;
- Sikasso possède une unité de néonatalogie contrairement à Dioila et Yanfolila.

#### # Disponibilité des kits de césarienne

Dans les trois structures, les kits de césarienne étaient disponibles en permanence.

## **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1- FREQUENCE**

La fréquence de la césarienne était 23% avant la gratuité contre 32% courant gratuité.

Il y a eu une progression du taux de césarienne de 9%. Cette différence est statistiquement significative  $P=0,000002$ . La gratuité de la césarienne pourrait être l'explication de ces différences significatives par la réduction du retard mis dans l'obtention des soins adéquats et dans certains cas le recours tardif des parturientes aux structures sanitaires.

Notre fréquence est superposable à celle trouvée par ALBRECHT [1] en Allemagne et aux Etats-Unis d'Amérique (plus de 24%).

Selon l'OMS et le fonds des Nations Unies pour la population, les césariennes doivent représenter 5 à 15% des accouchements. Le taux que nous avons trouvé pendant les deux périodes se situe au dessus de ce chiffre.

### **2- PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE**

L'incidence de la césarienne était plus élevée dans la tranche d'âge de 20 à 35 ans soit 62% avant gratuité et 64% courant gratuité suivie de la tranche supérieure à 35 ans (25% et 21%). Elle était plus faible chez les adolescents (12% et 15%).

La tranche d'âge [20 à 35 ans] est la période d'activité génitale.

L'incidence de la césarienne était plus élevée chez les femmes mariées qui représentent 92% du collectif pendant les deux périodes.

Les femmes non scolarisées sont majoritaires courant les deux périodes avec 64% avant gratuité contre 77% courant gratuité ( $\chi^2=0,00$   $P=0,945368$ ). Ces taux reflètent le bas niveau de scolarisation particulièrement celui des filles.

La majorité des patientes sont des ménagères dont 90% avant gratuité contre 72% courant gratuité. Il s'agit des zones rurales où le taux de scolarisation est bas.

### **3 SYSTEME DE REFERENCE/EVACUATION**

La majorité de nos patientes a été évacuée/référée dans 70% des cas avant gratuité et 72% courant gratuité ( $\chi^2=1,10$  ;  $P=0,293642$ ).

Notre série est superposable à celle de COULIBALY I. [8] et GUIROU B. [15] qui ont enregistré aussi une prédominance des évacuations avec respectivement 60,56% et 62,7%.

Cette prédominance des évacuations retrouvée par la plus part des auteurs maliens est attribuable à une politique nationale de santé basée sur un système de référence/évacuation dans le but de réduire la morbidité materno-infantile.

Le moyen de transport le plus utilisé pour les références/évacuations était l'ambulance avec 52% avant gratuité et 61% courant gratuité ( $\chi^2=14,47$  ;  $P=0,000142$ ).

Le RAC a été le moyen de communication le plus utilisé avec 86% d'appels par RAC avant gratuité contre 70% courant gratuité ( $\chi^2=16,92$  ;  $P=0,000039$ ).

Cette régression de l'utilisation du RAC pourrait s'expliquer par une plus grande utilisation des téléphones portables courant gratuité car les appels par téléphones ont représenté 9% avant gratuité contre 18% courant gratuité.

La fiche de référence /évacuation plus partogramme comme document d'accompagnement a diminué de 34% avant gratuité à 27% courant gratuité ( $\chi^2=3,20$  ;  $P=0,073718$ ). Différence non significative.

La dystocie mécanique a été le motif d'admission le plus fréquent avec 45% avant gratuité et 35% courant gratuité ( $\chi^2=11,97$  ;  $P=0,000542$ ).

Les diagnostics concordaient dans 38% avant gratuité et 40% courant gratuité soit une augmentation de 2% ( $\chi^2=39,96$  ;  $P=0,000000$ ). Selon le centre de santé de Dioila et Yanfolila, l'explication serait liée à un problème de formulation de diagnostic à travers une terminologie différente. Les références/évacuations étaient faites à partir d'un ou plusieurs signes cliniques.

#### **4\_ CONSULTATION PRENATALE**

Seulement 6% des patientes avant la gratuité et 18% pendant la gratuité avaient bénéficié d'au moins 4 CPN selon les normes et procédures en vigueur dans notre pays.  $\chi^2=41,87$  ;  $P=0,000000$ . Cette différence semble être liée à l'existence de nombreux facteurs de risque au cours de la grossesse amenant plus de femmes à consulter.

Ces CPN sont d'une grande importance vitale car permettent entre autres :

- .La surveillance de l'état de santé de la femme enceinte ;
- .La surveillance de la grossesse ;
- .La préparation à l'accouchement par le dépistage des dystocies et des grossesses à haut risque obstétrical.

#### **5\_ PRISE EN CHARGE**

Selon l'ensemble des femmes prise en charge chirurgicalement, la césarienne a représenté 87% avant gratuité et 79% courant gratuité. Les indications des césariennes ont été, pour les plus fréquentes, celles trouvées par plusieurs auteurs [7, 17, 25] : les dystocies mécaniques avec 62% avant gratuité et 56% courant gratuité ( $\chi^2=7,28$   $P=0,00698$ ). Différence statistiquement significative.

La rupture utérine au cours du travail était survenue avec une fréquence de 15% avant gratuité et 11% courant gratuité. Le traitement des lésions utérines a été :

- Une hystérorraphie dans 11% avant gratuité et 17% courant gratuité ;
- Une hystérectomie fut réalisée chez 2% des patientes avant gratuité contre 4% courant gratuité.

## **6\_ SUITES OPERATOIRES**

Les interventions chirurgicales qui ont eu des suites compliquées avant la gratuité était de 5% contre 6% courant gratuité. (Khi-2=1,03 ; P=0,310788 différence statistiquement non significative).

Ces complications avaient pour nature avant et courant gratuité :

- \_ Suppuration pariétale + Septicémie (46% et 51,06%) ;
- \_ Endométrite (25% et 15%) ;
- \_ Hémorragie (15% et 9%) ;
- \_ Anémie (12% et 10%) ;
- \_ Eclampsie (2% et 4%) ;
- \_ Paludisme (0% et 11%).

## **7\_ MORTALITE MATERNELLE**

Avant la gratuité nous avons déploré 28 cas (4%) de décès maternels contre 21 cas (2%) courant gratuité. (Chi-2=7,67 ; P=0,005620) ; Cette différence significative statistiquement peut s'expliquer par la prise en charge gratuite des complications post césariennes.

Les causes étaient réparties comme suit avant et courant gratuité :

- \_ Hémorragie (24% et 17%) ;
- \_ Septicémie (21% et 28%) ;
- \_ Eclampsie (9% et 8%) ;
- \_ Anémie (12% et 14%).

Notons qu'aucun décès maternel en per opératoire n'a été enregistré au cours de notre étude.

## **8\_ MORTINATALITE ET MORTALITE NEONATALE**

Le taux de mortinatalité passe de 267,99‰ avant la gratuité à 177,42‰ courant gratuité ;  $\text{Chi-2}=24,98$  ;  $\text{P}=0,000001$ .

Cette différence marque une réduction significative de la mortinatalité.

Cela nous montre l'impact de la gratuité de la césarienne sur la mortinatalité.

Cependant l'amélioration du système de référence et de la qualité des CPN reste nécessaire pour accroître ces résultats.

La mortalité néonatale était de 111,27‰ avant gratuité contre 49,89‰ courant gratuité ;  $\text{Chi-2}=20,47$   $\text{P}=0,000006$ .

Cette différence marque aussi une réduction significative de la mortalité néonatale avec l'avènement de la gratuité de la césarienne. Ces taux pourraient encore être réduits s'il existait des kits gratuits de prise en charge des nouveaux nés.



## **CONCLUSION**

Notre étude est une synthèse portant sur l'impact de la gratuité de la césarienne effectuée dans les cercles de : Dioila, Sikasso et Yanfolila. Elle a porté sur 2306 cas de césarienne. L'analyse des résultats a permis :

- D'établir les forces et faiblesses au niveau du système de référence/évacuation, du personnel, des infrastructures et de la disponibilité des kits de césarienne.

- D'apprécier l'impact de la césarienne gratuite sur la mortalité maternelle et néonatale dans les cercles de Dioila, Sikasso et Yanfolila.

Au terme de notre étude on peut retenir que le taux de césarienne a augmenté de 9% avec la gratuité (différence statistiquement significative).

Cette gratuité de la césarienne a permis la réduction :

- Du taux de rupture utérine (15% avant la gratuité et 11% courant gratuité).
- Du taux de mortalité maternelle qui est passé de 2721 à 1644 décès pour 100000 naissances vivantes.
- Du taux de mortalité périnatale qui est passé de 347 à 248 décès pour 1000 naissances.

On peut dire que la gratuité de la césarienne est une bonne initiative prise par les autorités du pays. Elle suscite beaucoup d'espoirs quant à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Cet objectif principal de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ne serait atteint que si seulement si la gratuité est couplée à un système de référence/évacuation bien réussi.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de cette étude les problèmes rencontrés suscitent des recommandations à l'endroit :

### **1- Des femmes enceintes :**

- Respecter les rendez vous pour les CPN ;
- Consulter immédiatement au centre de santé devant les signes anormaux au cours de grossesse ;
- Eviter les accouchements non assistés ;
- Préparer l'accouchement.

### **2- Du personnel des structures périphériques (CSCOM) :**

- Référer ou évacuer à temps et selon les normes ;
- Utiliser les partogrammes et les supports de référence/évacuation ;
- Effectué des CPN de qualité.

### **3- Des responsables des ASACO :**

- Sensibiliser la population pour une utilisation optimale des services sur place au niveau des aires de santé pour que cessent des consultations de premier niveau au CSREF ;
- Informer d'avantage les populations en collaboration avec les autorités sanitaires, sur la gratuité de la césarienne afin de corriger les informations fausses concernant celle-ci.
- Sensibiliser les populations pour les dons de sang.

### **4- Du personnel socio-sanitaire des CSREF :**

- Améliorer la qualité des soins en post opératoire ;
- Faire la rétro- information des cas référés ou évacués ;
- Tenir correctement les supports et assurer régulièrement leur remplissage.

**5- Des autorités sanitaires :**

- Renforcer le plateau technique et la logistique des CSREF ;
- Assurer la disponibilité du sang par la mise en place d'une banque de sang dans les CSREF ;
- Renforcer les compétences des prestataires de soins à tous les niveaux par la formation continue pour une prise en charge efficace de la grossesse et de ses complications ;
- Doter les centres en RAC et en assurer la maintenance régulière ;
- Doter les CSREF d'ambulances fonctionnelles et bien équipées pour l'acheminement des urgences ;
- Mettre en place une unité de pédiatrie, voire de néonatalogie dans les CSREF ;
- Rendre gratuite les CPN et la prise en charge des nouveaux nés ;
- Rendre gratuite évacuation des urgences obstétricales ;
- Recruter des Gynécologues Obstétriciens et des Sages femmes pour les CSREF ;
- Construire un bloc opératoire autonome pour la prise en charge des urgences obstétricales dans les CSREF.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**1- ALBRECHT H., CHEFARZT DER FRAU EN KLINIK,  
KRANKENHAUS GERRESCHEN**

Actualités obstétricales.

Journal Sandoz des Sciences Médicales 1991; 31, (2) : 69-78.

**2- ALBRIGHT GA, FERGUSSON JE, JOYCE M, STEVENSON DK.**

Anesthesia in obstetrics: maternal, fetal and neonatal aspects. Second edition.  
New York: Ed. Butterworths 1986: 325-63.

**3- BENBASSA A, RACINET C, CHABERT P, MALINAS Y.**

L'hystérogrophie après césarienne segmentaire. Etude de 100 cas. Dédutions chirurgicales et obstétricales. Rev Fr Gynécol Obstét 1971 ; 66 : 95-106.

**4- BERTHE S.**

Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (approche épidémiologique). Thèse de Médecine 1983, N°9.

**5- Berthe Y.**

Pronostic fœto-maternel dans les accouchements par césarienne à propos de 218 cas enregistre au service de gyneco-obstetrique du CHU de Bouaké en un an.  
Thèse médecine : Abidjan, 1992.

**6- CARON CS.**

Complications maternelles des césariennes : Résultats d'une étude multicentrique. Thèse médecine 1986, Marseille.

**7- Cissé Brahim.**

La césarienne à la maternité de l'hôpital de Kayes à propos de 215 cas. Thèse médecine : Bamako, 2001, 37p.

**8- COULIBALY I. GAOUSSOU :**

La césarienne dans le service de gyneco-obstetrique de l'HGT de Bamako de 1992 à 1996 à propos de 3314 cas. Thèse médecine. Bamako, 1999 M-85.

**9- DE GRANDI P, KASER O.**

Les opérations césariennes. Traité d'obstétrique, Tome 2. Paris : Edition Masson 1985 : 665-705.

**10- Diallo FB, Diallo MS, Bangoura S, Diallo AB, Camara Y.**

Césarienne : Facteur de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternelle. Au centre hospitalier universitaire IGNACE DEEN de Conakry (Guinée). Médecine d'Afrique noire 1998, 45(6) ,359-363.

**11- DOUGLAS GR, STROMME WB.**

Cesarean section. Third edition. New York: Appleton century crafts 1976: 619-70.

**12- DUNN PM.**

Cesarean section and the prevention of respiratory distress syndrom of the newborn. 3<sup>rd</sup> European congress of perinatal medecine. Lausanne: Sistik Eds 1979: 138-45.

**13- ELFERINK-STINKENS PM, BRAND R, VAN HEMEL OJ.**

Trends in cesarean section rates among high-and medium-risk pregnancies int The Netherlands 1983-1992. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 59: 159-67.

**14- Enquête nationale de l'offre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Mali en 2003. Rapport.**

**15- GUIROU BOUKARY:**

Etude de la césarienne au service de gyneco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti du 1<sup>er</sup> Février 2005 au 31 Janvier 2006. Thèse médecine: Bamako: 2006: 163p:319

**16- HERSHEY DW, QUILLIGAN EJ.**

Extra-abdominal uterine exteriorization at cesarean section. Obstet Gynecol 1978; 52: 189-92.

**17- KAMINA P.**

Anatomie gynécologie et obstétricale. Paris : Maloine 1986 : 383-99.

**18- KEITA N., DIALLO M-S., IJAZY Y., BARRY M.D., TOURE B.**

Ruptures utérines. A propos de 155 cas observés à Conakry (République De Guinée).

**19- Koné A.**

Etude comparative de la césarienne classique et de la césarienne de misgaf ladach. Thèse médecine : Bamako, 2005-100P-75.

**20- LARA J. et al.**

Maternal Morbidity associated with vaginal versus caesarean delivery. Obst. gynecol. 2004, 103: 907-12.

**21- MAGNIN P.**

La césarienne en médecine humaine. Rev Fr Gynécol Obstét 1979; 74: 83-96.

**22- MEEHAN FP.**

Cesarean section-post, present and what of the future? J of Obstet and Gynecol 1988; 8: 201-5.

**23- MERGER R, LEVY J, MELCHOR J,**

Précis d'obstétrique.

Masson. Paris ; 5<sup>ème</sup> édition, 1985. 755p

**24- Ministère de la santé, Direction nationale de la santé.**

Guide pour la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne, Bamako, Août 2005.

**25- MOUNANGA M., NZOGHE P., ADJOVI J., ZINSOU R.D.**

La césarienne étude rétrospective de 274 cas.

Med Afr Noire : 1986 ; 33, (3) : 182-188.

**26- PAPIERNIK E, CABROL D, PONS JC.**

Obstétrique.

Flammarion. Paris; 1995. 1584p;

**27- PIERRE F., QUENTIN R., GOLD F.**

Infection bactérienne materno-fœtale. Editions techniques Encycl Méd Chirurg (Paris-France), Obstétrique, 5-040-C10, 1992 : 12p.

**28- POIDEVIN LO.**

The value of hystero-graphy in the prediction of cesarean section wound defects.

Am J Obstet Gynecol 1961; 81: 67-71

**29- POULAIN P., PALARIC J.C., JACQUEMARD F. et al.**

Les césariennes. Editions techniques Encycl Méd Chirurg (Paris-France), Obstétrique, 5-102-A10, 1991 : 15.

**30- PRITCHARD JA, MAC DONALD PC, GANT NF.**

Cesarean section and cesarean hysterectomy. Seventeenth edition. New York: Appleton-Century-Crofts : 1081-101.

**31- RACINET C, FAVIER M.**

La césarienne : Indications, techniques, complications. Paris : MASSON 1984.

**32- ROGER VOKAER BARRAT J, BOSSART H, LEWIN D, RENAUD R ;**

La grossesse pathologique et l'accouchement dystocique.

Traité d'obstétrique ; Masson. Paris. 1985 ; (II). 80

**33- Tégueté I.** Étude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point « G » de 1991 à 1993. À propos d'une étude de cas témoins de 1544 cas. Thèse med, Bamako 1999

**34- THOULON JM, RAUDRANT D.**

Les césariennes. Encycl Méd. Chirurg (Paris-France), Techniques Chirurgicales Uro-Gynéco, 4.2.11, 41900.



## **Fiche signalétique**

**Titre** : Etude synthétique de l'impact de la césarienne gratuite dans la prise en charge des urgences obstétricales dans les cercles de Yanfolila, Sikasso et Dioila.

**Auteur** : Seydou Abdoulaye TOURE

**Année universitaire** : 2008-2009

**Pays d'origine** : Mali

**Ville de soutenance** : Bamako

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie obstétrique, santé publique

### **Résumé** :

L'étude a porté sur 2306 césariennes. L'objectif était de faire une étude synthétique des recherches effectuées par rapport à l'impact de la césarienne gratuite sur la mortalité maternelle et néonatale dans les cercles de Yanfolila, Sikasso et Dioila. Il s'agissait d'une étude synthétique portant sur 3 thèses déjà soutenues sur la césarienne avant et courant gratuité.

Les résultats de l'étude ont montré :

- Une augmentation du taux de césarienne passant de 23% avant gratuité à 32% courant gratuité de la césarienne ;
- Une augmentation de la fréquence des références/évacuations passant de 70% avant gratuité à 72% courant gratuité ;
- Une baisse du taux de décès maternel passant de 2721 décès pour 100000 naissances avant gratuité à 1644 décès pour 100000 naissances courant gratuité de la césarienne.
- Une baisse du taux de décès péri natal passant de 347 décès pour 1000 naissances à 248 décès pour 1000 naissances

*Etude synthétique de l'impact de la césarienne gratuite dans la prise en charge des urgences obstétricales dans les cercles de Yanfolila, Sikasso et Dioila.*

**Mots clés** : Césarienne gratuite, impact, mortalité maternelle et néonatale, synthèse, Yanfolila, Sikasso et Dioila.

## **FICHE D'ENQUETE**

### I : DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Q1 : Dossier numéro /.../

Q2 : Age /.../ en années

Q3 : Statut matrimonial /... /

1 : mariée, 2 : divorcée, 3 : veuve, 4 : célibataire. 5 : autres

Q4 : Niveau de scolarité :

1 : primaire, 2 : secondaire, 3 : supérieur, 4 : non alphabétisée,

Q5 : Profession /.../

1 : ménagère ; 2 : élève, 3 : aide ménagère, 4 : vendeuse

### II : DONNEES PAR RAPPORT A LA REFERENCE/EVACUATION

Q1 : Qualification de l'agent qui évacue /réfère /.../

1 : Médecin ; 2 : TSS ; 3 : TS ; 4 : Sage femme ; 5 : IO, 6 : Matrone, 7 : autres

Q2 : Qualification de l'agent qui reçoit /.../

1 : sage femme, 2 : IO, 3 : autres ...

Q3 : Motif de référence /évacuation /.../

1 : Hémorragie, 2 : DFP, 3 : Présentation vicieuse, 4 : Placenta prævia, 5 : HRP,

6 : Eclampsie, 7 : Pré rupture ; 8 : SFA ; 9 : Rupture utérine, 10 : Dilatation

stationnaire ; 11 Procidence du cordon ; 12 : Utérus cicatriciel ; 13 : Autres

Q4 : Concordance/.../

1 : oui, 2 : non

Q5 : Mode d'admission : /.../

1 : Evacuation, 2 : Référence, 3 : Venue d'elle même

Q6 : Moyen de communication

1 : RAC, 2 : Téléphone

3 : Autre

Q7 : Moyen de transport/..../

1 : Ambulance, 2 : Moto, 3 : Vélo, 4 : Transport en commun

Q8 : Prise en charge niveau CSCOM avant la référence /évacuation

Voie veineuse 1 : oui 2 : non

Q9 : Support de référence/évacuation/...../

1 : fiche de référence /évacuation, 2 : Fiche de référence/évacuation et partogramme, 3 : Référée ou évacuée sans supports, 4 : Autres

### III : ANTECEDENTS

Q1 : Obstétricaux

Q1-1 : gestité /.... /

Q1-2 : parité /.... /

Q1-3 : Vivant /...../

Q1-4 : Décédé /.... /

Q1-5 : Avorté /.../

Q2 : Chirurgicaux :

1 Césarienne, 2 : Laparotomie, 3 : aucun

Q3 : C.P.N /...../

1 : CPN0, 2 : CPN1, 3 : CPN2, 4 : CPN3, 5 : CPN>3

### IV : PRISE EN CHARGE

Q2 : Indication de l'intervention/.../

1 Rupture utérine ; 2 : Placenta praevia ; 3 : HRP ; 4 : Eclampsie ; 5 : SFA ; 6 : Pré rupture ; 7 : Position transverse ; 8 : Bassin rétréci ; 9 : Présentation du front ; 10 : Présentation de face en mento sacré ; 11 : dilatation stationnaire ; 12 : Procidence du cordon ; 13 : Bassin limite ; 14 : Autres

Q3 : Nature de l'intervention/...../

1 : Césarienne, 2 : Hysterorraphie, 3 : Hystérectomie

## V-RESULTAT

### A- Etat du NOUVEAU NE/.../

1 : vivant ; 2 : mort né frais ; 4 : mort né macéré

### B- Etat de la MERE/.... /

1 : vivante, 2 : décédée

## VI- A LA SORTIE

### A- MERE

Q1 : Post césarienne/.../

1 : simple, 2 : complication, 3 : décès

Q2 : Si complication, nature /.../

1 : hémorragie ; 2 : infections post opératoires ; 3 : suppurations pariétales ; 4 :  
éclampsie ; 5 : anémie ; 6 : autres.....

Q3 : Si décès, cause/.../

1 : Eclampsie ; 2 : hémorragie ; 3 : infections post opératoires ; 4 : anémie ; 5 :  
autres

### B- NOUVEAU NE

Q1 : Etat /.../

1 : vivant, 2 : décédé

Q2 : Si décès, cause /.... /

1 : Détresse respiratoire ; 2 : Infection ; 3 : Indéterminée

## **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 que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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 !**

*Etude synthétique de l'impact de la césarienne gratuite dans la prise en charge des urgences obstétricales dans les cercles de Yanfolila, Sikasso et Dioila.*