

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



**UNIVERSITE DE BAMAKO**

**REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple -Un But -Une Foi**



**Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

**ANNEE ACCADEMIQUE 2009- 2010**

**N° .....**

## **Thèse**

**ETUDE DE LA CESARIENNE AVANT ET  
PENDANT LA GRATUITÉ AU CENTRE DE  
SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE KENIÈBA.**

**Présentée et soutenue publiquement, le..... /...../ 2010  
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et  
D'odontostomatologie  
PAR Mr : AMADOU DIALLO  
Pour l'obtention du grade de docteur en Médecine  
(Diplôme d'état)**

## **Jury**

**Président : Pr Salif DIAKITE**

**Membres : Dr Mahamadou TRAORE**

**Co-directeur : Dr Youssouf TRAORE**

**: Dr Mamadou BERTHE**

**Directeur de thèse : Pr SY Assitan SOW**

## **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. Et de sa science, il ne cerne rien que ce qu'il veut*

*Louange à Allah, l'Unique, et que la paix et la bénédiction d'Allah soient sur le sceau des Prophètes, sur sa famille, sur tous ses compagnons et ceux qui l'ont suivi avec charité jusqu'au jour de la Récompense.*

*Louange à Allah qui nous a facilités et assisté dans la réalisation de ce document. C'est à Lui seul que la grâce et le mérite reviennent.*

**« Seul DIEU dit vraie »**

***A mon Père : Feu Mamadou Alpha Diallo***

*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 ma Mère: Hawa Doumbia***

*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 : Idiatou Diallo***

*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 mes oncles:***

*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 grand frère : Mamadou Salif Diallo :***

*Puisse ce jour solennel être pour vous non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi de témoignage de toute mon affection et de tout mon attachement profond. Merci grand frère ; que Dieu vous garde aussi longtemps que possible.*

***A ma femme : M<sup>me</sup> Diallo Housseynatou Diallo***

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

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

***A ma fille Fanta Founé Diallo***

*Ta naissance a été un bonheur dans mon foyer*

*Que Dieu vous garde aussi longtemps que possible.*

***A mes grandes sœurs, petite sœurs et belle sœurs:***

*Maïmouna Diallo, Kadiatou Diallo, Bintou Diallo, Hawa Diallo et Mariam Diallo, Hawa Diakité.*

*Oh mes sœurs, vous avez participé à toutes les étapes de mon éducation de façon exponentielle tout sur le plan matériel, moral et financier.*

*J'ai appris de vous l'honneur, la modestie, la générosité surtout le respect de soi, et l'amour du proche, qualités dont j'ai bénéficié tout au long de mes études. En m'inclinant devant vous eu signe de reconnaissance et dévouement, je vous présente mes excuses pour tout le mal liée a mon âge et mon orgueil, que vous avez dû subir et demande vos bénédictions qui m'ont jamais fait défaut. Ce travail est un modeste hommage à vos sacrifices.*

***A mes petits frères, petites sœurs, neveux, nièces :***

*Les études m'ont précocement éloigné de vous, m'empêchant ainsi de participer activement à votre éducation. Mais sache que je n'ai jamais cessé de penser à vous et de vous porter chaudement dans mon cœur.*

**A tous mes maîtres des écoles fondamentale et secondaire ;  
A tous mes maîtres de la faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odonto-stomatologie de l'Université de Bamako :**

Pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation. Hommages respectueux.

**A Docteur Berthe Mamadou:** Médecin chef a compétence chirurgicale

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre sacrifice en vous rendant disponible. Homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute des autres. Les mots nous manquent pour vous remercier à la dimension de votre engagement pour notre bonne formation.

Acceptez notre reconnaissance à vie et entière disponibilité.

**A Docteur Coulibaly Souleymane :** Médecin chef Adjoint, chargé VIH sida

Votre sociabilité fait de vous plus qu'un chef pour moi, mais un grand frère exemplaire. Comptez sur ma disponibilité, merci infiniment.

**A Docteur Ly Bocar Médecin Généraliste a compétence chirurgicale**

Vous faites preuve d'une volonté et d'une facilité de transmission de vos connaissances. Ces quelques temps passés à vos côtés en témoignent, et je tiens à vous gratifier de tout l'enseignement scientifique et social que nous avons pu recevoir à travers votre riche expérience.

Votre rigueur et votre amour du travail bien fait, mais également votre amour du prochain sera pour nous une source d'inspiration.

**A Docteur Doumbia Boubacar :**

Merci pour tout ceux que tu ma fait

**A la sage femme maîtresse du CS Réf** pour m'avoir aidé et facilité la collecte des données, merci à toute la maternité.

**A mon ami Tiéting Diarra**

L'heure est venue de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi au moment opportun. Trouvez ici l'expression de toute ma profonde gratitude.

**A mes collègues et camarades**

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

**A mes chers cousins et cousines**

*Merci du fond du cœur ; vos soutiens ont toujours porté fruit. Bon courage pour le combat qui nous attend tous !*

***A mes amis*** Amadou N'Diaye, Adama Diarra, Fassambou Keita, Sékou Sissoko PH3 FMPOS :

*Si l'amitié était héréditaire nos enfants porteront la tare. L'enfance voire la jeunesse est une étape aussi importante que difficile dans la vie d'un homme.*

*Certes le chemin parcouru a été long et pénible, parfois avec ses corollaires de désespoir, cependant nous ne le regrettons point.*

*J'espère que la conduite sociale dont nous avons reçue des parents, nous servira de meilleur guide pratique dans notre vie active.*

*Qu'Allah, le tout puissant nous assiste et nous protège contre les méfaits de nos propre excès, Amen.*

***A tous les malades ;*** pensées profondes, respects et entière disponibilité.

***A mon tuteur*** Fodé Sissoko et sa famille à Kayes

*A tous les étudiants ressortissants du cercle de Kénièba*

***A mon grand et beau pays le Mali*** pour tout ce que tu nous as donné, soit rassuré de notre présence au rendez-vous de l'honneur.

***A tous ceux qui n'ont pas retrouvé leurs noms ici, à savoir que nul n'est indispensable mais tout est important.***

## **A notre maître et président du jury**

### **Professeur SALIF DIAKITE**

- *Gynécologue obstétricien*
- *Professeur Honoraire de Gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) de l'université de Bamako ;*
- *Praticien infatigable*

#### **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**

- *Doctorat d'état en Médecine et d'un certificat d'aptitude à l'exercice de la profession de Médecine de l'université "Martin Luther de Halle-Wittenberg" en ex RDA ;*
- *Diplômé de Maitrise en santé publique (Master of public Health) à l'institut Régional de santé publique d'Ouidah au Bénin ;*
- *Point focal « Gratuité de la césarienne » à la Division santé de la reproduction de la direction Nation 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**

### **Docteur YOUSOUF TRAORE**

- *Gynécologue Obstétricien au Centre hospitalier Universitaire du Gabriel Touré ;*
- *Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie et Obstétrique ;*
- *Maitre assistant en Gynécologie et Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.*

#### **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 maître.*

*Votre simplicité, votre pragmatisme et votre exigence pour le travail bien fait, ont fait de vous un maître remarquable et admiré de tous.*

*Vous avez l'exceptionnelle qualité de sécuriser un étudiant. Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.*

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

• **A notre maître et directeur de thèse**

**Pr SY ASSITAN SOW :**

- *Professeur Honoraire de gynécologie et d'Obstétrique à la faculté de Médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie de l'université de Bamako ;*
- *Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique(S.O.M.A.G.O) ;*
- *Chevalier de l'Ordre National de la Santé.*

**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.*

*Femme de science que vous êtes, vous avez cultivé en nous la rigueur, l'honnêteté, la persévérance et du travail bien fait.*

*« Tantie » ; c'est le jour pour nous (la cité du rail et la falaise de tamboura) de vous avouer toute notre joie notre fierté et très heureux d'être comptés parmi vos disciples.*

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

## **ABREVIATIONS**

**BDCF** : **B**ruits **D**u **C**œur **F**œtal

**BGR** : **B**assin **G**énéralement **R**étréci

**Cm** : Centimètre

**CPN** : **C**onsultation **P**réinatale

**CU** : **C**ontraction **U**térine

**CUD** : **C**ontractions **U**térines **D**ouloureuses

**CSCom** : **C**entre de **S**anté **C**ommunautaire

**CSRéf** : **C**entre de **S**anté de **R**éférence

**DFP** : **D**isproportion **F**œto-**P**elvienne

**EDSM** : **E**nquête **D**émographique de **S**anté au **M**ali

**F** : **F**éminin

**G** : **G**ramme

**GEU** : **G**rossesse **E**xtra-**U**térine

**HRP** : **H**ématome **R**étro-**P**lacentaire

**HTA** : **H**ypertension **A**rtérielle

**HU** : **H**auteur **U**térine

**IMSO** : **I**ncision **M**édiane **S**ous **O**mbilicale

**M** : **M**asculin

**Min** : **M**inute

**OMS** : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

**Op.** : **O**pératoire

**PC** : **P**érimètre **C**rânien

**PEV** : **P**rogramme **E**largie de **V**accination

**RAC** : **R**éseau **A**ministratif de **C**ommunication

**SA** : **S**emaine d'**A**ménorrhée

**SOU** : **S**oins **O**bstétricaux d'**U**rgences

**TA** : **T**ension **A**rtérielle

## **I. INTRODUCTION :**

La césarienne est un acte chirurgical qui, pratiqué dans de bonnes conditions contribue hautement à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le but ultime d'une césarienne est de sauver la vie de la femme enceinte pour laquelle une indication est prescrite et ou celle de l'enfant [3].

*Dans le monde*, on estime qu'environ 529.000 femmes meurent annuellement des suites de la grossesse et de l'accouchement.

Approximativement la moitié de ces décès surviennent en Afrique, continent dont la population est estimée à 850 millions.

L'Afrique constitue seulement 13,5% de la population mondiale et 23,5% des naissances globales [5].

L'Afrique occidentale est la région qui enregistre un taux de mortalité maternelle le plus élevé. Il est estimé à 1020 décès pour 100000 naissances vivantes [9]. Cette situation est due à une faible couverture des besoins en santé maternelle.

Les ressources sont limitées pour couvrir tous les besoins obstétricaux. La mortalité maternelle et néonatale reste un problème très préoccupant. La prise en charge rapide peut influencer ce pronostic alors que les conditions socio- économiques de la plupart de nos populations ne permettent pas de l'assurer en général.

Selon EDS-IV en 2006, la mortalité maternelle est de 464 pour 100000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale est de 46 pour 1000 [8].

Les initiatives auxquelles le Mali adhère ont été proposées à l'échelle du continent Africain. Il s'agit entre autres :

- De l'initiative << vision 2010 >> pour une réduction de 50% d'ici 2010 de la mortalité maternelle et néonatale lancée à Bamako avec

l'engagement des premières dames de l'Afrique de l'Ouest et du centre et la participation de différents partenaires ;

- De la feuille de route de l'O.M.S. lancée par l'union Africaine et des différents partenaires pour guider les gouvernements des états membres afin d'accélérer la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement relatif à la santé maternelle et néonatale (3/4 des décès maternels et 2/3 des décès infantiles pour l'horizon 2015).

En ce qui concerne le Mali, **[6]** malgré la mise en œuvre des stratégies comme :

- ✓ L'organisation du système de référence / évacuation pour permettre la prise en charge des urgences obstétricales
- ✓ L'approche des besoins obstétricaux non couverts
- ✓ Le programme des soins obstétricaux d'urgence

Les différentes enquêtes et évaluations **[19]** ont relevé des difficultés parmi lesquelles :

- ✓ Le recours tardif des parturientes aux structures de soins entraînant un taux élevé de mortalité maternelle et périnatale
- ✓ Le retard mis dans l'obtention des soins adéquats au niveau des structures
- ✓ L'insuffisance et l'instabilité du personnel qualifié.

Ces difficultés expliquent le niveau actuel des indicateurs qui restent toujours en deçà des attentes **[12]** :

- ✓ Taux de césarienne bas : 0.8% au niveau des structures de soins obstétricaux d'urgence pour des taux de 5 – 15% comme indicateur des Nations – Unies.
- ✓ Le taux des besoins obstétricaux non couverts reste élevé : 43,6%.

Ainsi, à la date du 23 juin 2005, le gouvernement du Mali a institué la prise en charge gratuite de la césarienne par le décret No 05-350-PRM dans les établissements publics hospitaliers, les centres de santé de référence de cercles, de communes du District de Bamako et les établissements du service de santé des armées. L'objectif de cette initiative est de rendre accessible la césarienne à toutes les femmes enceintes pour

lesquelles une indication de césarienne est posée, réduire les trois retards qui posent problème aux soins rapides à savoir :

- ✓ Le retard mis par la parturiente à se décider à solliciter les soins.
- ✓ Le retard mis par le CSCom pour évacuer.
- ✓ Le retard mis dans l'obtention de soins adéquats au niveau du centre.

Cette initiative contribue à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

C'est devant ces faits ci - dessus évoqués qu'il nous a paru intéressant d'initier une étude de la césarienne en zone rurale notamment à Kéniéba qui est l'un des cercles le plus enclavé du Mali.

Situé au sud-ouest de la région de kayes, le cercle couvre une superficie de 1700 km<sup>2</sup> avec un relief très accidenté, traversé par une chaîne montagneuse, le tamboura qui va du sud au nord, divise ainsi le pays en deux zones distinctes : une zone montagneuse et une zone plaine arrosée par la Falémé.

Avec la décentralisation, il a été divisé en 12 communes, dont 6 en zones montagneuses et 6 dans la plaine.

Les routes intercommunales, particulièrement dans la partie montagneuse, sont des pistes impraticables surtout pendant l'hivernage.

Les moyens de communication se composent de rac au niveau des communes, de réseaux téléphoniques, souvent perturbés par le relief. La chaîne de montagne fait écran pour la couverture télévisuelle, et empêche la télévision d'aller au delà de 30 km. Il compte une seule radio rurale et une privée, qui n'arrivent pas à couvrir l'ensemble du cercle à cause du relief.

Vu tous ces facteurs d'enclavement du cercle, le système d'évacuation des femmes en travail vers le Cs réf pose des sérieux problèmes et met en danger le pronostic materno-fœtal.

Par ailleurs, l'économie du cercle est basée uniquement sur l'agriculture et l'orpaillage. Ces activités rendent le pouvoir d'achat du paysan, surtout de la montagne, très aléatoire.

Ainsi les évacuations sont parfois difficiles voire impossible. Le retard mis dans la recherche des moyens pour évacuer la femme vers le Cs réf concourent également à faire souffrir les femmes en travail et met en danger le pronostic materno-foetal.

Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

## **II. OBJECTIFS :**

### **Objectif General :**

- ✓ Etudier la césarienne avant et pendant la gratuité dans notre service.

### **Objectifs spécifiques :**

- ✓ Déterminer la prévalence de la césarienne avant et pendant la gratuité
- ✓ Donner les indications de la césarienne

- ✓ Déterminer le pronostic materno-foetal avant et pendant la gratuité

### **III. GENERALITES :**

#### **1 – Historique de la césarienne :**

La césarienne a une histoire assez polymorphe tant dans l'origine du mot que dans l'évolution de l'intervention.

L'ancienneté de cette intervention lui attribue un caractère légendaire, souvent mythique. Les noms d'INDRA, de BOUDDHA, de DIONYSOS, d'ESCUAPE etc. ..., lui sont rattachés. Ce mode d'accouchement est synonyme de puissance, de divinité ou de royauté. L'association de l'intervention à cette mythologie crée un terrain de discussion quant à

l'origine du mot, bien qu'elle dériverait étymologiquement du latin «CAEDERE» = Couper [10].

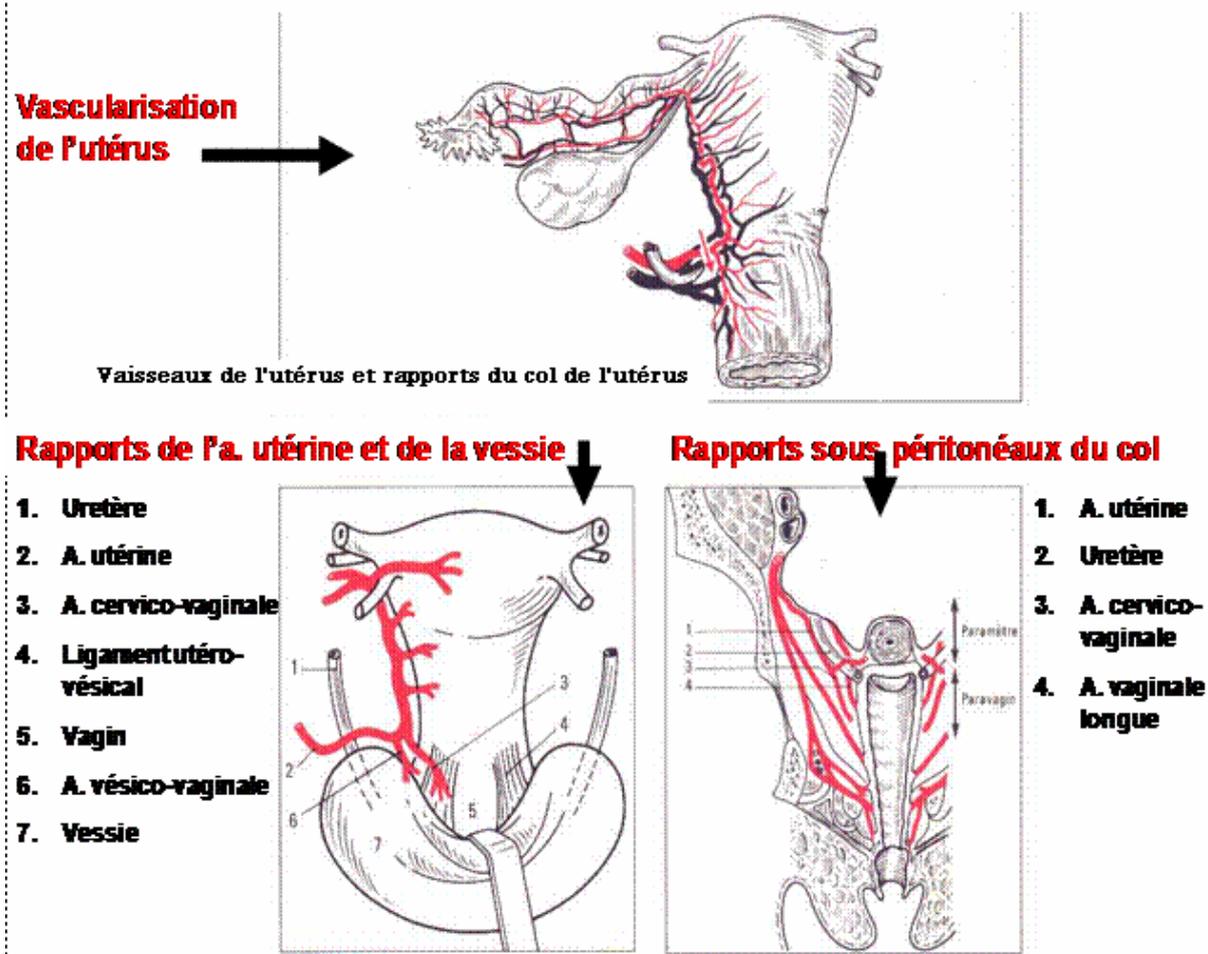
Après cette période légendaire, la seconde étape de la césarienne dure environ trois siècles de 1500 à 1800, durant lesquels, elle apparaît comme un véritable pis-aller à cause de l'incertitude qui la caractérisait.

**Les faits marquants de cette période :**

- **1500** : Jacob NÜFER, châtreur de porc, suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.
- **1721** : **MAURICEAU**, comme **AMBROISE PARE** dans un second temps, condamne la césarienne en ces termes : « lettre pernicieuse, pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi fatale de la femme.
- **1908** : **PFANNENSTIEL** proposa l'incision pariétale transversale qui avait déjà été évoquée par certains anciens.
- **1994** techniques de **MISGAV LADACH** proposée par **MICHAEL STARK**.
- **2. Rappels anatomiques** : En matière de césarienne, deux éléments méritent d'être étayés. Il s'agit de :
  - L'utérus parce que c'est l'organe sur lequel s'effectue la césarienne
  - Et de la filière pelvi-génitale dont beaucoup de facteurs peuvent être à l'origine des indications de césarienne.

**2-1 La vascularisation de l'utérus : Figure 1**

- **Artérielle** : elle est assurée par l'artère utérine qui naît de l'artère iliaque interne
- **Veineuse** : qui se divise en deux voies veineuses, une principale et l'autre accessoire
- **Lymphatique** : se draine surtout le long des vaisseaux lombo-ovariens pour aller dans les ganglions latéro-aortiques.



**Figure 1** : Vascularisation de l'utérus : In Kamina P. [7]

**Nous allons vous d'écrire l'utérus gravide**

**2-2 L'utérus gravide :**

Au cours de la grossesse, l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa forme, ses propriétés physiologiques et sa réactivité. L'utérus est pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du 2<sup>e</sup> mois puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xyphoïde.

<b>Volume :</b>	<b>Hauteur</b>	<b>Largeur</b>
○ A la fin du 3 <sup>e</sup> mois : —————→	<b>13 cm</b>	<b>10 cm</b>
○ A la fin du 6 <sup>e</sup> mois : —————→	<b>24 cm</b>	<b>16 cm</b>
○ A terme : —————→	<b>32 cm</b>	<b>22 cm</b>
○ A terme l'utérus pèse environ 900 à 1200 g, sa capacité est de 4 à 5 litres.		

Le col utérin se relâche, devient mou, plus ou moins effacé ou dilaté, partiellement intra vaginal, pauvre en éléments musculaires.

Les artères et les veines augmentent de calibre et de longueur et deviennent sinueuses.

Si toutes ces modifications sont nécessaires au bon déroulement soit de la grossesse, soit de l'accouchement. D'une manière générale, une cependant a un intérêt particulier dans la césarienne : c'est la modification morphologique avec l'apparition au dernier trimestre de la grossesse du segment inférieur qui constitue avec le corps et le col les trois parties de l'utérus gravide. Sauf cas particuliers, tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que l'incision de la césarienne doit porter sur le segment inférieur. « Ce n'est pas une entité anatomique définie » selon **LACOMME [13]**. Son origine, ses limites, sa structure faisant l'objet de discussion entre les auteurs, nous nous limiterons à rappeler ses rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications per-opératoires :

- **En avant** : le péritoine vesico-utérin épaissi par l'inhibition gravidique et facilement décollable, la vessie, qui, même vide reste au-dessus du pubis. Elle est décollable et peut être refoulée vers le bas.
- **Latéralement** : la gaine hypogastrique contenant les vaisseaux utérins, croisés par l'uretère
- **En arrière** : -c'est le cul-de-sac du Douglas séparant le segment inférieur du rectum et du promontoire

**3 Rappels anatomiques du bassin osseux** : le canal pelvi-génital, Il comprend 2 éléments :

- Le bassin
- Le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée.

**3-1 Le bassin** : C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs ; constitué par les 2 os iliaques en avant et latéralement, et par le rectum et le coccyx en arrière. Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison nous ne décrivons ici que le petit bassin.

Celui-ci est formé de 2 orifices supérieur et inférieur séparés par une excavation.

**3-2 Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur :** C'est le plan d'engagement du fœtus, séparant le petit bassin du grand bassin. Il est formé par :

- En avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.
- De chaque côté les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés
- En arrière : le promontoire.

Diamètre du détroit supérieur :

➤ Diamètres antéropostérieurs:

- Promonto-sus pubien = **11 cm**
- Promonto-retro pubien = **10,5 cm**
- Promonto-sous-pubien = **12 cm.**

➤ Diamètres obliques : allant de l'éminence iliopectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12 cm. Ils sont d'une importance capitale dans l'appréciation du bassin asymétrique.

➤ Diamètres transversaux : le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 13 cm.

➤ Diamètres sacro-cotyloïdiens : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurant chacun 9cm. Il est très important dans le bassin asymétrique.

**3-3 L'excavation pelvienne :** « Elle a la forme d'un tronc de tore » dont le grand axe de l'orifice supérieur est transversal et celui de l'orifice inférieur est antéropostérieur. Ses limites sont :

- **En avant** : face postérieure de la symphyse pubienne et des corps du pubis
- **En arrière** : face antérieure du sacrum et du coccyx
- **Latéralement** : face quadrilatérale des os iliaques

L'excavation est le lieu de descente et de rotation du fœtus.

**3-4 Le détroit inférieur ou l'orifice inférieur :** Il constitue le plan de dégagement du fœtus. Il est limité par :

- En avant : le bord inférieur de la symphyse pubienne
- En arrière : le coccyx
- Latéralement : d'avant en arrière :
  - Le bord inférieur des branches ischio pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques
  - Le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

**Diamètre du détroit inférieur :**

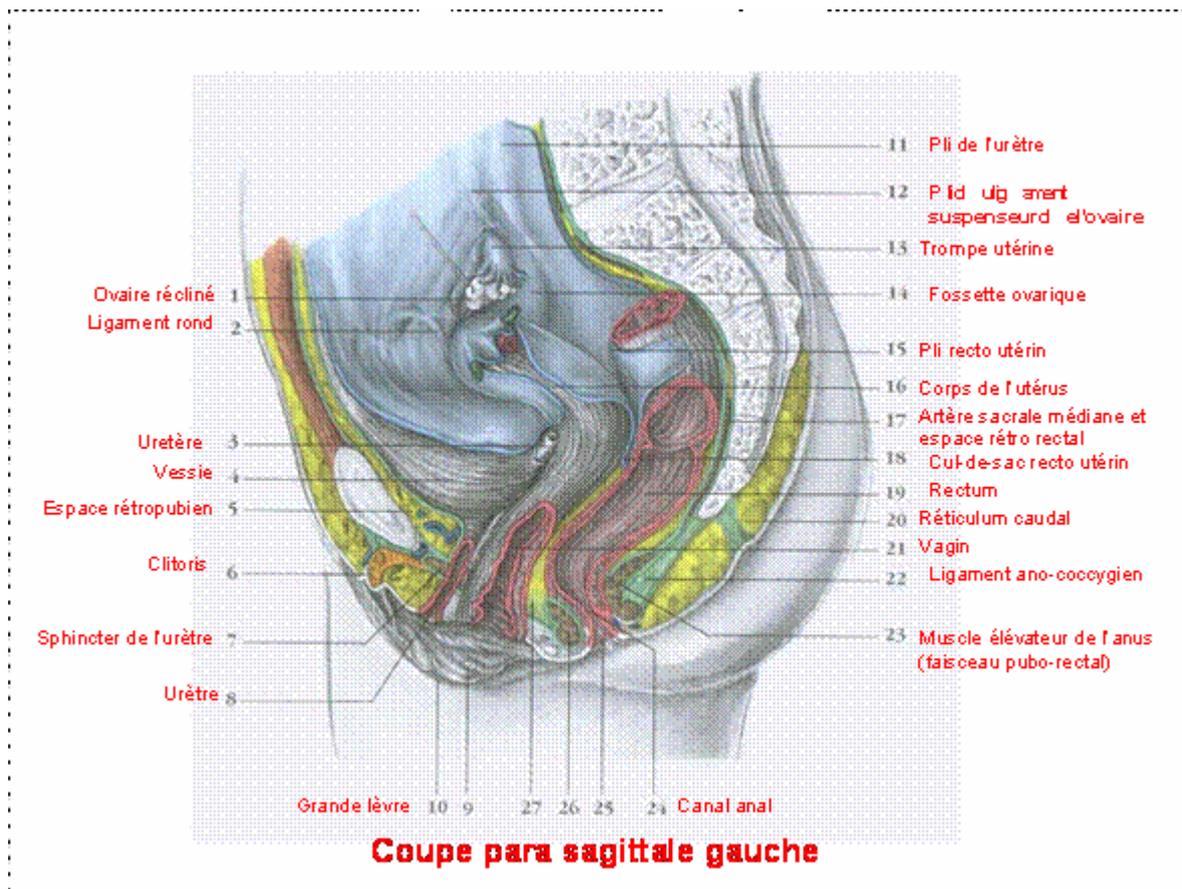
- Le diamètre sous-coccyx-sous-pubien : **9,5cm** mais, peut atteindre **11 à 12cm** en retro pulsion ;
- Le diamètre sous-sacro-sous-pubien : allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de **11cm**.

Tels sont là les différents éléments constitutifs du bassin obstétrical normal. Nous ne nous aventurerions pas dans les variations morphologiques explicitées par **CALDWELL** et **MOLOY, THOMS** et autres...Nous rappelons seulement que la modification, surtout la diminution prononcée, isolée ou globale des diamètres surtout au détroit supérieur constitue des obstacles à la progression du mobile foetal faisant recourir à la césarienne.

**3-5 Le diaphragme pelvi-génital : (Figure 2)** C'est un ensemble musculo-aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne. C'est le périnée anatomique. Il se divise en :

- Périnée postérieur qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus et en arrière un ensemble musculaire se joignant sur le raphé ano-coccygien.
- Le périnée antérieur qui comprend les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires et le moyen fibreux central.

Il faut surtout retenir que les importants délabrements périnéaux réparés peuvent conduire à la césarienne car l'accouchement par voie basse risque de produire des lésions.



**Figure 2** Rappel anatomique du pelvis et du périnée In Kamina P [7]

**4 Définition :** La césarienne est une intervention permettant l'extraction du fœtus et de ses annexes après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie trans-abdominale rarement par voie vaginale.

**4-1 Fréquence :** En augmentation régulière depuis le début du siècle, la fréquence des opérations césariennes s'est maintenant stabilisée pour la plupart des auteurs entre 5 et 14%. Les grandes variations des chiffres fournis par la littérature dépendent essentiellement du degré de risque des effectifs analysés ainsi que des attitudes et des options particulières de chaque obstétricien ou école obstétricale.

**4-2 Indications et évolutions :**

**4-2-1. Indications :** Comme nous l'avons déjà signalé, les indications de la césarienne sont actuellement très nombreuses. Ceci est dû à plusieurs facteurs.

La fréquence des indications pose alors des difficultés de classification. Celle-ci peut se faire selon la chronologie par rapport au début du travail, selon l'intérêt maternel, fœtal ou mixte...

Aucune ne fait certes l'unanimité mais on sait qu'une césarienne repose sur l'association d'indications relatives, c'est à dire sur un faisceau d'arguments.

Nous adopterons la classification suivante :

#### **4-2-2 Les dystocies mécaniques :**

➤ **Les disproportions fœto-pelviennes** : Cette notion renferme en réalité 2 entités nosologiques distinctes : il s'agit soit d'une étroitesse du canal pelvi-génital, soit d'un excès de volume du fœtus ; l'une ou l'autre constituant une entrave à la progression du mobile fœtal. La pelvimétrie associée à l'échographie permet la réalisation du diagramme de MAGNIN, très important dans le pronostic de la traversée par le fœtus de la filière pelvienne. Les principales étiologies des dystocies qui en résultent sont :

- **Bassin ostéo malacique** : l'ostéomalacie réalise une déminéralisation osseuse diffuse le bassin atteint est déformé avec enfoncement du sacrum entre les 2 os iliaques ;
- **Bassin traumatique avec gros cal**
- **Bassin de forte asymétrie**, congénitale ou acquise
- **Les bassins généralement rétrécis** : tous les diamètres sont réduits. Le bassin est complètement exploré à l'examen clinique ou toucher vaginal.
- **Bassin « limite »** : au toucher vaginal le promontoire est atteint. Dans la grande majorité des cas, la césarienne n'est indiquée qu'après l'échec de l'épreuve du travail de l'accouchement ou s'il y a autres facteurs associés.
- **Excès de volume fœtal** : il peut être global, c'est le gros fœtus dont le poids est supérieur à 4kg ou isolé le cas le plus fréquent étant l'hydrocéphalie.
  
- **Les obstacles prævia** :
  - Kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabant dans le douglas
  - Placenta prævia recouvrant

➤ **Les présentations dystociques :**

- **La présentation de l'épaule :** c'est la présentation transversale où la tête du fœtus se trouve dans un flanc.
- **La présentation du front :** la variété frontale est la plus dystocique : les repères sont les yeux, la racine du nez.
- **La présentation de face :** le repère est le menton. C'est la variété menton-sacrée qui est la plus dystocique.
- **La présentation du siège :** dans la majorité des cas, ne conduit à la césarienne que lorsqu'il s'associe à d'autres facteurs. Longtemps considérée comme une présentation eutocique, le siège est aujourd'hui considéré par certains auteurs comme « potentiellement dystocique ».

**4-2-3 Les dystocies dynamiques :** Les dystocies dynamiques pures sont actuellement rares du fait de la meilleure connaissance de leur physiologie et de la thérapeutique adéquate qu'on y oppose. Il faut cependant avoir à l'esprit que l'arrêt de la dilatation au cours du travail d'accouchement peut être la traduction d'une dystocie mécanique parfois difficile à cerner.

**4-2-4 Les indications maternelles :**

- ❖ **La présence d'une cicatrice utérine :** Elle pose le problème de sa solidité et de sa résistance qui est variable selon le moment où la césarienne a été effectuée ou selon qu'elle soit segmentaire ou corporelle.
- ❖ Un antécédent de césarienne conduit à une nouvelle césarienne lorsque la cause persiste. Parfois, après vérification de l'état de la cicatrice par l'hystérosalpingographie, lorsqu'elle est suspectée, on tentera l'épreuve sur cicatrice. Cette épreuve doit être abandonnée en cas d'apparition de souffrance fœtale, de signes de pré-rupture, d'arrêt de la dilatation ou de baisse de la pression intra-cavitaire au cathétérisme intra-utérin.

Les utérus bi-cicatriciels ou plus imposent la césarienne.

Les cicatrices des sutures utérines pratiquées en dehors de la grossesse (myomectomie, hystéroplastie, etc....) sont en général de bonne qualité mais les circonstances dans lesquelles elles sont effectuées imposent parfois la césarienne prophylactique.

- ❖ **Les malformations génitales :** Elles peuvent conduire ou non à la césarienne selon le contexte. Mais il faut savoir qu'elles peuvent être

découvertes au cours d'une césarienne pour dystocies dynamique ou mécanique.

#### **4-2-5 Indications liées aux annexes fœtales :**

- Le placenta prævia conduit à la césarienne dans 2 circonstances : soit parce qu'il est recouvrant, soit parce qu'il est hémorragique.
- L'hématome retro-placentaire dans sa forme dramatique conduit à la césarienne
- Procidence du cordon battant

#### **4-2-6 Pathologies gravidiques :**

##### **❖ Maladies préexistantes aggravées :**

- **HTA (2 à 9% selon la littérature)** : elle impose la césarienne en urgence lors des accidents aigus qui mettent en jeu la vie du fœtus et de la mère : éclampsie, hématome retro-placentaire. Par ailleurs, la gravité de l'atteinte maternelle et l'hypotrophie fœtale sévère, les souffrances fœtales chroniques associées à une souffrance fœtale aiguë peuvent conduire à la césarienne.
- **Cardiopathie sur grossesse** reste une indication formelle de césarienne, même si l'intervention reste dangereuse.
- **Diabète** : l'intervention est décidée aux alentours de la 37<sup>e</sup> S.A. dans un but préventif de sauvegarde fœtale. De nos jours toutes les parturientes diabétiques ne sont pas systématiquement césarisées.

##### **❖ Autres affections :**

- Les antécédents cérébraux vasculaires ou tumoraux
- Les cancers du col constituant un obstacle prævia
- L'ictère avec souffrance fœtale
- Troubles respiratoires avec hypoventilation

Cette liste n'est pas exhaustive. De nombreuses indications circonstanciées existent.

- ❖ **L'allo-immunisation fœto-maternelle** : la césarienne est indiquée dans les cas d'atteinte grave et l'accouchement est le plus souvent prématuré. Le diagramme de Lilley est d'un apport utile.

**4-2-7 La souffrance fœtale** : C'est la première indication pour beaucoup d'auteurs. Elle peut être aiguë ou chronique. Sa fréquence selon la

littérature varie de 20 à 25%. Elle est l'une des causes de la hausse du taux des césariennes dans le monde. On la rencontre en général dans le cadre d'une pathologie materno-fœtale.

La souffrance fœtale chronique s'observe généralement dans les pathologies avec retard de croissance intra utérin et les dépassements de terme.

La souffrance fœtale aiguë survient au cours du travail d'accouchement. Elle peut survenir sur une souffrance fœtale chronique : alors redoutable ; ou être la résultante d'une mauvaise conduite du travail.

Le diagnostic de la souffrance fœtale se fait par l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et par la mesure du potentiel hydrogène intra utérin (PH).

#### **4-2-8 Autres indications fœtales :**

##### **❖ Malformations fœtales :**

Elles n'imposent la césarienne que lorsqu'elles sont compatibles avec la vie (curable chirurgicalement) et lorsque la voie basse menace la vie du fœtus.

##### **❖ Prématurités :**

Elles ne sont pas une indication de césarienne en elles-mêmes mais les facteurs associés l'imposent souvent dans l'intérêt du fœtus.

##### **❖ Grossesses multiples :**

• **Grossesses gémellaires** : en l'absence d'une souffrance fœtale chronique du premier jumeau qui conduit à la césarienne, les télescopages entre les jumeaux et les mauvaises présentations du deuxième jumeau risquant d'entraîner des traumatismes en cas de manœuvre de version, imposent aussi la césarienne.

• **Grossesses multiples** : (plus de 2 fœtus)

Dans la majorité des cas la femme accouche par césarienne.

❖ **Enfant précieux** : sans hiérarchisation de la valeur des enfants, cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.

La faible fécondité des naissances programmées, l'existence de pathologie maternelle limitant les possibilités de grossesse exigent de minimiser les traumatismes obstétricaux dans leurs répercussions fœtales en terminant la grossesse par une césarienne.

❖ **la césarienne post-mortem** : Elle repose sur certains principes édictés par **DUMONT [12]** :

- Grossesse d'au moins 28-29 semaines ;
- BDCF présents avant l'intervention ;
- Le délai est d'au plus 20 mn après le décès maternel ;
- La réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la fin de l'intervention.

**4-2-9 La césarienne vaginale** : Elle s'effectue exclusivement sur les prématurés pour lever l'obstacle cervical chez les femmes menacées par une pathologie grave et surtout en l'absence d'une dystocie mécanique.

**5 Evolution des indications** : Les indications de la césarienne ont beaucoup évolué, et l'évolution n'est certainement pas terminée. D'abord destinée à éviter un obstacle prævia ou à triompher d'une anomalie irréductible de la dilatation du col, elle a nécessairement perdu du terrain dans un domaine où la pathologie est devenue à la fois plus rare et moins grave. En revanche d'autres indications se sont multipliées, en particulier les indications d'ordre médical et plus encore celles qui tiennent aux fœtus. La pensée constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxies ou de traumatisme, le rend beaucoup plus large sur les indications. Il faut noter que deux éléments sont venus modifier la situation antérieure : d'une part les raisons médicales amenant le plus souvent à terminer la grossesse chirurgicalement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant ; d'autre part, une meilleure connaissance de l'état global liée à la surveillance instrumentale entraîne l'augmentation des interventions obstétricales tant au cours de la grossesse que pendant le travail d'accouchement.

La décision d'intervenir par césarienne sera fondée sur des indications toujours plus précises et plus critiques établies à la lumière d'une approche pluridisciplinaire, impliquant non seulement l'expérience de l'obstétricien, mais encore les compétences de l'anesthésiste et du néonatalogue grâce à l'introduction en obstétrique de moyen diagnostic, biochimique et biophysique modernes. L'évaluation du risque foetal s'est considérablement affinée tout en revêtant d'une signification prospective

de plus en plus nette. Il s'en suit que l'obstétricien s'est trouvé conduit à repenser l'ensemble des indications des opérations obstétricales et notamment des césariennes.

Un compromis à risque minimal sera ainsi adopté à chaque situation particulière dans le but de ménager en mieux la santé de la mère et de l'enfant.

## **6 LA BOÎTE DE CÉSARIENNE**

La césarienne nécessite un équipement chirurgical complet en milieu hospitalier, car elle peut à tout moment provoquer des difficultés ou des complications très graves pour la mère ou l'enfant.

La boîte de césarienne comprend :

- Deux valves de doyen ;
- Un écarteur de Cotte ou de Ricard de taille moyenne avec trois jeux de valves selon l'épaisseur de la patiente ;
- Deux écarteurs de Faraboeuf ;
- Une aiguille de Reverdin ;
- Un bistouri n°4 court ;
- Un porte-aiguille de Mayo-Hegar de 20cm ;
- Une paire de ciseaux de Metzenbaum de 23cm ;
- Une paire de ciseaux de Mayo courbes de 18cm ;
- Une paire de ciseaux à fil à bout rond ;
- Une pince à disséquer à griffes de 20cm ;
- Une pince à disséquer sans griffe de 20cm ;
- Une pince à disséquer de Resano ou Barraya de 25cm ;
- Deux pinces de Jean-Louis Faure ;
- Quatre pinces en cœur ;
- Six pinces de Kocher ;
- Six pinces de Leriche courbes ;
- Deux pinces de Kelly courbes ;
- Deux pinces de Péan ;
- Deux pinces d'Ombredanne ;
- Une pince à annexe ;
- Une cupule ;

- Un drain de Redon.

## **7 TECHNIQUES DE LA CÉSARIENNE**

### **1. Bilan**

Examinée la patiente à la recherche d'une pâleur, d'un œdème, d'une anomalie de la tension artérielle, d'une maladie cardiaque ou pulmonaire et prendre les mesures voulues. Déterminer quelle est la position et la présentation du fœtus et vérifier la présence des bruits du cœur fœtal. Pour une césarienne programmée un examen vaginal n'est généralement pas nécessaire sauf parfois en cas d'urgence [2].

### **2-Technique de la césarienne :**

Notre objectif n'est pas de décrire toutes les techniques si nombreuses depuis les débuts de l'intervention jusqu'à maintenant. Ainsi, ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire et la césarienne corporeale. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

La césarienne est une intervention apparemment facile, ce qui conduit souvent à l'abus ; trop de personnes s'y adonnent. Les unes insuffisamment formées en chirurgie, les autres encore moins en obstétrique. Alors que dans le contexte même de l'obstétrique moderne, effectuer une césarienne requiert une bonne connaissance de l'obstétrique et de la chirurgie, sécurisée par une anesthésie et une réanimation efficace avec un plateau de néonatalogie de pointe.

La préparation de l'intervention proprement dite nécessite l'installation de la patiente (légèrement basculée à gauche), l'anesthésiste, la perfusion, un ou deux aides, un médecin, une sage-femme et une puéricultrice aseptiquement habillée pour recevoir l'enfant.

#### **2-1 La césarienne segmentaire :**

**Premier temps :** Mise en place des champs ; coeliotomie sous ombilicale ou transversale dans un souci esthétique surtout.

**Deuxième temps :** Protection de la grande cavité par des champs abdominaux. Mise en place des valves.

**Troisième temps :** Incision aux ciseaux du péritoine segmentaire dont le décollement est facile.

**Quatrième temps :** Incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; l'un ou l'autre procédé ayant ses adeptes bien que le premier semble être plus usité selon la littérature.

**Cinquième temps :** Extraction du fœtus. Dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites souvent question d'école. Dans les autres présentations, la plupart des auteurs conseillent d'abord de rechercher un pied (grande extraction).

**Sixième temps :** C'est la délivrance par expression du fond utérin, mais peut être manuelle, spontanées ou dirigée (utilisation d'ocytocique).

**Septième temps :** Suture du segment inférieur qui se fait en un plan avec des points séparés croisés en X sur les extrémités et les points séparés extra muqueux sur les berges.

**Huitième temps :** Suture non serrée du péritoine pré segmentaire.

**Neuvième temps :** On retraits des champs abdominaux et des écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.

**Dixième temps :** Fermeture plan par plan de la paroi.

**Avantages de la césarienne segmentaire :**

**-Incision autonome du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture,**

-Incision de l'utérus dans une zone qui redeviendra pelvienne,

-Incision de la partie non contractile de l'utérus donc moins de risque de rupture,

-La cicatrisation est d'excellente qualité.

**2-2 La technique de Misgav-Ladach : [11]**

L'incision abdominale est faite selon la technique de Joël Cohen.

-L'Hystérotomie est effectuée sans décollement vésico-utérin.

-L'hystérorraphie réalisée après extériorisation de l'utérus en un plan par un surjet au fil de suture résorbable.

-Les péritoines viscéral et pariétal ne sont pas suturés.

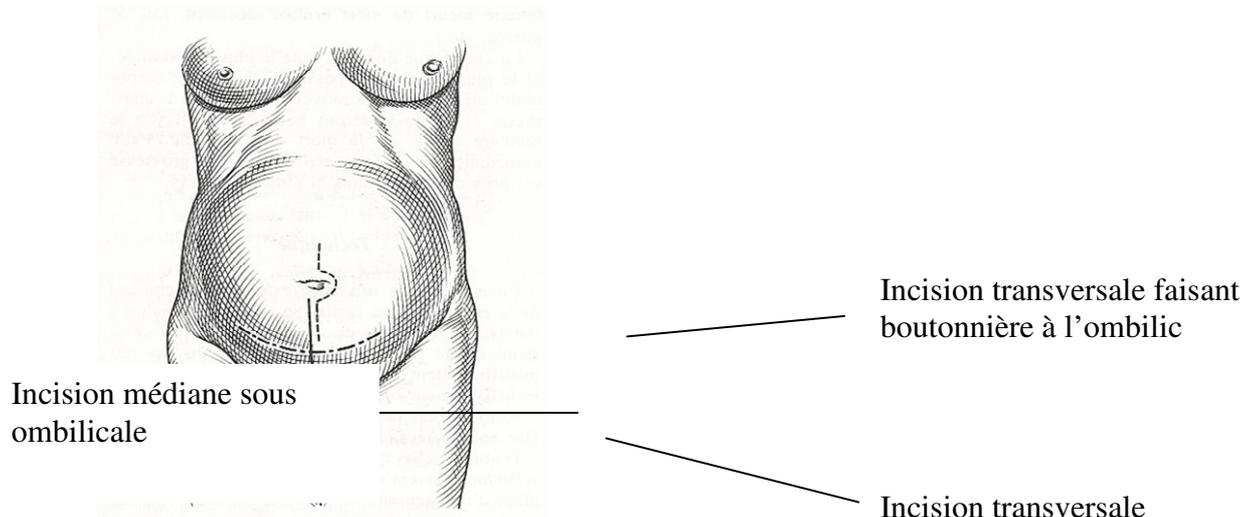
-L'aponévrose est fermée par un surjet commençant du côté de l'opérateur.

-La peau est fermée par 3 à 4 points de Blair Donati ou en surjet simple.

Mais d'après des études comparatives cette technique est moins utilisée par rapport à classique [11].

### Technique classique de la césarienne

#### ● Voies d'abord



**Figure 3** : Tiré de Merger. [10]

### **8 Les complications de la césarienne :**

Bien que le pronostic de la césarienne soit actuellement bon parce qu'ayant bénéficié des progrès techniques, de l'asepsie, de l'antibiothérapie etc....., la mortalité n'est pas et ne sera jamais nulle, car les indications comme le placenta prævia hémorragique, les infections sévères du liquide amniotique et l'éclampsie existeront toujours redoubles [13].

Par ailleurs, la morbidité post césarienne n'est pas négligeable, d'où l'intérêt de bien peser les indications. Les complications sont en effet nombreuses. Elles peuvent être per ou post opératoires.

#### **8-1 Les complications maternelles per opératoires :**

##### **8-1-1 L'hémorragie :**

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

- soit généraux : des facteurs de la coagulation et de l'hémostase défectueuse ;
- soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, placenta accreta).

##### **8-1-2 Les lésions intestinales :**

Elles sont le plus souvent iatrogènes (césariennes itératives). Elles sont rares, survenant en cas d'adhérences à la paroi plus rarement à l'utérus. Il

s'agit de lésions traumatiques intéressant les anses grêles ou coliques qui doivent être suturées.

**8-1-3 Les lésions urinaires :**

Ce sont essentiellement des lésions vésicales ; les lésions urétérales sont rares voire exceptionnelles.

**8-1-4 La mort maternelle :**

Au cours de l'intervention.

**8-1-5 Les complications anesthésiologiques :**

Hypoxie, asphyxie, arrêt cardiaque à l'induction.

**8-1-6 L'hystérectomie d'hémostase :**

**8-2 Les complications maternelles postopératoires :**

**8-2-1 Les complications infectieuses :**

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

**8-2-2 L'hémorragie postopératoire :**

Plusieurs sources existent :

- hématome de paroi, justiciable de drainage, type Redon,
- saignement des berges d'hystérotomie par hémostase insuffisante,
- exceptionnellement, hémorragie secondaire vers J10 - J15 post opératoire après lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

**8-2-3 Les complications digestives :**

Iléus paralytique postopératoire fonctionnel, vomissement, diarrhée, subocclusion, voire occlusion.

**8-2-4 La maladie thromboembolique :**

Elle peut être prévenue par le lever précoce, voire l'héparinothérapie dans les cas à risque (phlébites) ; antécédent des maladies thromboemboliques.

**8-2-5 Les complications diverses :**

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistule vésico-vaginales, embolie gazeuse, embolie amniotique.

**8-3 Complications fœtales :** Il s'agit essentiellement des souffrances fœtales aiguës le plus généralement par l'administration des produits

d'anesthésiques. On note également des cas de blessures et de fractures chez le fœtus de même que des décès fœtaux.

#### **IV. METHODOLOGIE**

##### **1- Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de Kénièba.

##### **1-2- Les principales activités :**

**-Agriculture :** L'agriculture est plate tournante de l'économie de la zone.

**-L'Elevage :**

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

**-Orpailage :** Le cercle est relativement riche, notamment à travers les projets miniers de tabakoko(AVION), de loulo(SOMILO) et des microprojets. C'est la seule zone de production d'or par excellence dans la région de kayes.

**-Commerce :** très répandu dans la zone.

**1-3- Education :** le système éducatif formel est constitué par les écoles publiques, communautaires et privées. Quant au système non formel, il est constitué d'écoles coraniques (medersa) et de centres d'alphabétisation.

**1-4-La répartition du personnel selon leur fonction actuelle est faite comme suite :**

- Le Médecin chef à compétence chirurgicale et trois autres médecins dont un à compétence chirurgicale assure la permanence par semaine. Un major en médecine-chirurgie, Un technicien supérieur de santé responsable du bloc et un aide soignant responsable de la salle de pansement.

- Trois techniciens de santé au compte de la médecine ;

- Un technicien de laboratoire ;

- Trois sages femmes, deux infirmières obstétriciennes et cinq matrones ;

- Une guichetière ;

- Un chargé du système d'information sanitaire (SIS) ;

- Un chargé du programme élargi de vaccination(PEV) ;

- Un gérant au dépôt répartitaire du cercle (DRC) ;

- Un gestionnaire ;

- Un comptable ;

- Quatre chauffeurs ;

- Un gardien ;

Et enfin cinq(5) manœuvres, dont une femme au compte de la maternité.

**2- Type d'étude :**

C'est une étude rétrospective et longitudinale.

**3- Période d'étude :**

## ***Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba***

L'étude a couvert une période de 4ans; 24 mois avant la gratuité de la césarienne et 24 mois pendant la gratuité.

✓ 1<sup>er</sup> octobre 2008 au 30 octobre 2009

### **4- Population d'étude :**

✓ Toutes les parturientes admises à la maternité du CS Réf de Kénièba

### **5- Echantillonnage :**

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif de tous les cas de césariennes effectuées au CS Réf de Kénièba durant les périodes d'étude.

#### **5-1- Critères d'inclusion :**

Nous avons inclu dans notre série les parturientes admises au centre de santé de référence et ayant accouché par césarienne.

#### **5-2- Critères de non inclusion :**

Nous n'avons pas inclus dans notre série les parturientes césarisées dans d'autres structures et ayant été admises secondairement au centre de santé de référence.

**6- Collecte des données :** Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête remplie à partir des partogrammes; des registres du bloc opératoire; des registres d'accouchement, la fiche de référence/évacuation.

### **7- Technique de collecte des données :**

La technique a consisté en une lecture des supports sus cités et la consignation des données sur la fiche d'enquête.

Une interview approfondie du personnel (major du bloc opératoire, sage femme, chargé du système d'information sanitaire) a été nécessaire toutes les fois que les informations contenues dans les supports étaient incomplètes.

### **8- Les variables :**

Plusieurs variables relatives à l'identité de la parturiente ont été étudiée à savoir ses antécédents, le mode d'admission, le motif d'admission, l'examen

physique, la disponibilité du kit de césarienne, le déroulement de la césarienne, le nouveau-né, et l'évolution postopératoire.

Les échelles de mesure sont déterminées dans la fiche d'enquête.

**9- Analyse informatique :** Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi info version 06. 04FR, le traitement de texte a été fait sur Microsoft Office Word 2007.

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

Une valeur P inférieure à 0,05 est considérée comme valeur statistique significative ;

Une valeur P supérieure ou égale à 0,05 est considérée comme non significative.

### **11-Définitions opératoires**

La définition de certains concepts est utile à l'étude de la césarienne, car ils permettent de standardiser la collecte des données et la comparabilité entre les pays.

#### **▪ Evacuée :**

Toute gestante adressée par une structure de santé dans un contexte d'urgence.

#### **▪ HTA :**

Des parturientes chez qui on observe des pressions artérielles systoliques supérieures ou égales à 140 mmHg et/ou diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg

**Parité :** c'est le nombre d'accouchement chez la femme

- Nullipare : 0 accouchement
- Primipare : 1 accouchement
- Paucipare : 2-3 accouchements
- Multipare : 4-6 accouchements
- Grande multipare : plus de 6 accouchements

#### **▪ Référée :**

Toute gestante adressée par une structure de santé en dehors de toute situation d'urgence.

#### **▪ Score d'Apgar :**

## **Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba**

Permet d'évaluer l'état général du nouveau-né à la première et cinquième minute de vie extra-utérine. Il est coté de 0 à 10.

- 0 = mort -né
- 1-3 = état de mort apparente
- 4-7 = état morbide
- $\geq 8$  = bon ou satisfaisant.

**Misgav ladach** : nom de l'hôpital Israélien ou Michael Stark a pratiqué cette technique de césarienne.

### **Délai entre admission et décision :**

C'est le temps mis entre l'admission de la parturiente et la prise de décision.

### **V- Résultats :**

#### **1-Prévalence:**

**Tableau I : Répartition selon la prévalence de la césarienne avant et pendant la gratuité de la césarienne.**

<b>Accouchement</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Voie basse	741	97,24	1023	92,75
Césarienne	21	2,76	80	7,25
<b>Total</b>	<b>762</b>	<b>100,00</b>	<b>1103</b>	<b>100,00</b>

Nous avons remarqué qu'il y a eu une augmentation de la prévalence de la césarienne avec la gratuité, soit 2,76% avant la gratuité et 7,25% pendant la gratuité de la césarienne.

Chi-2= 19,85                      P < 0,001

#### **2-caractéristique sociodémographique :**

##### **2-1 Age :**

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

<b>Tranche Age</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
14 - 19	25	24,76
20 - 29	<b>38</b>	<b>37,62</b>

**Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kéniéba**

30 - 35	14	13,86
36- 42	24	23,76
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,00</b>

---

La tranche d'âge (20-29) est la plus représentée, soit 37,62%

Age moyen = 27 ans

Les extrêmes = 14 ans et 42 ans

## **2-2 Provenance**

**Tableau III:** Répartition des parturientes selon la provenance

<b>Résidence:</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
CsCom central	7	6,93
Faraba	3	2,97
Guene gore	3	2,97
Guindinssou	5	4,95
Kassama	5	4,95
Kenieba	<b>30</b>	<b>29,70</b>
Loulo	5	4,95
Sitakily	11	10,90
Tabakoto	19	18,81
Dialafara	5	4,95
Diabarou	3	2,97
Dabia	5	4,95
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,00</b>

---

La majorité des femmes césarisées résident à Kéniéba, soit 29,70%.

### **2-3 Statut matrimonial :**

**Tableau IV:** Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial.

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	<b>80</b>	<b>79,21</b>
célibataire	20	19,80
Veuve	1	0,99
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,00</b>

79,21% des césarisées sont mariées.

### **2-4 Niveau d'instruction**

**Tableau V :** Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non instruite	74	73,27
Primaire	22	21,78
Secondaire	5	4,95
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,00</b>

73,27% de nos parturientes n'ont jamais été à l'école

### **2-5 Profession :**

**Tableau VI :** Répartition des parturientes selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	95	94,06

**Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba**

Elève/Etudiante	4	3,96
Commerçante	1	0,99
Fonctionnaire	1	0,99
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,00</b>

---

Les ménagères occupent le premier rang avec une fréquence de 94,06%.

**2-6 Niveau d'instruction du procréateur**

**Tableau VII** : Répartition des procréateurs selon le niveau d'instruction

<b>Niveau d'instruction procréateur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non instruit	51	62,96
Primaire	19	23,46
Secondaire	8	9,88
Supérieur	3	3,70
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>

---

62,96% des procréateurs sont non instruits.

**3-Mode d'admission :**

**Tableau VIII :** Répartition des parturientes selon le mode d'admission.

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Evacuée	31	30,69
Référée	7	6,93
Venue d'elle-même	<b>63</b>	<b>62,38</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,00</b>

62,38% sont venues d'elles mêmes.

**Tableau IX:** Répartition des parturientes selon la référence-évacuation

<b>Evacuée /Référée</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Evacuée	6	75	25	83,33
Référée	2	25	5	16,67
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,00</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Avant la gratuité de la césarienne 75% des parturientes ont été évacuée contre 83,33% pendant la gratuité.

**Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba**

Chi-2= 6,79

P <0,05

**Tableau X** : Répartition des parturientes selon le support de référence/évacuation

<b>Support référence/ évacuation</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Fiche de référence	3	27,27	7	25,93
Fiche de référence et partogramme	5	45,45	17	62,96
Aucun	1	9,09	0	0,00
Autres	2	18,18	3	11,11
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

La fiche de référence/évacuation et le partogramme ont été le support de référence le plus utilisé avec 45,45% avant gratuité contre 62,96% courant gratuité.

**Autres** : carnet de santé de la mère ; fiche de suivi de grossesse

Chi-2= 15,4      P < 0,001

**Tableau XI**: Répartition des parturientes selon le moyen de communication

<b>Moyen de communication</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Rac	9	81,82	16	76,19
Téléphone mobile	2	18,18	5	23,81
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>

Le RAC a été le moyen de communication le plus utilisé avec 81,82% d'appels par RAC avant gratuité contre 76,19% courant gratuité.

Chi-2= 0,13      P > 0,05

**Moyen d'admission :**

**Tableau XII:** Répartition des parturientes selon le moyen d'admission.

<b>Moyen d'admission</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Ambulance	8	17,78	24	42,86
Moto	18	40	12	21,43
Transport commun	5	11,11	6	10,71
Voiture personnel	3	6,67	5	8,93
Autres	11	24,44	9	16,07
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

L'ambulance a été utilisée dans 17, 78,% avant la gratuité contre 42,86% pendant la gratuité.

Chi-2=12,67      P < 0,05

**Motif d'admission**

**Tableau XIII** : Répartition des césariennes selon le motif d'admission

<b>Motif d'admission:</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Césarienne prophylactique	1	0,99
Contraction utérine douloureuse	52	51,49
Dilatation stationnaire	10	9,90
Eclampsie	5	4,95
Hémorragie	10	9,90
Hauteur utérine excessive	1	0,99
Placenta prævia	3	2,97
Poche des eaux rompue depuis 72h	4	3,96
Présentation anormale	6	5,94
Rétention du 2eme fœtus	1	0,99
Souffrance fœtale aigue	6	5,94
Syndrome de pré-rupture	2	1,98
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,00</b>

51,49% des parturientes ont été admises pour contraction utérine douloureuse.

**Gestité :**

**Tableau XIV** : Répartition des patientes en fonction de la gestité :

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primi geste	38	37,62
Pauci geste	38	37,62
Multi geste	25	24,76
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,00</b>

Les Primigestes et pauci gestes ont été les plus majoritaires, soit 37,62%

La gestité moyenne= 2 les extrêmes= 1 et 6

**Parité**

**Tableau XV** : Répartition des parturientes selon la parité :

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primipare	34	33,66
Multipare	51	50,50
Grande multipare	16	<b>15,84</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,00</b>

Les multipares ont été les plus représentées, soit 50,50% des accouchements par voie haute.

La parité moyenne =4 les extrêmes = 1 et 10

**Tableau XVI** : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN

<b>CPN</b>	Avant gratuité		Pendant gratuité	
	Effectif	%	Effectif	%
0	8	38,10	25	31,25
1-3	12	57,14	37	46,25
≥4	1	4,76	18	22,5
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Avant la gratuité, 38,10% des parturientes n'ont fait aucune CPN, contre 31,25% pendant la gratuité.

Chi-2= 3,39                      P >0,10

**4 Données relatives aux indications :**

**4-1 Indications des césariennes**

**Tableau XVII :** Evolution de la fréquence des indications

<b>Indications</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Disproportion foeto-pelvienne	6	28,57	19	23,75
Souffrance fœtale aigue	2	9,52	19	23,75
Souffrance fœtale chronique	0	0,00	1	1,25
Présentation anormale	2	9,52	17	21,25
Hématome retropla centaie	3	14,29	0	0,00
Placenta prævia	3	14,29	5	6,25
Hypertension artérielle sévère	0	0,00	3	3,75
Pré rupture utérine	5	23,81	3	3,75
Autres	0	0,00	13	16,25
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Nous retenons surtout la baisse de la fréquence de pré-rupture utérine qui passe de 23,81% avant la gratuité à 3,75% pendant la gratuité.

Chi-2=29,16                      P<0,001

**Autres \***

- ✓ Antécédent de cure de FVV (**1cas** avant gratuité et **2cas** courant gratuité)
- ✓ Cardiopathie sur grossesse (**2 cas** avant gratuité et **3 cas** courant gratuité)
- ✓ Prolapsus utérin sur grossesse (**2 cas** avant gratuité et **3 cas** courant gratuité)

**4-2 Délai entre l'admission et décision de la Césarienne :**

**Tableau XIX:** Détermination du délai entre l'admission et décision de la césarienne (en minutes) :

<b>Délai admission décision</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
10-30	7	33,33	28	35
31-50	13	61,91	52	65
>50	1	4,76	0	0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Avant la gratuité, 33,33% des patientes ont été césarisées dans les 10 à 30mn qui ont suivie leur admission contre 35% pendant la gratuité.

Chi-2=3,80 P>0,10 alors P> 0,05

La durée moyenne Avant la Gratuité = 35 mn

La durée moyenne pendant la gratuité =27 mn

Les extrêmes = 10 mn et 70 mn

**Tableau XVIII:** Répartition des parturientes selon la disponibilité du kit

<b>Kit</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Disponible	80	100,00
Non disponible	0	0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Dans 100% des cas le kit a été disponible.

**4-3 Durée entre décision et l'incision :**

**Tableau XX :** Répartition de la durée entre la prise de décision de la césarienne et l'incision.

<b>Délai Décision incision</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
10-15	0	0,00	21	26,25
16-20	12	57,14	58	72,50
21-25	8	38,10	1	1,25
>25	1	4,76	0	0,00
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

La décision d'intervention a été prise dans les 16 à 20mn avant la gratuité soit 57,14% contre 26,25% pendant la gratuité dans les 10- à 15 mn.

Chi-2= 34,67      P < 0,001

La durée moyenne Avant la Gratuité = 20 mn

La durée moyenne pendant la Gratuité = 16 mn

Les extrêmes = 10 mn et 30 mn

**4-4 Durée d'extraction**

**Tableau XXI :** Répartition du temps d'extraction

<b>Temps d'extraction</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
1-2	12	57,14	73	91,25
3-4	9	42,86	7	8,75
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Avant la gratuité 57,14% de nos fœtus ont été extrait dans les deux premières minutes contre 91,25% pendant la gratuité.

**Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba**

Chi-2=14,50      P<0,001

La durée moyenne avant la gratuité= 2 mn 21s

La durée moyenne pendant la gratuité= 1mn 40 s

Les extrêmes = 1 mn et 4 mn

#### **4-5 Durée d'intervention**

**Tableau XXII:** Répartition des parturientes en fonction de la durée de l'intervention.

<b>Durée d'intervention</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuit</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
30-50	7	33,33	40	50,00
51-70	12	57,15	39	48,75
>70	2	9,52	1	1,25
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Avant la gratuité 57,15% ont été césarisées dans les 51 à 70 mn contre 48,57% pendant la gratuité.

Chi-2=4,99      P > 0,05

La durée moyenne avant la gratuité=55mn

La durée moyenne pendant la gratuité = 50 mn

Les extrêmes = 30 mn et 90 mn

#### **4-6 Type d'incision**

**Tableau XXIII:** Evolution de la fréquence selon le type d'incision cutanée

<b>Type d'incision</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuit</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Médiane sous ombilicale	21	100	20	25
Transversale	0	0,00	60	75
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

## ***Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba***

Avant la gratuité, l'incision médiane sous ombilicale représente 100% contre 25% pendant la gratuité.

Chi-2=38,81      P < 0,001

### **4-7 Transfusion**

**Tableau XXIV :** Répartition des parturientes en fonction de la transfusion.

<b>Transfusion</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuit</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	3	14, 29	7	8, 75
Non	18	85, 71	73	91, 25
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Avant la gratuité, 14,29% des césarisées ont été transfusée contre 8,75% pendant la gratuité de la césarienne.

Chi-2=0,44      P=0,50

### **5-Données relatives aux nouveau-nés**

**Tableau XXV:** Répartition des nouveau-nés selon leur état à la sortie du bloc opératoire.

<b>Vivant</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuit</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>

**Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba**

Oui	12	57,14	74	92,50
Non	9	42,86	6	7,50
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

La fréquence des mort-nés est passée de 42,86 avant la gratuité de la césarienne à 7,5% pendant la gratuité.

Chi-2= 16,29

P < 0,001

**Tableau XXVI:** Evolution de la fréquence selon le sexe

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Féminin	32	31,68%
Masculin	69	68,32%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,00</b>

Le sexe masculin est dominant avec 68,32%.

**Tableau XXVII:** Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la première minute

<b>Apgar 1<sup>ère</sup> minute</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>

**Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba**

(0)	9	42,86	6	7,50
(1-3)	2	9,52	9	11,25
(4-7)	4	19,05	12	15
<b>≥8</b>	<b>6</b>	<b>28,57</b>	<b>53</b>	<b>66,25</b>
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

La fréquence des nouveau-nés ayant un score d'Apgar satisfaisant est passée de 28,57% avant la gratuité à 66,25% pendant la gratuité.

Chi-2=18,13      P<0,001

**Tableau XXVIII** : Répartition des nouveau-nés selon le score d'apgar à la cinquième minute.

Score d'Apgar 5 <sup>ém</sup> mn	Avant gratuité		Pendant gratuité	
	Effectif	%	Effectif	%
(0)	9	42,86	6	7,50
(1-3)	0	0,00	0	0,00
(4-7)	5	23,81	16	20
<b>≥8</b>	<b>7</b>	<b>33,33</b>	<b>58</b>	<b>72,5</b>
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Le score d'Apgar était favorable à la cinquième minute chez 33,33% des nouveau-nés avant la gratuité et 72,5% pendant la gratuité.

Chi-2=17,94      P < 0,001

**Tableau XXIX**: Répartition des nouveau-nés en fonction de la réanimation

Nouveau-né réanimé	Avant gratuité	Pendant gratuité
--------------------	----------------	------------------

**Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba**

	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	5	41,67	21	28,38
Non	7	58,33	53	71,62
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>	<b>74</b>	<b>100,00</b>

Avant la gratuité 41,67% des nouveau-nés ont bénéficié de la réanimation contre 28,38% pendant la gratuité de la césarienne.

Chi-2=0,85      P > 0,50

**Tableau XXX:** Répartition de nouveau-nés selon leur poids de naissance

<b>Poids en grammes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
2400-2500	2	1,98
<b>2500 à 3000</b>	<b>76</b>	<b>75,25</b>
3000-3500	20	19,80
3500-4000	3	2,97
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,00</b>

75,25% des nouveau-nés ont un poids compris entre 2500g à 3000g.

La moyenne=2900g      les extrêmes=2400g et 4000g

**6-Pronostic maternel:**

**Tableau XXXI :** Évolution de la fréquence des suites opératoire

**Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba**

<b>Suites opératoires</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Simple	17	80,95	79	98,75
Complicées	4	19,05	1	1,25
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Les suites opératoires compliquées ont passées de 19,05% Avant la gratuité à 1,25% pendant la gratuité.

Chi-2 = 13,93    P < 0,001

**Tableau XXXII:** Répartition des patientes selon la nature des complications

<b>Nature de complication</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Endométrite	1	25	1	100
Suppuration pariétale	2	50	0	0,00
Anémie	1	25	0	0,00
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,00</b>	<b>1</b>	<b>100,00</b>

Chi-2 = 1,87    P>0,30

**Tableau XXXIII:** Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

***Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba***

<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Avant gratuité</b>		<b>Pendant gratuité</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>4-5</b>	<b>8</b>	<b>38,10</b>	<b>72</b>	<b>90</b>
6-8	9	42,85	7	8,75
> 8	4	19,05	1	1,25
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Avant la gratuité 38,10% des nos parturientes ont été exécutées au delà de 72h en post opératoire contre 90% pendant la gratuité.

Chi-2=28,27 P<0,001

Durée moyenne avant la gratuité = 6 jours

Durée moyenne pendant la gratuité = 5

Les extrêmes = 4 jours et 10 jours

## **VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### ***Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba***

Notre étude a couvert une période de 24 mois avant la gratuité de la césarienne et 24 mois pendant la gratuité.

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 101 parturientes référées ou évacuées, ou venues d'elles mêmes à la maternité du CS Réf de Kénièba, chez qui une indication de césarienne a été posée.

✓ Du 1<sup>er</sup> Octobre 2003 au 30 octobre 2004, 21 césariennes ont été effectuées, soit **2,76%** : période avant la gratuité de la césarienne.

✓ Du 1<sup>er</sup> Octobre 2006 au 30 Octobre 2007, 80 césariennes ont été effectuées, soit **7,25%** : période pendant la gratuité de la césarienne.

✓ Il y a eu une augmentation de la prévalence de la césarienne de **4,5%**. Cette différence est statistiquement significative ; **P<0,001**

Notre prévalence est inférieure à celle obtenue au Cs Réf de la commune I en 2005 par Diaby M [14] avec un taux de 10.8% (janvier à juin 2005) avant la gratuité et 10.3% (juillet à décembre 2005) pendant la gratuité.

Dans notre série, les tranches d'âges extrêmes étaient comprises entre 14 et 42 ans avec une moyenne de 27 ans. La tranche d'âge correspondant à l'âge optimal (20-29ans) était la plus représentée dans notre série avec 37,62%.

Dans cette même tranche d'âge (20-29ans), Diallo C.H [4], Cissé B [15], Togora M [1] et Diaby M [14] ont obtenu respectivement 88,75%, 77,2%, 67.3% et 65,8% des taux supérieurs au nôtre.

Selon Peiper cité par Diaby M [14], l'âge est un facteur de risque de césarienne qui intervient par lui-même, aussi bien chez la primipare que chez la multipare.

Environ 79,21% des femmes césarisées, étaient mariées. Cette prédominance des femmes mariées a été obtenue par Ballo I [20] au Cs Réf de Kangaba avec un taux de 94,2% de taux supérieure au notre.

La profession ménagère fut dominante au cours de notre étude dont **94,06%**. Le résultat montre qu'il s'agit d'une zone rurale où le taux de scolarisation est bas.

## ***Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba***

Les parturientes en provenance de Kénièba représentent **(29,70%)**.

Parmi les C.S.Com, c'est celui de Tabakoto qui a évacué / référé le plus grand nombre de patientes **(18,81%)** ce qui pourrait s'expliquer par le fait que l'aire de santé de Tabakoto couvre beaucoup de villages.

Par contre Sitakily n'a référé / évacué que **(10,90%)**, cela s'explique par le fait que les parturientes vont se soigner à Loulo.

Le CSC OM centrale n'a référé / évacué que **(6,93%)** cela s'explique par le fait que les parturientes venaient directement au CsRéf sans passer par le CSC OM centrale.

Au cours de notre étude la fréquence des références / évacuations a augmenté de **8** avant la gratuité de la césarienne à **30** pendant la gratuité de la césarienne ; valeur statistique significative **P<0,05**.

Cette augmentation de fréquence pourrait s'expliquer par le changement de comportement face au premier retard comme facteur qui pose problème aux soins rapides à savoir : le retard mis par la parturiente à se décider à solliciter les soins.

Des fréquences des référence/évacuations inférieure au nôtre ont été obtenues par Coulibaly I **[17]** Koné A.I **[18]** Togora M **[1]** et Tegueté I **[16]** à l'hôpital national du point G avec respectivement 60,56% ; 58,3% ; 51,8% et 49,35%.

La fréquence élevée des femmes venues d'elle-même s'explique par le fait que, les parturientes partent directement à la maternité du CS Réf sans faire l'objet d'une évacuation ou d'une référence.

L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé avec **17,78 %** avant gratuité contre **42,86 %** pendant la gratuité soit une augmentation de la fréquence de **25,08%** ; valeur statistique significative ; **P<0,05**.

Celles qui sont venues par moto, représentent **40%** avant gratuité et **21,43%** pendant la gratuité de la césarienne.

L'ambulance a toujours été disponible, elle se déplace sans condition financière.

Le RAC a été le moyen de communication le plus utilisé avec **81,82%** d'appels par **RAC** avant gratuité contre **76,19%** durant la gratuité ; valeur statistique non significative ; **P> 0,05**.

### ***Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba***

Cette régression pourrait s'expliquer par les pannes intermittentes des **RAC**, en plus avec l'avènement des téléphones portables avant gratuité et courant gratuité, les C.S.Com se trouvant dans le réseau préféraient appeler directement le chauffeur de l'ambulance ou le Médecin chef ou une des sages sur son portable pour gagner encore du temps par rapport au rac. C'est ce qui explique la nette différence : **18,18%** d'appels par téléphone avant gratuité et **23,81%** courant gratuité ; valeur statistique significative.

Les femmes non instruites sont majoritaires avec **73,27%**. Cette fréquence reflète le bas niveau de scolarisation particulièrement celle des filles.

La plupart des conjoints sont non instruits et sont constitués de cultivateurs, d'orpailleurs représentant 63% de la population source.

Dans notre série, 50,50% de multipares ont été césarisées. Primigestes et pauci gestes ont été les plus représentées dans notre série avec une fréquence de 37,62%.

Avant la gratuité, **38,10%** des parturientes n'ont fait aucune CPN, contre **31,25%** pendant la gratuité.

$P > 0,10$  alors  $P > 0,05$ , Valeur statistique non significative

Ce phénomène est fréquemment rencontré en milieu rural où le niveau d'instruction des femmes est très bas.

Les dystocies mécaniques étaient l'indication de césarienne la plus fréquente avec 18,81% avant gratuité et 56,43% pendant gratuité ; valeur statistique significative,  **$P < 0,001$  alors  $P < 0,05$** .

La durée moyenne entre l'admission et la prise de décision de la césarienne avant la gratuité était 35mn contre 27mn pendant la gratuité, valeur statistique non significative avec  $P > 0,10$  alors  $P > 0,05$

La durée moyenne entre la prise de décision de la césarienne et l'incision avant la gratuité était 20 mn contre 16 mn pendant la gratuité, valeur statistique significative avec  $P < 0,001$  alors  $P < 0,05$ .

### ***Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba***

La durée moyenne d'extraction avant la gratuité était 2 mn 21s contre 1 mn 40s pendant la gratuité, valeur statistique significative avec  $P < 0,001$  alors  $P < 0,05$

La durée moyenne d'intervention avant la gratuité était 55 mn contre 50 mn pendant la gratuité, valeur statistique non significative avec  $P > 0,05$

Nous n'avons pas enregistré des cas de rupture de kit de césarienne au cours de notre étude.

Aucun décès maternel n'a été enregistré dans notre série.

Les suites compliquées avant la gratuité étaient de **19,05 %** contre **1,25%** courant gratuité soit une diminution de **17,80%**; valeur statistique significative avec  $P < 0,001$  alors  $P < 0,05$ .

Ces complications avaient pour nature : endométrite, suppuration pariétale, anémie avec respectivement avant la gratuité et pendant la gratuité de la césarienne (25%-100%,50%-0,0%,25%-0,0%). Cette légère baisse du taux de complication pourrait s'expliquer par la disponibilité permanente de médicaments postopératoires (kits de césarienne gratuite qui a permis de réduire le délai de prise en charge).

Sur les **21** césariennes effectuées avant la gratuité de la césarienne il y a eu **9** mort-nés soit (**42,86%**). Ce taux de mortalité était légèrement supérieur à celui enregistré pendant la gratuité de la césarienne, **6** mort-nés soit **7,5%** sur **80** césariennes ;  $P < 0,001$  alors  $P < 0,05$  valeur statistique significative.

Ces taux pourraient s'expliquer par le retard de la liaison rac/téléphone, l'état des routes (zone fortement enclavée).

## **VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :**

**Conclusion :** du 1<sup>er</sup> Octobre 2008 au 30 Octobre 2009 soit une période de 12 mois, s'est déroulée à la maternité du Cs réf de Kénièba une étude rétrospective et longitudinale sur la gratuité de la césarienne.

Après analyse des résultats obtenus d'une part on n'enregistre pas de décès maternel, mais d'autre part les facteurs de morbidités maternelles font que la césarienne ne doit être considérée comme une solution de facilité car l'évolution peut être émaillée de complication morbide et parfois mortelle, une meilleure prise en charge pourrait réduire de façon significative les complications maternelles et en conséquence améliorée le pronostic maternel.

Cependant les ressources étant limitées dans nos pays, facteurs qui retardent la prise en charge lors des urgences obstétricales, la gratuité de la césarienne nous a permis d'observer une amélioration du pronostic

materneo-foetal même si parfois certaines insuffisances dans l'application de ce système ont été constatées. L'organisation plus adéquate à l'intérieur des structures de référence, la bonne application du système de référence-évacuation et la formation continue du personnel médical surtout dans les centres périphériques pourraient d'avantage avoir un impact positif sur le pronostic de la césarienne.

revoir

**Conclusion :** du 1<sup>er</sup> Octobre 2008 au 30 Octobre 2009 soit une période de 12 mois, s'est déroulée à la maternité du Cs réf de Kénièba une étude rétrospective et longitudinale sur la gratuité de la césarienne.

Après analyse des résultats obtenus : nous avons remarqué une augmentation de la prévalence, Les disproportions foeto-pelviennes et la souffrance foetale aigüe occupent le premier rang. Les indications liées aux cas de pré ruptures utérines se font rares grâce à la rapidité de la prise en charge des femmes au cours de leur travail, des complications post opératoires et peu des mortalités néonatale

Cependant les ressources étant limitées dans nos pays, facteurs qui retardent la prise en charge lors des urgences obstétricales, la gratuité de la césarienne nous a permis d'observer une amélioration du pronostic materneo-foetal et agit favorablement sur tous ces indicateurs (prévalence, indication, pronostic materneo-foetal etc....).

Nous félicitons de plus le gouvernement pour la mise en œuvre de cette gratuité de la césarienne. Mais pour gagner ce défi nous avons formulé les recommandations suivantes :

## **RECOMANDATIONS**

### **a. Au Médecin chef :**

Mettre en place des dossiers obstétricaux ;

Superviser périodiquement les centres relevant de l'aire de santé de Kénièba ;

## ***Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba***

Améliorer le système de référence-évacuation par des concertations régulières ;

L'organisation des staffs quotidiens pour les enseignement des cas vécus.

### **b.Aux personnels**

Référer les parturientes à temps

Faire les consultations prénatales selon les normes

Utilisation adéquate et contrôlée des utero toniques

### **c.Aux responsables des ASACO**

Payer régulièrement des quottes parts pour le bon fonctionnement du système de référence/évacuation ;

Apporter une subvention au transport des parturientes afin de réduire le délai de prise en charge chirurgicale ;

Organiser le système de transport des parturientes du village vers le Cskom en partenariat avec les communes.

### **d.Aux populations :**

Faire correctement la consultation prénatale ;

Planifiée les grossesses ;

Respecter l'hygiène corporelle.

### **e. Aux ministre de la santé**

Plaidoyer auprès des partenaires pour les investissements (plateau technique et moyen de communication) ;

Renforcer les infrastructures routières.

## **VIII REFERENCE**

### **1-Togora M**

## ***Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba***

Etude qualitative de la césarienne au centre de santé de référence de la commune V. 2000-2002. Thèse Med. Bamako, 2004, N° 40.

**2-OMS** : La chirurgie obstétricale et contraceptive à l'hôpital de district : Guide pratique, Genève 1995.

### **3-Direction Nationale de la Santé**

Décentralisation de la politique sectorielle de santé et de population en 1990

### **4-Diallo C.H.**

Contribution à l'étude de la césarienne. A propos d'une série continue de 160 cas au service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré du 1<sup>er</sup> Octobre 1989 au 30 Septembre 1990.

Thèse Med.: Bamako, 1990, N° 37.

**5-Doyin O, Djamila C, Colette D, et al. (DRH) – OMS/AFRO.** Feuille de route : l'Union Africaine s'engage à lutter contre la mortalité maternelle, Août 2004, (bulletin régional de la santé génésique, N°=2). Brazzaville, République du Congo. 11p ;

### **6-Direction Nationale de la Santé**

Cadre conceptuel du système de référence au Mali 2000

**7-Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris: Maloine 4<sup>em</sup> édition 1986. 179-382p.

### **8-Direction Nationale de la Santé**

Cellule de planification et de statistique. Enquête démographique et de santé au Mali 2006.

**9-Thoulon JM, Raudrant D.** Les césariennes. Encycl Méd. Chirurg (Paris-France), Techniques Chirurgicales Uro-Gynéco, 4.2.11, 41900.

### **10-Merger R., Levy J., Melchior J.**

Précis d'Obstétrique. Masson, Paris 6<sup>em</sup> édition 2001. 537P.

### **11-Koné A.**

Etude comparative de la césarienne classique et de la césarienne de MISGAV LADACH. Thèse Med, Bamako 2005, n°75.

**12-Dumont M, Morel P.** Histoire de l'obstétrique et de la Gynécologie. Lyon : Simep édition 1968.

**13-Lacomme M** pratique Obstétrique, édition Masson ; paris1960 (tome I) 127-131.

**14-Diaby M** Etude de la césarienne à la maternité du CS Réf CI du district de Bamako du 1<sup>er</sup> Jan au 31 Déc. 2005. Thèse Med : Bamako 2006, N° 286.

**15-Cissé B.** La césarienne à la maternité de l'hôpital de Kayes à propos de 215 cas. Thèse de Médecine : Bamako 2001 ; 37p.

**16-Téguété I.**

« Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point « G »1991-1993 ».Thèse Med, Bamako, 1996, N°17.

**17-Coulibaly I.** La césarienne dans le service de Gynéco-obstétrique de l'HGT de Bamako, de 1992 à 1996 à propos de 3314 césariennes : Thèse de Médecine : Bamako 1999, 85p.

**18-Koné AI.** Facteurs de risque des complications maternelles post césarienne à l'HGT. Thèse de Médecine : Bamako, 2005 ; 94p-224.

**19-Direction Nationale de la Santé**

Analyse de la situation sur les soins obstétricaux d'urgence réalisée en 2003 au mali

**20-Ballo I.** Evaluer l'impact de la gratuité de la césarienne au centre de santé de référence de KANGABA du 1<sup>er</sup> Jan 2006 au 31 Déc. 2006.Thèse Med : Bamako 2008, N°08M473.

***IX Fiche signalétique***

**Nom :** DIALLO

**Prénoms :** AMADOU

**Thème :** *Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au centre de santé de référence de KENIEBA, du 01 octobre 2008 au 30 octobre 2009.*

**Ville de soutenance :** Bamako

**Année universitaire :** 2009-2010

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie-Obstétrique

**Résumé :**

Notre étude a couvert une période de 24 mois avant la gratuité de la césarienne et 24 mois pendant la gratuité.

Pendant la période d'étude nous avons enregistré 101 parturientes référées ou évacuées, ou venues d'elles mêmes à la maternité du CS Réf de Kénièba chez qui une indication de césarienne a été posée.

✓ Du 1<sup>er</sup> Octobre 2003 au 30 octobre 2004, 21 césariennes ont été effectuées, soit **2,76%** : période avant la gratuité de la césarienne.

✓ Du 1<sup>er</sup> Octobre 2006 au 30 Octobre 2007, 80 césariennes ont été effectuées, soit **7,25%** : période pendant la gratuité de la césarienne.

Il s'agit d'une étude rétrospective et longitudinale.

Les résultats de l'étude ont montré :

- Une insuffisance de moyen de communication
- Une augmentation De la prévalence de la césarienne passant de 2,76% avant gratuité à 7,25% pendant gratuité de la césarienne



Si autres, préciser

Q 11 Procréateur :

1. Nom et Prénom .....
2. Age :.....
3. Adresse .....
4. profession .....
- 4) Niveau d'instruction .....

**II Admission :**

Q12 Mode d'admission :

- 1) évacuée
- 2) référée
- 3) venue d'elle-même

Q13 : Moyen d'admission

- 1) par ambulance
- 2) Transport en commun
- 3) Voiture personnelle
- 4) Moto
- 5) autres

Si autres, préciser et donner le coût du transport .....

Q14 : provenance (lieu et distance parcourue en km) :.....

.....

Q15: Motif d'admission :.....

**III antécédents**

Q16 Médicaux

1) Familiaux

- |              |                          |                  |                          |
|--------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| a) Gémellité | <input type="checkbox"/> | d) drépanocytose | <input type="checkbox"/> |
| b) H T A     | <input type="checkbox"/> | e) Aucun         | <input type="checkbox"/> |
| c) Diabète   | <input type="checkbox"/> | f) Autres        | <input type="checkbox"/> |

Si autres préciser .....

2) personnels :

- |             |                          |                   |                          |
|-------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| a) HTA      | <input type="checkbox"/> | d) Drépanocytaire | <input type="checkbox"/> |
| b) Asthénie | <input type="checkbox"/> | e) Aucun          | <input type="checkbox"/> |

**Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba**

c) Diabète  f) Autres

Si autre préciser .....

Q17: Chirurgicaux :

a) Utérus cicatriciel

b) Césarienne

c) GEU

.....

Q18: gynécologiques ;

a) fibrome  d) Salpingéctomie

b) fistule vésico vaginale  e) plastie tubaire

c) périnéorraphie  f) Autres

Si autres préciser.....

Q19 Obstétricaux :

a) gestité  e) parité

b) avortement  f) Mort né (s)

c) enfant vivant  g) intervalle inter génésique

d) césarienne antérieure (nombre, date, indication)

.....

**IV Grossesse Actuelle**

Q20 DDR.....

Q21 : AG : .....

Q22 : DPA: .....

Q23 : CPN : .....

**a) nombres :** .....

**b) autres :** .....

**c) lieu :** .....

Q24 VAT (nombre) .....

Q25 : BPN : oui  non

N B: Il faut absolument comme BPN un test d'emmêle, groupe rhésus, serologie VIH, NFS ou taux d'Hémoglobine.

Q26 Echographie obstétricale faite oui  non

Si oui, préciser le nombre, la date et la conclusion.....

.....

Q27 : pathologie au cours de la grossesse

.....

Q28 prophylaxie à la sp. : Oui  non

Q29 : supplémentation en fer/ acide folique : oui  non

Q30 : Début du travail date ..... /..... /.....heure.....

Q31 Rupture de la Poche des eaux : oui  non

Si oui préciser le délai de la rupture :.....

### **V Examen physique**

1- Examen général :

Q32 TA (mmHg).....

Q33 température (en degré celsius).....

Q34 FR (Cycle/mn)

Q35 : conscience lucide  Obnubilée  Altérée

Q36 : Poids (en kg).....

Q37 : Taille (en m)

Q38 : pouls (pulsation /mn)

Q39 : Etat général : bon  passable  mauvais

Q40 Muqueuses ; bien colorées  Moyennement Colorées

Pâles  ictériques

Q41 : présence d'oedème : oui  non

### **2 Examen obstétrical :**

Q42 présence de cicatrice : oui  non

Q43 Axe de l'utérus : longitudinale

Transversale  oblique

Q44 HU (en cm).....

Q45 CU oui  non

Si oui nombre de Cu /10mn .....

Q46 : position du dos : à droite  à gauche

Q47 : BDCF : oui  non

Si oui donner la fréquence en battement ...../mn

Q48 BDCF réguliers  irréguliers

Présentation : céphalique  transversale  siège

Q49 : Aspect du col au toucher vaginal

d) consistance ramollie

e) longueur (en cm).....

f) Position : Antérieur  central

g) Dilatation (en cm) .....

Q50 : poche des eaux  intactes  rompues fissurées

Si rompue donner la date et l'heure de la rupture .....

.....

Q51 : liquide amniotique : claire  méconial

sanguinolent  Purée de pois

Q52 : Bassin  normal  limite  rétréci

Autre

Si autre, préciser .....

Q53 : voie d'accouchement : voie naturelle  césarienne

### **VI Césarienne**

Q54 : Indication :

a) Travail prolongé par : Oui  Non

Si oui, préciser la cause :.....

1) Disproportion foeto- pelvienne

2) Echec d'épreuve du travail

3) Bassin rétréci

b) Présentation anormale Oui  Non

Si oui, le type :.....

1) Transversale

2) front

3) Face en variété postérieure

4) Siège

c) Hémorragie au cours du travail : Oui  Non

Si oui préciser la cause :.....

1) Placenta prævia

2) Hématome rétro placentaire

d) Souffrance foetale Oui  Non

**Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba**

Si oui, précises le type :.....

1) aiguë

2) chronique

e) Causes maternelles : Oui  Non

Si oui, préciser la cause :.....

1) Anomalie du bassin

2) Cardiopathie

3) Diabète

4) HTA sévère

5) Autres Si oui, précisé :.....

f) Autres : Oui  Non

Si oui préciser :.....

Q55 : Type de césarienne : urgence  programmée

Q56 : Délai entre admission et décision de césarienne : .....

Q57 : Délai entre décision et début de l'intervention :.....

Q58 : Durée d'extraction en minute :.....

Q59 : Durée de l'intervention :.....

Q60 : Retard de la césarienne : Oui  Non

Si Oui préciser le motif du retard :

Kit non disponible  opérateur  Kit incomplet

Bloc occupé  Kit non payé pour manque de moyen

Autres

Si autre, préciser.....

Q61 : Type d'incision cutanée :.....

1) Médiane sous ombilicale

2) Fanancielle

Q62 : Type d'Hystérotomie :.....

1) Segmentaire transversale

2) Segmentaire verticale

Q63 : Geste associé à la césarienne :.....

Q64 : Qualification de l'opérateur :.....

Q65 : Type d'anesthésie :.....

1) Anesthésie générale

2) Anesthésie locorégionale

Q66 : Qualification de l'anesthésiste :.....

Q67 : Incidents et Accidents : Oui  Non

Si oui, préciser.....

Q68 : Transfusion Oui  Non

Si oui, nombre de poche.....

**VI I NOUVEAU-NE**

Q69 : Nombre de fœtus :.....

Q70 : Sexe : Masculin  Féminin

Q71: Vivant : Oui  Non

Si oui, donner l'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute :..... Et à la 5<sup>ème</sup> minute minute....

Q72 : Réanimé : Oui  Non

Q73: Mesures anthropométriques :

Poids (en g) :.....taille (en cm) :.....pc (en cm).....pt (en cm)

Q74 : Malformation : Oui  Non

**VIII EVOLUTION**

Q75 : Suites : Simples  Compliquées

Si oui, préciser le type de complication :

a) Hémorragie :

1°) Hémorragie intérieur

2°) Hémorragie extérieur

b) infectieuses :

1°) suppuration pariétale

2°) Endométrite

3°) Péritonite pelvipéritonite

4°) septicémie

c) Thromboembolique : Oui  Non

d) Urinaire :

1°) Blessure de la vessie :

2°) Fistule urinaire

e) Autres complications : Oui  Non

Si oui, préciser la cause du décès :.....

Q76 : Traitement

1°) Antibiothérapie

2°) Antibioprophylaxie

3) transfusion sanguine

4°) thérapie martiale

5°) autres

Si autres, préciser : .....

Q77 : durée d'hospitalisation

Q78 : frais d'hospitalisation

Q79 : frais d'intervention .....

Q80 : frais des médicaments en post – opératoires

Q81 : frais de transport .....

Q82 : coût total de la prise en charge :.....

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté et 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 verrons pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

***Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CS Réf de Kénièba***

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 !**