

**République du Mali**  
**Un Peuple-Un But-Une Foi**

**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la  
Recherche Scientifique**

**Université des Sciences, des Techniques et des  
Technologies de Bamako**

**Faculté de Médecine**

**ANNEE : 2012-2013**

**Thèse N°.....**

---

**Données sociodémographiques des femmes  
césariées au Centre de Santé de Référence de la  
Commune V du District de Bamako de Février à  
Septembre 2010**

---

Thèse présentée et soutenue publiquement le .....

Faculté de Médecine de Médecine

Par **Seydou Abdoulaye Coulibaly**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

**JURY :**

**Président du jury:**

Pr Mamadou Traoré

**Membres du jury:**

Dr Tioukani A Théra

**Directeur de thèse :**

Pr Issa Diarra

**Codirecteur de thèse:**

Dr Soumana Oumar Traoré

# SIGLES ET ABREVIATIONS

**ATCD** : Antécédent

**ASACO** : association de sante communautaire

**ATN Plus** : Assistance Technique Nationale Plus

**BGR** : Bassin généralement rétréci

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**Cm** : Centimètre

**CSC om** : Centre de Santé Communautaire

**CS Réf** Centres de Santé de Référence

**CPN** : Consultation prénatale

**CU** : contractions utérines

**CV** : Commune cinq

**DAF** : Direction des Affaires Administratives et Financières

**DNS** : Direction Nationale de la Santé

**DSR** : Division Santé de la Reproduction

**EDSM** : Enquête Démographique et de Santé du Mali

**EPH** : Etablissement Public Hospitalier

**HTA** : hypertension artérielle

**F V V** :Fistule vesico vaginale

**PEV**: Planning familial

**HU**: Hauteur utérine

**Impact** Initiative d'Evaluation des Programmes de Mortalité Maternelle

**MS** : Ministère de la Santé

**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ORL**: Oto Rhino Laryngologie

**PRODESS** : Programme de Développement Sanitaire et Social

**RAC** : Réseau Autonome de Communication

**SA**: Semaine Aménorrhée

**SAA**: Soins Après Avortement

**SFA** : souffrance fœtale aigue

**SIS** : Système d'Information Sanitaire

**SLIS** : Système Local d'Information Sanitaire

**TMM** : Taux de Mortalité Maternelle

**UNFPA** : *United Nations Population Fund* (Fonds des Nations Unies pour la Population)

**UNICEF** : *United Nations Children's Fund* (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

**USAID** : *United States Agency for International Development* (l'Agence des États-Unis pour le Développement International)

**USAC** : Unité de soins d'Accompagnement et de conseil

%\_ : pourcentage

< : Inferieur

> : supérieur

## I. INTRODUCTION

Au Mali, malgré plus d'une décennie de réformes du secteur de la santé, les indicateurs de santé maternelle demeurent encore une préoccupation. Le taux de mortalité maternelle (TMM) est élevé avec 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [1] et le fardeau de la mortalité maternelle est visible de manière disproportionnée chez les pauvres. Le risque de mourir pendant la grossesse est de 1 sur 15 contre 1 sur 2 800 dans les pays développés [2].

Selon la plus récente Enquête Démographique et de Santé [3], moins de la moitié des femmes accouche dans un établissement de santé, même s'il y eu une augmentation de 38 % en 2001 à 45 % en 2006. Moins de la moitié des naissances était assistée par un prestataire qualifié et 14 % des femmes ont accouché sans assistance [1]. Les accouchements assistés par un personnel qualifié et les pratiques obstétricales telles que la césarienne sont considérés comme des interventions essentielles pour la maternité à moindre risque car elles permettent une réponse rapide aux situations d'urgence potentiellement mortelles. Avec des taux de césarienne en 2005 en dessous de 1 % des naissances attendues, les décideurs ont convenu qu'il y avait un grand besoin non satisfait en soins obstétricaux d'urgence pour sauver la vie des femmes. Il a été reconnu que pour atteindre l'OMD («Améliorer la santé maternelle») au Mali, une plus grande attention doit être accordée à l'augmentation du nombre d'accouchements assistés par des prestataires qualifiés et à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, telles que les césariennes.

Dans ce contexte de taux élevés de mortalité maternelle et vu les faibles taux d'accouchement assistés par un personnel qualifié et les inégalités dans l'accès aux services de maternité à moindre risque, les exonérations des frais pour des services de santé maternelle sont de plus en plus utilisés comme une stratégie visant à réduire les obstacles financiers dans de nombreux pays en développement. Les obstacles financiers contribuent à augmenter les

accouchements en dehors des établissements de santé et empêchent les femmes d'avoir accès aux soins obstétricaux d'urgence.

L'accessibilité des soins obstétricaux a donc d'importantes implications pour la survie maternelle et néonatale et aussi pour le bien-être familial.

Ainsi le 23 Juin 2005, le gouvernement du Mali a décidé de la prise en charge par l'Etat des frais liés à la pratique de la césarienne dans les établissements publics hospitaliers, les centres de santé des cercles, des communes du District de Bamako et les établissements du service de santé des armées. L'objectif de cette décision est de rendre les soins obstétricaux d'urgence accessibles à toutes les femmes enceintes ayant des besoins cliniques d'accouchement par césarienne afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale. L'annonce a été suivie par la lettre circulaire n° 1003 MS/SG du 27 Juin 2005, du Ministère de la Santé informant le personnel de santé de la nouvelle politique et plus tard par le décret n° 05-350/P-RM du 4 août 2005 du Conseil des Ministres précisant les modalités de mise en œuvre de la politique. Un arrêté interministériel n° 09-0754/MS/MF/MDAC/MATCL/SG du 3 avril 2009 confirme les modalités de remboursement des coûts liés à la prise en charge gratuite de la césarienne. La gratuité concerne la totalité des coûts directs de la pratique de la césarienne. Cela inclut les examens préopératoires, les kits de césarienne, l'acte chirurgical, le traitement postopératoire et l'hospitalisation.

La politique ne couvre pas le transport et autres coûts indirects qui sont destinés à être couverts par des mécanismes de financement existants dans le cadre de l'organisation du système de référence / évacuation. La politique de césarienne gratuite est mise en œuvre dans 57 établissements de santé: 49 CS Réf, 6 EPH et 2 CHU.

La politique est mise en œuvre par l'approvisionnement semestriel en kits de césarienne et le remboursement trimestriel des frais engagés par les établissements de santé pour la césarienne. Les établissements de santé concernés reçoivent 30 000 FCFA (US \$ 60) pour une césarienne simple et 42

000 FCFA (US \$ 84) pour une césarienne compliquée (Ministère de la Santé, 2009a). Le transport des femmes évacuées du CSCOM au CS Réf/hôpitaux est assuré par les ambulances basées au niveau des CS Réf. Les coûts de carburant, l'entretien de l'ambulance et les indemnités du chauffeur sont partagés entre les mairies, les conseils de cercles et les associations de santé communautaire (ASACO). Il est à noter que les coûts de transport du village au Scm sont à la charge de la famille. Une personne est nommée comme point focal césarienne dans chaque CS Réf ou hôpital et au niveau des directions régionales. Elle est chargée de recueillir et de compiler les données de routine sur les césariennes. La personne point focal césarienne est généralement un gynécologue obstétricien, un médecin à compétence chirurgicale ou une sage femme.

Les accouchements normaux et les consultations prénatales sont toujours payants au niveau des établissements de santé. L'initiative a reçu beaucoup de soutien tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Mali, avec des attentes élevées pour son impact positif sur la réduction de la mortalité maternelle [4]. L'engagement du gouvernement du Mali à l'initiative est clair, car cette politique est entièrement financée par le budget national [5]. Le financement de cette politique par le gouvernement fait 5 867 000 000FCFA (US \$ 11 734 000) sur cinq ans et a augmenté progressivement d'un montant de 460 691 000 FCFA (US \$ 921 382) en 2005 jusqu'à 1 753 374 000 FCFA(US \$ 3 506 748) en 2009, ou en moyenne un taux d'augmentation annuel d'environ 40% [6].Cependant, comme dans de nombreux pays en développement, les frais à payer ne sont pas les seuls obstacles potentiels de l'accès à la césarienne. Bien que la gratuité peut améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, d'autres obstacles pourraient empêcher les femmes, surtout celles qui sont pauvres à accoucher dans les établissements de santé et pouvoir bénéficier de la césarienne en cas de référence / évacuation. Des exemples de tels facteurs comprennent entre autres les frais élevés du transport vers les établissements de santé, des retards dans les

remboursements aux établissements de santé offrant des services gratuits, ou d'autres facteurs de la demande tels que les barrières culturelles.

Pour mieux cerner ces obstacles les décideurs du Mali sont donc intéressés par l'étude des effets de la politique de gratuité sur l'accès des femmes à la césarienne, surtout l'accès des femmes de bas niveau socioéconomique, ainsi que l'identification des obstacles les plus importants qui restent et qui limitent l'accès de ces femmes à la césarienne en faisant des recommandations pour des actions visant à lever ces barrières. C'est ainsi qu'avec l'approbation du Ministère de la Santé du Mali, Health Systems 20/20 a examiné les effets de la gratuité de la césarienne en étroite collaboration avec le programme santé USAID Assistance Technique Nationale Plus [7].

Ce rapport est le fruit de recherches approfondies menées sur le terrain au cours de la dernière année pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessous.

Le paiement des frais engagés ne sont pas les seuls obstacles de l'accès à la césarienne. Différents obstacles persistent à divers niveaux comme le retard ou la méfiance pour accoucher dans une structure pour des raisons financières ou culturelles. Les décideurs au Mali sont dès lors intéressés par l'étude des implications actuelles de la gratuité de la césarienne, des principaux obstacles qui persistent et limitent l'accès des femmes surtout les femmes de bas niveau socio-économique à la césarienne, afin de faire des recommandations pour éliminer ces barrières.

Cependant on observe que les données actuelles du SIS concernant les césariennes et les accouchements en structure ne permettent pas d'apprécier le niveau socio-économique des femmes. Pour les avoir il faut nécessairement les collecter d'où la nécessité de former les professionnels chargés de cette collecte de données. Production d'indicateurs socio-économiques pour des femmes venues accoucher ou ayant bénéficié de césarienne dans des structures de santé au Mali Résultats et notes méthodologiques.

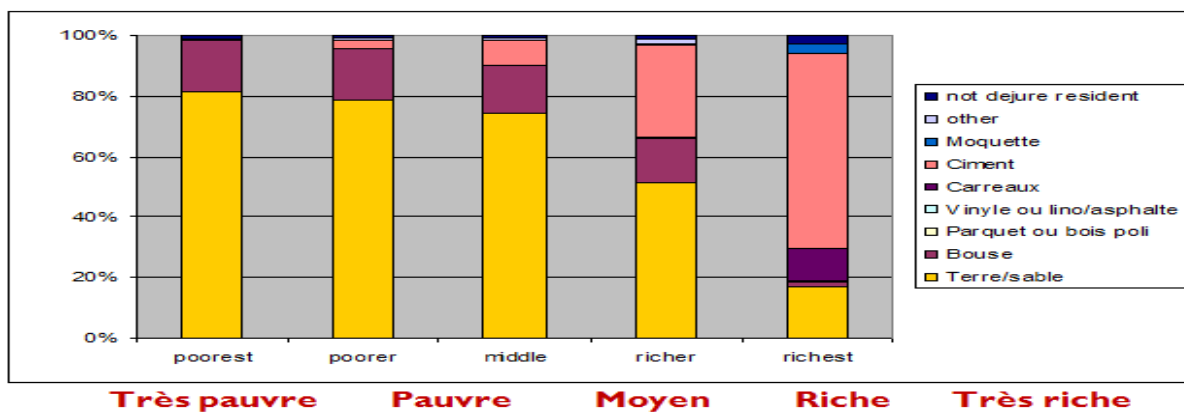
## La liste des 15 indicateurs socioéconomiques de l'EDSM IV 2006

- Education
- Avoir l'électricité
- Matériau du sol
- Alphabétisation
- Nombre d'années d'étude
- Avoir le téléphone fixe
- Avoir le poste radio
- Type de toilette
- Avoir de vélo
- Avoir de télévision
- Avoir de véhicule /camion
- Source d'eau de boisson
- Groupe ethnique
- Nombre d'enfants  $\leq 5$
- Type de combustible de cuisine
- **Niveau socioéconomique** : Il s'agit d'identifier 5 indicateurs (à partir de la liste plus grande d'indicateurs socioéconomiques de l'EDS 2006) qu'on pourrait utiliser pour déterminer le niveau socio économique des parturientes avec l'approche des quintiles de pauvreté sur une échelle de 100 points basé sur les éléments de détermination du niveau socioéconomique.

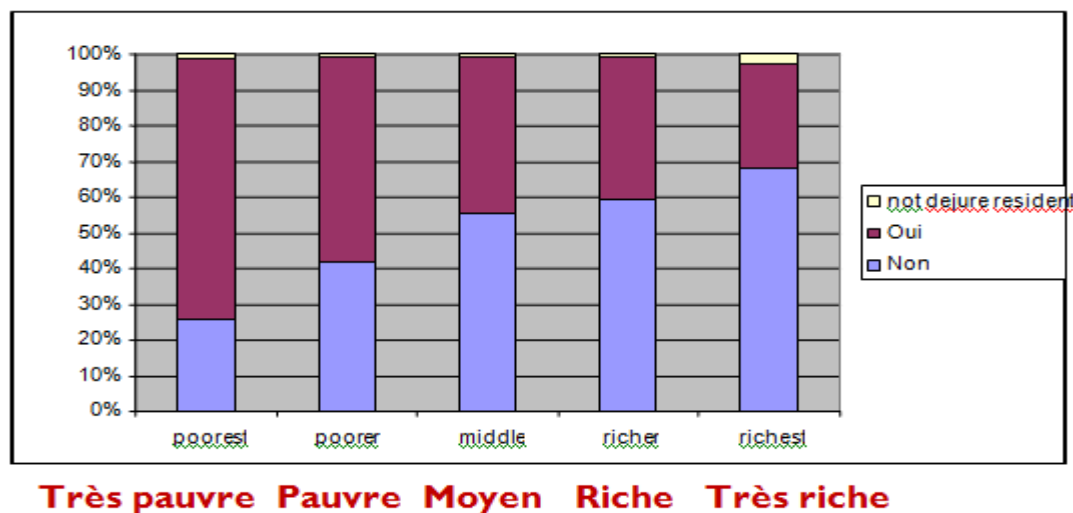
**1-20 Très pauvre ; 21-40 Pauvre ; 41-60 Moyen ; 61-80 Riche ;  
81-100 Très riche.**



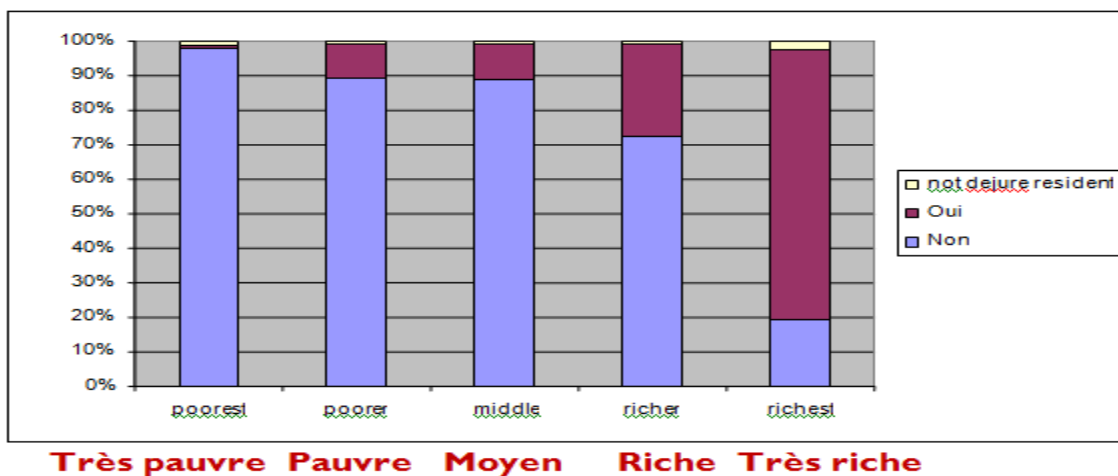
▪ Variable ‘matériau de sol’



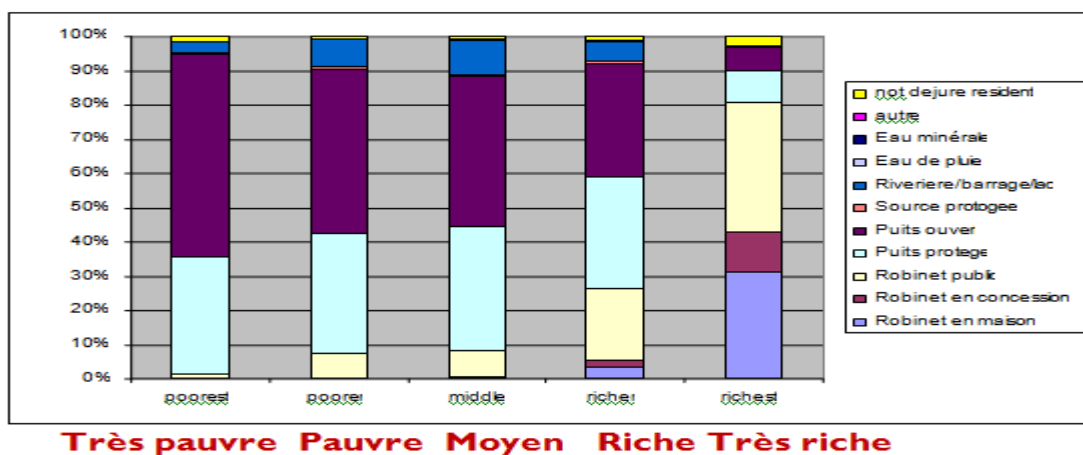
▪ Variable ‘vélo’



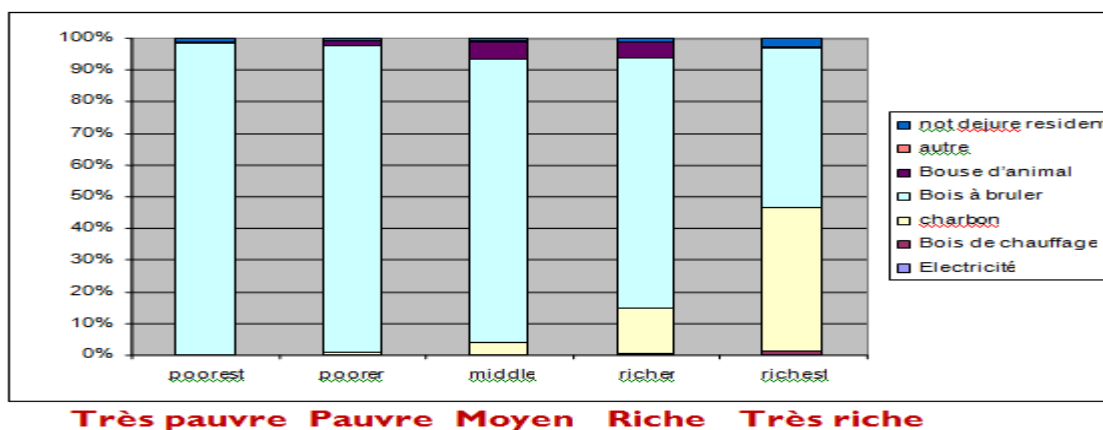
▪ Variable ‘télévision’



▪ Variable “source d’eau”



▪ Variable ‘combustible de cuisine’



## **II-OBJECTIFS**

### **1-Objectif général**

-Etudier les données sociodémographiques des femmes césarisées au CS Réf de la commune V du district de Bamako de février 2010 à septembre 2010.

### **2-Objectifs spécifiques**

L'objectif de l'étude est de trois ordres :

1. Déterminer le niveau socioéconomique des patientes ayant bénéficié de la gratuité de la césarienne au Cs réf cv du district de Bamako
2. Faire la relation entre le niveau socioéconomique et le type de césarienne (à froid, en urgence)
- 3- Formuler des recommandations

### **III. GENERALITES**

#### **1- HISTORIQUE**

Les exemptions des frais liés à l'utilisation des services de santé maternelle ont été utilisées comme stratégie pour accroître l'utilisation des services et réduire les obstacles financiers aux soins dans de nombreux pays en Afrique subsaharienne. Au Burundi, l'exonération des frais pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans a été introduite en 2006 et a eu comme conséquence, l'affluence au niveau des services. En 2006, le gouvernement du Burkina Faso a lancé une subvention de 80 % pour les frais liés à l'accouchement. Le Soudan a aussi annoncé en Janvier 2008, l'exonération des frais liés à la césarienne et aux services destinés aux enfants. Au Ghana, une politique d'exemption des frais d'accouchements et de tous les coûts associés dans les établissements publics et privés de santé a été introduite en 2004, puis prorogée par la caisse nationale d'assurance maladie. En 2005, le Sénégal a décidé de rendre la césarienne gratuite dans certaines structures du secteur public. En conséquence, les accouchements dans les établissements de santé ont augmenté de 77 % entre 2004 et 2006 dans les zones couvertes contre 19 % dans les zones non couvertes [8]

En général, les études de recherche autour de ces politiques d'exemption des frais ont toujours donné les résultats suivants :

Les politiques d'exemption des frais ont augmenté l'utilisation des services d'accouchements et aidé les femmes les plus pauvres à avoir accès aux soins obstétricaux quand elles étaient dans le besoin ;

La qualité des services était médiocre et n'a pas été affectée par les politiques d'exonération ;

D'autres obstacles liés au transport, à la culture, au social et aux moyens financiers demeurent et entravent l'accès des femmes à des soins de qualité ;

Bien que la mise en œuvre ait été plus ou moins un succès, le manque de financement et de l'appropriation par les institutions ont compromis la viabilité de la politique à long terme.

Au Mali, un examen approfondi des articles et des documents disponibles [5] a identifié les facteurs clés qui influent sur l'accès aux services essentiels de santé maternelle. Les obstacles aux soins fréquemment cités comprennent la volonté et la capacité de payer pour les soins, l'insuffisance dans l'organisation du transport surtout entre le village et le CSC om, l'éloignement du centre de santé, des doutes quant à la qualité du traitement et de ses avantages perçus, le niveau inférieur de scolarisation et d'autres facteurs culturels. Ces obstacles ont été insurmontables pour de nombreuses femmes, surtout les femmes de bas niveau socioéconomique et les femmes vivant dans les zones rurales.

La volonté et la capacité de payer : Le manque d'argent a été cité comme le principal obstacle d'accès aux soins chez les femmes dans 53 % des cas au Mali, selon l'EDSM IV 2006 [1] En conséquence, le quintile le plus riche a bénéficié de l'assistance qualifiée à l'accouchement dans

50 % des naissances plus que le quintile le plus pauvre. En fait, les dépenses totales engagées dans l'accès aux soins de santé maternelle dépassent de loin les coûts directs des services. Les paiements informels en plus du paiement des frais d'utilisation formelle au point des prestations de services, constituent une partie importante des dépenses personnelles. Ces paiements informels peuvent être des coûts indirectement liés aux soins comme les frais de transport et d'hospitalisation, les paiements pour les consommables, les médicaments, et les paiements versés directement au prestataire pour une meilleure qualité de soins,

pour un délai d'attente plus court ou pour avoir accès aux services (Sharma et al. 2005).

Le coût d'opportunité pour le temps passé dans les transports et dans l'établissement de santé par des femmes pauvres et leurs accompagnants augmentent les charges déjà lourdes des ménages.

Les barrières géographiques aux soins : Le mauvais état des routes, les longues distances vers les établissements de santé, la faible disponibilité du transport pour les urgences ont exacerbé les inégalités existantes dans l'accès aux soins obstétricaux de qualité au Mali. La distance vers les établissements de santé et la nécessité de moyens de transport ont été citées comme des obstacles aux soins dans 38 % et 36 %, respectivement par des femmes interrogées en 2006 [3]. Les longs retards - parfois jusqu'à dix heures - entre la décision d'évacuer la femme et son arrivée au centre de santé de référence / hôpital, ont été cités comme un facteur important de mortalité maternelle dans certains hôpitaux [9]

Qualité des soins : La méfiance face aux services de santé et le scepticisme quant à la disponibilité et à la qualité des soins constituent des obstacles à l'accès aux soins de santé maternelle et au faible taux d'utilisation des services de santé au Mali. Ce manque de confiance peut résulter des coûts élevés des ordonnances, d'un environnement peu convivial, des dessous de table pour les services, du mauvais traitement des femmes par le personnel de santé, de l'insuffisance de compétences et de professionnalisme de la part du personnel de santé, ou d'insuffisance dans la disponibilité et l'application des protocoles et standards. Quelle que soit la cause, les patients insatisfaits peuvent renoncer à utiliser les établissements de santé et se tourner vers des pratiques d'automédication ou de recours aux soins traditionnelles. Aussi l'insuffisance et la mauvaise répartition du personnel qualifié affectent la qualité des soins et entraînent de faibles taux d'utilisation des services. Le personnel est fortement concentré à Bamako alors que d'autres régions sont confrontées à des pénuries

de médecins, de sages-femmes et d'infirmières obstétriciennes. Ceci explique le fait que les naissances soient très peu assistées par du personnel qualifié.

L'éducation et les facteurs culturels et sociaux : Les taux d'accouchements assistés ont été supérieurs à 90 % pour les femmes ayant un niveau d'éducation au moins secondaire, comparativement à 44 % pour les femmes sans une éducation formelle. Les taux de césarienne ont été presque cinq fois plus élevés pour les femmes très instruites S [1]. Beaucoup de femmes au Mali n'ont pas de pouvoir de décision pour leurs besoins en soins de santé. Les trois quarts des femmes maliennes ont déclaré que leur mari est seul à prendre les décisions concernant leurs soins de santé [10]. En 2006, selon EDSM IV, 18 % des femmes ont cité l'absence d'autorisation comme obstacle à l'utilisation des services de santé maternelle et 24 % ont déclaré que le fait qu'elles ne voulaient pas y aller seule a été un obstacle. La préférence culturelle pour les accoucheuses traditionnelles peut également être un facteur qui influe sur l'utilisation des services de santé maternelle.

Reconnaissant les problèmes sus cités, le gouvernement du Mali a mis en place un système de référence / évacuation en 1994 pour réduire les délais de prise en charge des urgences obstétricales.

Cela implique la mise en place des moyens de communication entre les CSC om et les CS Réf / hôpitaux, l'organisation du transport par l'ambulance, la surveillance de la qualité et de la disponibilité des soins au niveau du centre de santé et assurer la viabilité financière à travers un mécanisme de partage des coûts.

Les acteurs du financement du système de référence / évacuation pour les autres urgences obstétricales et néonatales en dehors de la césarienne en général sont le Ministère de la Santé, les ASACO, les mairies, et les conseils de cercle. Bien

que le système ait amélioré à la fois l'accessibilité financière et géographique aux soins obstétricaux d'urgence d'autres obstacles persistent.

Dans ce contexte d'information, cette étude examine les changements intervenus dans l'utilisation des services de santé maternelle suite à la politique de gratuité de la césarienne et analyse en profondeur les obstacles persistants qui limitent l'accès aux soins obstétricaux pour les femmes au Mali. La section qui suit présente les diverses méthodes que nous avons utilisées pour réaliser la recherche.

## **.2 -La Césarienne**

### **2.1 Historique**

L'histoire de la césarienne est assez polymorphe tant dans l'origine du mot que dans l'évolution de l'intervention.

Le fait que l'intervention soit vieille, très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique. Les noms d'INDRA, de BOUDDHA, de DIONYSOS, d'ESCALAPE (la liste ne saurait être exhaustive) lui sont rattachés. Ce mode de naissance étant 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 » qui signifie couper.

Malgré le rapprochement qu'on puisse faire entre son nom et la césarienne, Jules César ne serait pas né de cette façon, sa maman ayant survécu plusieurs années après sa naissance, chose quasi impossible à cette époque où la mortalité des mères était de 100% après cette intervention.

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 cette période sont :

- ❖ 1500 : Jacob NUFER, châtreur de porc, suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.
- ❖ 1581 : François ROUSSET publie le « Traité nouveau d'hystérotomie ou enfantement par césarienne » qui est le premier traité sur la césarienne en France.
- ❖ 1596 : MERCURIO dans « la comore o'rioglitrice » préconise la césarienne en cas de bassin barré.
- ❖ 1721 : MAURICEAU, comme AMBROISE PARE dans un second temps, condamne la césarienne en ces termes : « cette pernicieuse pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi fatale de la femme.

Durant la 2<sup>e</sup> moitié du 18<sup>e</sup> siècle BAUDELOCQUE fut un grand partisan de la césarienne.

- ❖ 1769 : première suture utérine par LEBAS au fil de soie.
- ❖ 1788 : introduction de l'incision transversale de la paroi et de l'utérus par LAUVERJAT.
- ❖ 1826 : césarienne sous péritonéale par BAUDELOCQUE.
- ❖ 1876 : introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie de l'hystérotomie en bloc après la césarienne par PORRO qui pensait ainsi lutter contre la péritonite, responsable de la plupart des décès. La mortalité maternelle était de 25% et de 22% pour l'enfant sur une série de 1907 interventions de PORRO effectuées entre 1876 et 1901.

La troisième étape de la césarienne, celle de sa modernisation, s'étale sur un siècle environ. Elle n'aurait pas vu le jour sans l'avènement de l'asepsie et

l'antiseptie qui ont suscité des espoirs immenses. De nouvelles acquisitions techniques ont réussi à conférer à l'intervention une relative bénignité :

- ❖ suture du péritoine viscéral introduit par l'américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences.
- ❖ suture systématique de l'utérus par les allemands KEHRER et SANGER en 1882.
- ❖ extériorisation temporaire de l'utérus par PORTES.
- ❖ FRANK en 1907, imagina l'incision segmentaire basse et sa péritonisation secondaire par le péritoine préalablement décollé. Ce fut là « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne » selon SHOKAERE, mais sa diffusion fut extrêmement longue car l'habitude est toujours difficile à modifier.
- ❖ 1908 : PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains anciens.
- ❖ 1928 : découverte de la pénicilline G par Sir Alexander FLEMMING.

## **2.2 Définition :**

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après coeliotomie, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale [11].

## **2.3 Fréquence :**

En augmentation régulière depuis le début du siècle, la fréquence des opérations césariennes s'est maintenant stabilisée selon 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.

## **2.4-Indications de césarienne prophylactique**

L'indication est portée en consultation prénatale :

### **➤ Indications maternelles :**

#### **Les anomalies du bassin :**

- les bassins généralement rétrécis ;
- bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise ;
- bassin ostéomalacique ;
- bassin limite + macrosomie fœtale.

#### **La présence de cicatrice utérine notamment :**

- un utérus bi cicatriciel ou plus impose une césarienne ;
- un utérus uni cicatriciel associé à un facteur de risque (bassin limite, bassin asymétrique).
- Les cicatrices de sutures utérines.

#### **Les pathologies maternelles :**

- cardiopathies maternelles ;
- décollement de la rétine ;
- pré éclampsie sévère ou éclampsie ;
- le diabète : l'intervention est décidée vers 37 SA dans le but préventif de macrosomie fœtale ;
- les antécédents accidents vasculaires cérébraux ou tumoraux ;
- les hémopathies malignes (maladie de Hodgkin) ;
- les cancers du col constituant un obstacle prævia ;

- la maladie herpétique (vulvo-vaginal) ;
- les troubles respiratoires avec hypoventilation ;
- les indications circonstanciées existent ;
- l'allo-immunisation materno-fœtale. La césarienne est indiquée dans les cas d'atteintes graves et l'accouchement est le plus souvent prématuré. Le diagramme de LILLEY est d'un apport utile.
- L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparé.
- Les antécédents de déchirure compliquée du périnée.
- les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales.
- les prolapsus génitaux.

➤ **Indications ovulaires :**

- placenta prævia surtout central et hydramnios du fait du risque de procidence du cordon dont la gravité est aussi importante en siège qu'en sommet.
- la rupture prématurée des membranes assombrit légèrement le pronostic. La voie basse est acceptée par certains si elle est isolée.

Kyste de l'ovaire ou fibrome pédicule prolapsant dans le Douglas.

➤ **Indications fœtales :**

**Souffrance fœtale chronique :**

Elle observe généralement dans les pathologies avec retard de croissance in utero et dans les dépassements de terme.

Le diagnostic par enregistrement du rythme cardiaque fœtal et par la mesure du potentiel hydrogène (PH) intra-utérin.

**Malformations fœtales :**

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

**Prématurité :**

Elle n'est pas une indication de césarienne mais les facteurs associés l'imposent souvent dans l'intérêt du fœtus.

**Grossesse multiple :**

**Grossesse gémellaire :** dont le 1<sup>er</sup> jumeau est en présentation du siège est une indication de césarienne pour certaines équipes ou J1 en une autre présentation non céphalique.

Grossesse multiple (plus de 2 fœtus) dans la majorité des cas accouchés par césarienne.

**Enfant préentieux :** sans hiérarchisation de la valeur des enfants ; cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.

**Mort habituelle :** lorsqu'elle souvient régulièrement à la même date, il faut pratiquer la césarienne une semaine auparavant.

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

**Gros fœtus :**

Les macrosomies, poids estimé à 4000g ou plus, ou diamètre bipariétal >100mm doivent bénéficier d'une césarienne prophylactique.

**Présentation non céphalique :**

La présentation de l'épaule : c'est la présentation transversale où la tête se trouve dans un flanc.

- La présentation du front.
- La présentation de la face.

- La présentation de siège : dont la majorité des cas ne conduit à la césarienne que lorsqu'il s'y associe d'autres facteurs. Longtemps considéré comme une présentation eutocique, le siège est aujourd'hui considéré par certains auteurs comme potentiellement dystocique [12].

## **2.5 Modes d'ouverture pariétale :**

L'accès à la cavité péritonéale peut se faire classiquement de deux façons :

- ❖ Soit par une laparotomie médiane : Celle-ci peut se faire de deux manières, en sous ombilicale ou en sus et sous ombilicale. La laparotomie médiane sous-ombilicale est utilisée comme une des voies d'abord dans la césarienne segmentaire tandis que la laparotomie sus et sous-ombilicale est utilisée pour la césarienne corporeale.
- ❖ **Soit par une laparotomie transversale basse ou incision PFANNENSTIEL :** C'est une incision sus-pubienne transversale. Elle se situe à environ 3 cm au dessus du rebord supérieur du pubis. On réalise une incision obliquement vers le haut du tissu sous-cutané et une section arciforme de l'aponévrose, qui est ensuite décollé du plan musculo-aponévrotique. Ceci permet d'exposer les muscles grands droits dont la séparation le long de la ligne médiane donne accès au péritoine qui sera incisé longitudinalement. Cette technique est préférable à la laparotomie médiane pour trois raisons :
  - Un résultat esthétique meilleur ;
  - Une incidence très basse des hernies cicatricielles ;
  - Et une meilleure résistance à une éventuelle mise sous-tension lors d'une grossesse ultérieure.

Cependant l'exécution de l'incision de PFANNENSTIEL prend beaucoup de temps, d'où elle n'est pas conseillée en cas d'extrême urgence. Cette technique constitue une des voies d'abord de la césarienne segmentaire.

## **2.6 Types d'hystérotomies :**

- **Hystérotomie segmentaire transversale**

L'incision utérine se fait selon un tracé arciforme à concavité sur la face antérieure du segment inférieur. C'est la technique la plus utilisée car elle permet d'obtenir une bonne cicatrisation.

- **Hystérotomie segmentaire longitudinale**

Plus délicate que la segmentaire transversale. L'incision se fait longitudinalement sur la face antérieure. Elle offre une cicatrice de moins bonne qualité.

- **Hystérotomie corporéale**

L'incision se fait longitudinalement sur le corps utérin à sa face antérieure. Cette technique est d'indication restreinte pour deux raisons :

- ❖ Les risques septiques sont très élevés lorsque l'intervention survient après un certain temps de travail à œuf ouvert. Notons qu'avec l'avènement de l'antibiothérapie ce risque est minimisé.
- ❖ La cicatrice obtenue est souvent de mauvaise qualité. Une nouvelle grossesse est souvent mal venue car elle fait courir le risque d'une rupture utérine inopinée au cours du travail d'accouchement.

- **Hystérotomie segmento-corporéale :**

Commencer le plus bas possible (segment inférieur) l'incision utérine remonte longitudinalement sur le corps utérin pour obtenir l'ouverture nécessaire et suffisante à l'extraction fœtale. Cette technique est souvent décidée en « per opératoire » devant l'impossibilité de réaliser une hystérotomie segmentaire pure.

- **Césarienne itérative :**

Il s'agit d'une hystérotomie à faire sur un utérus cicatriciel, ayant déjà subi une césarienne.

## **2.7 Anesthésie et césarienne :**

L'anesthésie pour une césarienne, classiquement, peut être obtenue de deux manières : une anesthésie générale et une anesthésie locorégionale. Plusieurs autres techniques peuvent être utilisées : l'anesthésie épidurale et locale.

- **Anesthésie locorégionale :**

Les avantages :

- La mère est consciente, il n'y a donc pas de risque d'inhalation.
- Le risque de la dépression du nouveau-né est diminué.

Les inconvénients :

- Une hypotension liée au bloc sympathique, la prévention s'obtient par remplissage vasculaire et administration de vasoplégiques.

- **Anesthésie générale :**

Les avantages :

L'induction est rapide, c'est une technique fiable, contrôlable avec hypotension modérée.

Les inconvénients :

Le risque d'inhalation est élevé dans ce cas-ci (syndrome de Mendel son).

## **2.8 Les complications postopératoires :**

- ✓ **Les complications maternelles :**

- **Les complications infectieuses :**



Elles sont les plus nombreuses, 30 à 40% des césariennes selon la littérature. Cette fréquence trouve son explication dans cette phrase de GALL : « la flore vaginale, après que la rupture des membranes, les touchers, les manœuvres, en aient permis l'ascension, trouve dans les tissus lésés les petits hématomes, le matériel de suture, un excellent milieu de culture ».

Les principales complications infectieuses sont : l'endométrite, les suppurations et abcès de la paroi, voire même la septicémie.

- **L'hémorragie post opératoire :**

Plusieurs sources existent :

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

- **Les complications digestives :**

L'ilus paralytique post opératoire fonctionnel, les vomissements, la diarrhée.

- **La maladie thromboembolique :**

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

- **Les complications diverses :**

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolies amniotiques.

- **Les complications chez le nouveau-né :**

En dehors de toute souffrance fœtale pendant la grossesse, on peut avoir :

- les complications liées aux drogues anesthésiques : dépression respiratoire du nouveau-né

- les troubles respiratoires : la détresse respiratoire
- les complications infectieuses
- la mortalité du nouveau-né.

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1 -Cadre d'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

#### **❖ Description du centre de santé de référence de la commune V :**

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V, VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de référence de la commune V (service socio sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCOM). Sur les 10 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

A la faveur de l'essor du centre, par ses bonnes prestations il fut choisi en 1993 pour rester le système de référence décentralisé. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fut un succès a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V et partant de ce succès le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par L'IMCM pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999 le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme

et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Le centre comporte plusieurs services et bâtiments dont :

- Un bureau des entrées.
- un service de médecine générale.
- La chirurgie générale.
- Une unité de Pédiatrie.
- L'odontostomatologie.
- Une unité d'ophtalmologie.
- L'ORL.
- L'USAC pour le suivi des personnes vivantes avec le VIH/SIDA.
- Une unité d'imagerie.
- Un cabinet dentaire.
- L'unité antituberculeuse.
- Un laboratoire d'analyse.
- Une pharmacie.
- Une cantine.
- Un service d'hygiène.
- Une salle d'informatique.
- Deux box de consultation externe.
- Une salle de staff.
- Un service de Gynécologie obstétrique.
- Trois blocs opératoires fonctionnels.
- Une morgue.
- Une mosquée.
- Des toilettes externes pour les malades.
- Un bureau de comptabilité.

**❖ Description du service de gynécologie obstétrique :**

Le service est situé à l'aile sud du centre de santé de référence de la commune V ; il est constitué de :

- Une salle d'accouchement avec 4 tables.
- Une salle d'attente avec 2 lits.
- Une salle de surveillance du post-partum avec 4 lits.
- Une unité de grossesses à risque et de suites de couches constituée de 4 salles d'une capacité de 18 lits.
- Une unité de néonatalogie et mère kangourou.
- Une unité de planification familiale (PF).
- Une unité de PEV.
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse.
- Une unité de soins après avortement (SAA).
- Une unité de consultation prénatale (CPN) et de prévention de la transmission mère enfant (PTME) du VIH-SIDA.
- Une salle d'urgence pour les urgences gynécologiques et obstétricales.
- Une salle des internes.
- Une salle de garde pour les infirmières.
- Une salle de consultation externe pour les médecins gynécologues obstétriciens et pour le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.
- Une salle de garde pour les médecins du service.
- Une salle de consultation pour les anesthésistes réanimateurs.
- Deux blocs opératoires fonctionnels (un bloc pour les urgences et le second pour les interventions chirurgicales programmées).
- Une salle de réveil comprenant deux lits avec source d'oxygène.
- Une salle de stérilisation.
- 5 salles d'hospitalisation pour la chirurgie gynécologique et obstétricale d'une capacité de 25 lits.
- Un bureau pour le médecin chef du service.
- Un secrétariat pour le chef de service.

Ce service est dirigé par un professeur agrégé en gynécologie obstétrique, assurant par ailleurs la fonction de directeur du centre. Le chef de service assure la formation des D.E.S en gynécologie obstétrique et des étudiants des différents ordres sanitaires (FMPOS, IFSS et des secteurs privés).

❖ **Le Personnel : Il comporte :**

- Cinq médecins spécialisés en gynécologie obstétrique.
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'étude spéciale (DES).
- Des étudiants en année de thèse.
- Des sages-femmes.
- Des infirmières obstétriciennes.
- Des Aides-soignantes.
- Des médecins généralistes.
- Un pédiatre.
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation.
- Des instrumentistes.
- Des manœuvres.
- Des chauffeurs d'ambulance.
- Des majors.
- La secrétaire du professeur.

❖ **Fonctionnement :**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Les consultations prénatales des personnes vivantes avec le VIH sida ; tous les mardis dans l'après-midi par le chef de service.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au jeudi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco obstétricales.

Le bloc opératoire à froid fonctionne tous les jours ouvrables et est réservé aux interventions programmées. Le bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et gynéco obstétricales est fonctionnel vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

## **2- Type et période d'étude :**

Nous avons entrepris une étude prospective descriptive allant de février à septembre 2010

## **3- Population d'étude :**

Toutes les femmes admises pour accouchement au CS réf de la commune cinq.

## **4- Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans notre étude toutes patientes ayant bénéficié d'une césarienne dans notre service pendant la période d'étude.

## **5- Critères de non inclusion :**

N'ont pas été incluses dans cette étude :

-Toutes patientes ayant bénéficié d'une césarienne en dehors de la période d'étude

-Toutes patientes ayant bénéficiée d'autre intervention chirurgicale autre que la césarienne.

-Toutes patientes ayant bénéficié de la césarienne dans une autre structure et admise dans notre service pour une complication quelconque.

## **6- Collecte des données :**

### **❖ Supports des données :**

Les documents suivants ont servi de supports des données :

- Registre d'accouchements ;
- Registre de césariennes ;
- Dossiers obstétricaux ;
- Registre de références/évacuations ;
- Registre de comptes rendu opératoires ;
- Registre de transfert de nouveau-nés ;
- Registre de décès périnataux ;
- Registre de décès maternels ;
- Registre d'anesthésie.

### **❖ Déroulement pratique de l'étude :**

.Nous avons pris en compte toutes patientes ayant bénéficié de la césarienne durant la période d'étude.

Conformément aux normes et procédures en vigueur dans notre pays, toutes les grossesses à risque sont référées à un niveau supérieur II ou III où existent les compétences requises.

C'est ainsi que certaines grossesses à risque ont été vues en prénatal par des médecins qui, à un certain moment ont posé l'indication de la césarienne prophylactique (programmée ou élective). Cette indication est basée sur les arguments :



- Cliniques : pelvimétrie externe et interne, anomalie de présentation et du poids fœtal (suspicion de gros fœtus) et ou les antécédents de la patiente (mort intra partum ou néonatale précoce sur bassin limite).
- Para cliniques : radiopelvimétrie, scanno-pelvimétrie, échographie obstétricale, radiographie du contenu utérin).

Dans notre service la césarienne prophylactique a lieu vers la 38<sup>ème</sup> SA parfois avant en cas de pathologie associée (HTA, Diabète) mal maîtrisée, après un bilan pré opératoire assorti d'une consultation pré anesthésique et une commande de sang iso groupe iso Rhésus

Ce bilan pré opératoire systématique comprend entre autre :

- Groupe sanguin ABO, facteur rhésus (pour celles qui n'étaient pas groupées) ;
- NFS (Numération et Formule Sanguine ; vitesse de sédimentation) ;
- Glycémie à jeun ;
- Uricémie ;
- Créatinémie ;
- Transaminases ;

#### ❖ Variables étudiées :

Ont été :

Age, parité, occupation, le niveau d'instruction, le mode d'admission, le motif d'admission, la provenance, indication de césarienne, le niveau socioéconomique

#### **7-Analyse et traitement des données :**

Les données ont été saisies sur Word 2007 et Excel 2007 puis analysées par le logiciel Epi-Info version 6.04

Tests statistiques khi<sup>2</sup> de Student ont été utilisés.

Le seuil significatif a été fixé à  $p < 5\%$ .

### 8- Définitions opératoires :

- Patiente : gestante ou parturiente
- Primigeste : 1 grossesse
- Pauci geste : 2 à 3 grossesses
- Multi geste : 4 à 5 grossesses
- Grande multi geste :  $\geq 6$  grossesses
- Primipare : 1 accouchement
- Pauci pare : 2 à 3 accouchements
- Multipare : 4 à 5 accouchements
- Grande multipare :  $\geq 6$  accouchements
- **Auto référence** : patiente venue d'elle-même.
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adoptée sans la notion d'une urgence.
- **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.
- **Phase active du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale 4 à 10cm.
- **Phase de latence** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale de 0 à 3cm.
- **Césarienne prophylactique** : césarienne programmée, lors des CPN et faite avant début du travail d'accouchement.
- **Césarienne en urgence** : césarienne réalisée pendant le travail d'accouchement. Les indications de césarienne d'urgence étaient d'ordre maternel, fœtal, et utérin.

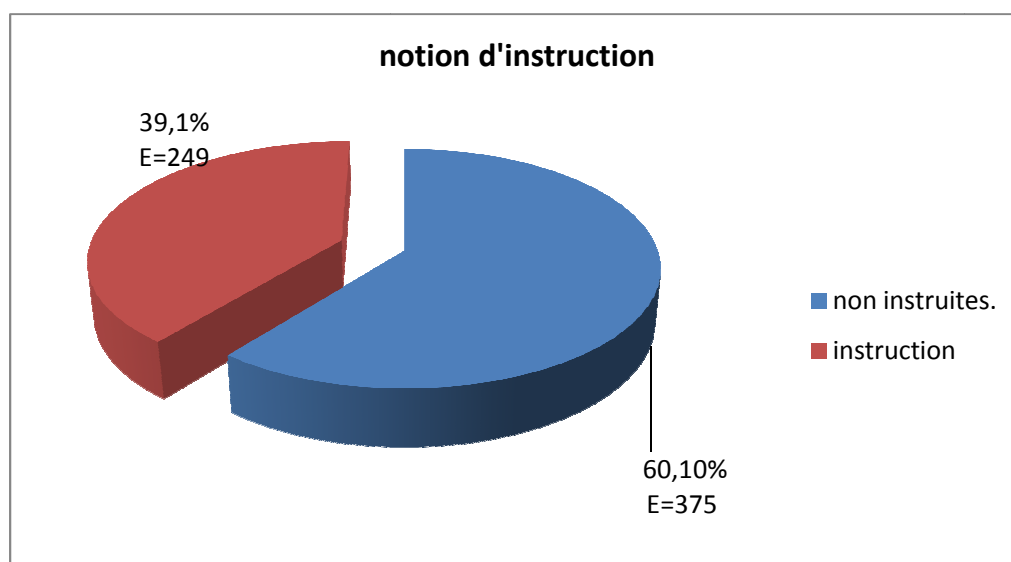
- **Bas niveau socioéconomique** : très pauvres et pauvres.
- **Haut niveau socioéconomique** : riches et très riches
- **Puits protégé** : puits couvert
- **Puits non protégé** : puits non couvert
- **Apgar morbide** : nouveau-né ayant un Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute entre 1 et 3.
- **Score infectieux** : ensemble de paramètres côtés de 0 à 2 qui permettent d'évaluer le risque infectieux en cas de césarienne. Voir annexe.

## V. RESULTATS

Pendant notre période d'étude nous avons réalisés 624 césariennes sur un total de 5856 accouchements soit une fréquence de 10,65%.

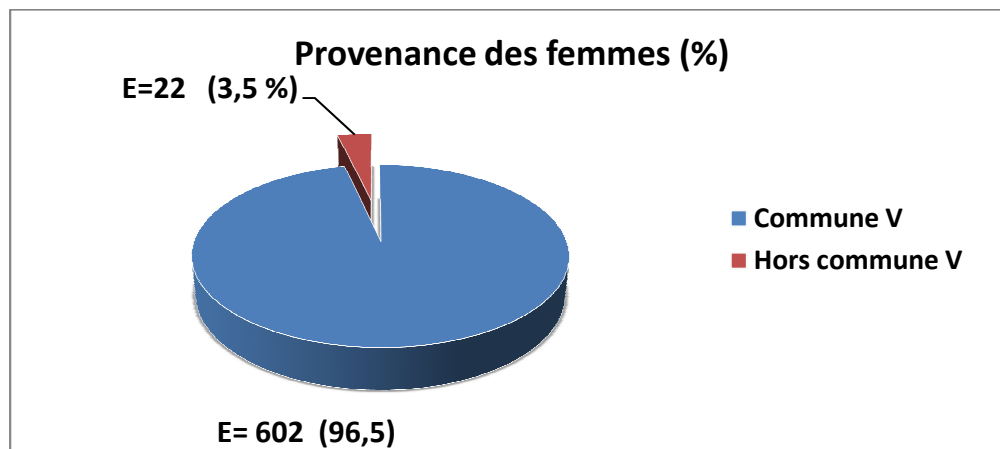
### 5.1 Caractéristiques des femmes enquêtées

#### 5.1.1 Niveau d'instruction



**Figure 1** : Répartition des patientes selon leur niveau d'instruction

### 5.1.2 Provenance



**Figure 2 :** Répartition des patientes selon la commune de provenance

### 5.1.3 Occupation

**Tableau I :** Répartition des patientes selon l'occupation des femmes

Occupations	Effectifs	%
Commerçante	46	8.17
Elève/Etudiante	47	7.53
<b>Ménagère</b>	<b>468</b>	<b>75</b>
Fonctionnaire	58	9.29
Total	624	100

### 5 .1.4 : Motif d'admission

**Tableau II** : Répartition des patientes selon le motif d admission

Motif d'admission	Effectifs	%
Ancienne césarienne	19	3.0
Bassin rétréci	16	2.56
Césarienne prophylactique	99	15.86
<b>Contractions utérines douloureuses</b>	<b>275</b>	<b>44.1</b>
HU excessive	11	1.8
Hémorragie/grossesse	42	6.73
HTA/grossesse	17	2.72
Présentation vicieuse	29	4.64
SFA	14	2.24
Imprécis	102	16.34
Total	624	100

### 5.1.5: L'indication de césarienne

**Tableau III** : Répartition des patientes selon l'indication de césarienne

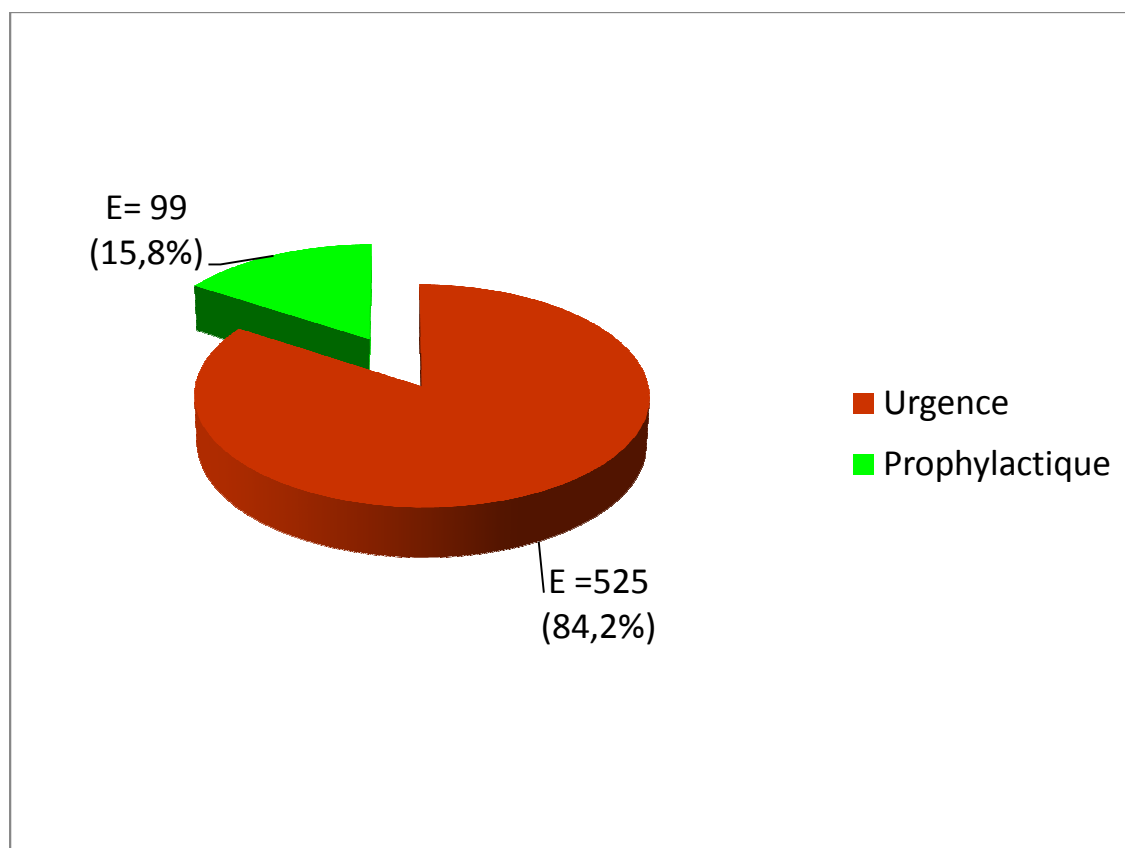
Indications	Effectifs	%
Bassin rétréci	95	15.2
Utérus cicatriciel	167	26.8
<b>Souffrance fœtales</b>	<b>196</b>	<b>31.4</b>
Pathologies maternelles	67	10.7
C . Prophylactique	99	15.8
Total	624	100

NB Pathologies maternelles sont : hypertension artérielles et le diabète

C.prophylactique = césarienne prophylactique

Les indications de césariennes prophylactiques n'étaient pas précisées

### 5.1.6 Contexte de la césarienne



**Figure 3** : Contexte de la césarienne

### 5.1.7 : Mode d'admission

**Tableau IV** : Répartition des patientes selon mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	%
Evacuation	197	31.6
Référence	122	19.6
<b>Venue d'elle-même</b>	<b>300</b>	<b>48.1</b>
Pas d'information	5	0.8
Total	624	100



### 5.1.8 : Tranche d'âge

**Tableau V : Répartition des patientes selon âge de la femme**

Tranche d'âge	effectifs	%
< 20	125	20.0
<b>20-34</b>	<b>413</b>	<b>66.2</b>
≥ 35	85	13.6
Total	624	100

Agés extrêmes : 13ans et 45 ans, Age moyen :  $25,98 \pm 6,65$ , Age médian : 26

### 5.1.9: Parité

**Tableau VI : Répartition des patientes selon la parité**

Parité	effectifs	%
Primipare	165	26.4
<b>pauci pare</b>	<b>236</b>	<b>37,8</b>
Multipare	121	19,4
Grande multipare	102	16,4
Total	624	100

## 5.2. Niveau socioéconomique de la femme selon certaines caractéristiques

### 5.2.1 Le niveau socioéconomique global des femmes césariées

**Tableau VII: Répartition des femmes selon leur niveau socioéconomique**

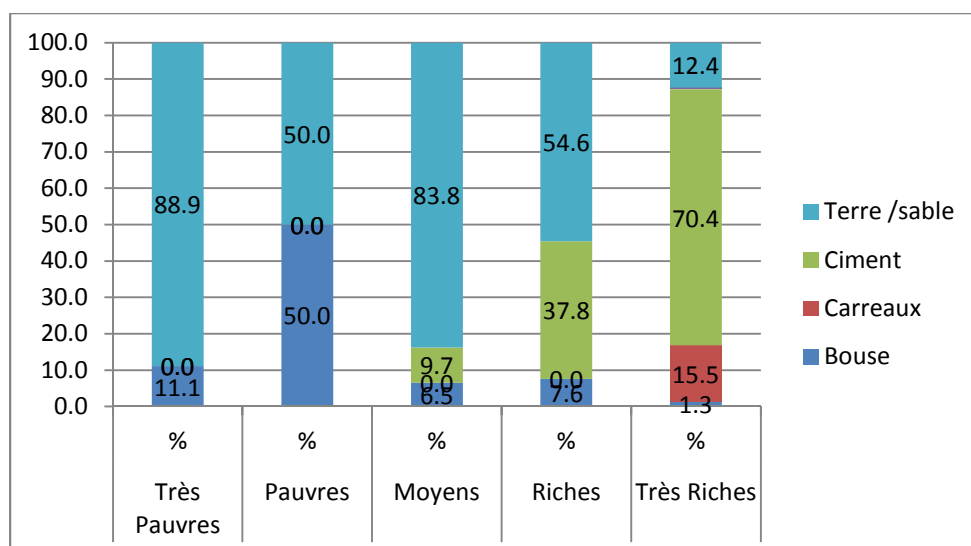
Niveau socioéconomique	effectif	%
Très pauvres	9	1,4
Pauvres	6	1
Moyens	31	4,9
Riches	119	19,1
<b>Très riches</b>	<b>459</b>	<b>73,6</b>
Total	624	100

## 5.2.1 Eléments de détermination du niveau socioéconomique des femmes césariées

### 5.3 L'analyse du niveau socio-économique des femmes enquêtées selon un certain nombre de facteurs

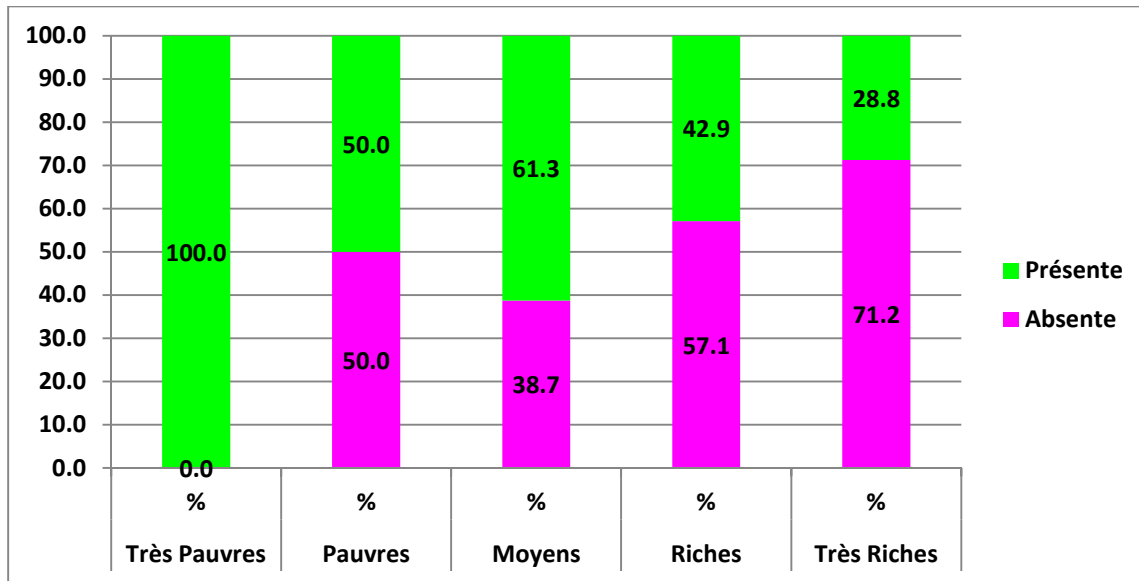
#### 5.3.1 Les cinq éléments de détermination du niveau socio-économique (le sol, la source d'énergie, l'eau de boisson, la présence de télévision ou d'un vélo dans le ménage)

##### 5.2.1.1 Le revêtement du sol du ménage de la femme



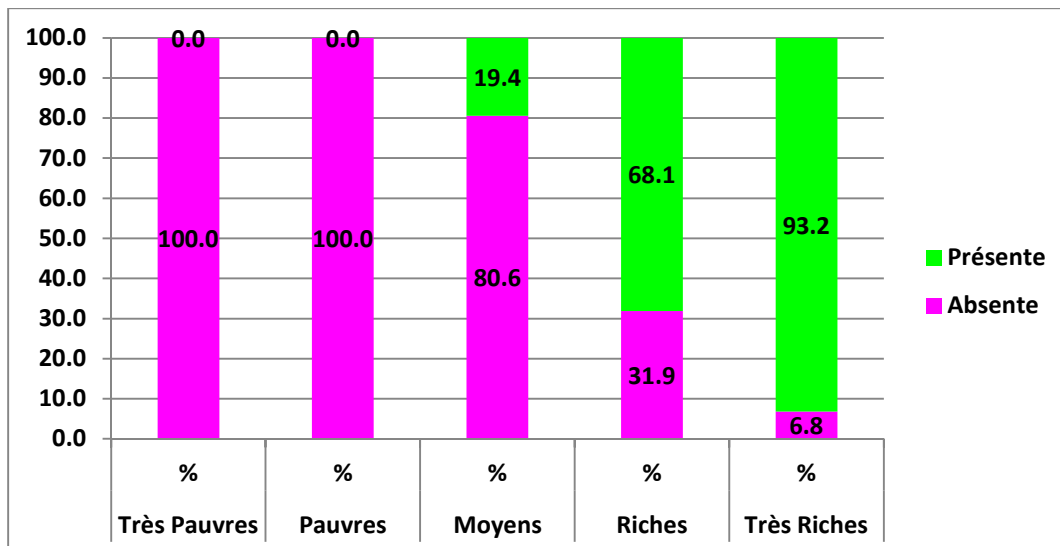
**Figure 4** : niveau socioéconomique selon le revêtement du sol

### 5.2.1.2 Présence d'une bicyclette dans le ménage



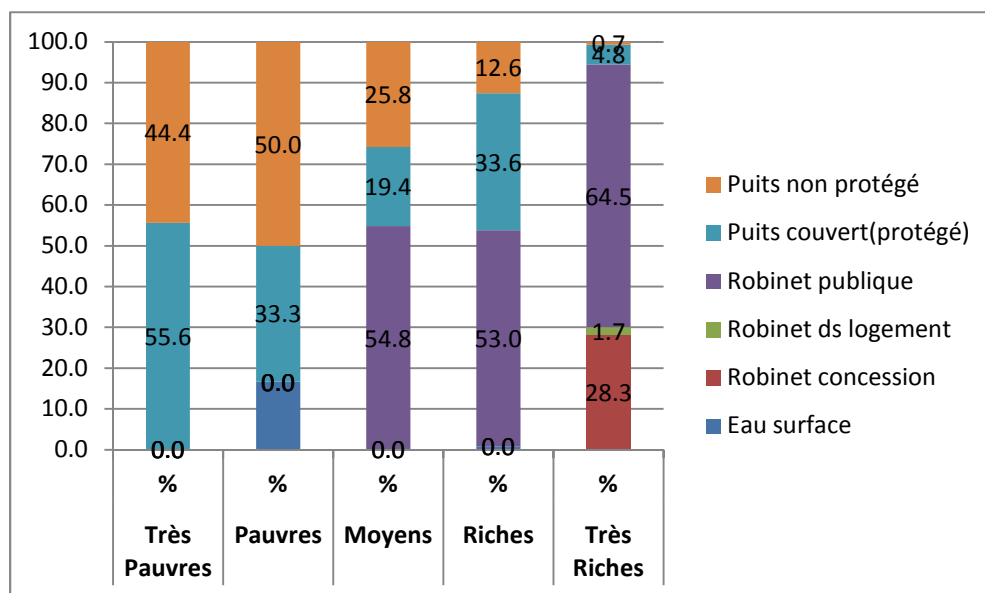
**Figure 5 :** niveau socioéconomique selon la présence d'une bicyclette dans le ménage

### 5.2.1.3 Présence d'un téléviseur dans le ménage



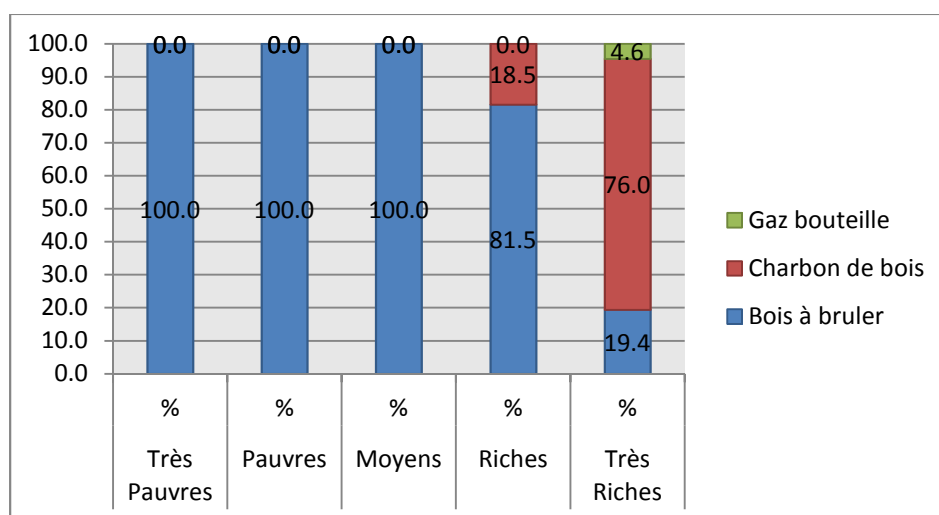
**Figure 6 :** niveau socioéconomique selon la présence d'une télévision dans le ménage

### 5.2.1.4 Eau de boisson pour le ménage de la femme



**Figure 7 :** niveau socioéconomique selon la provenance d’eau de boisson dans le ménage

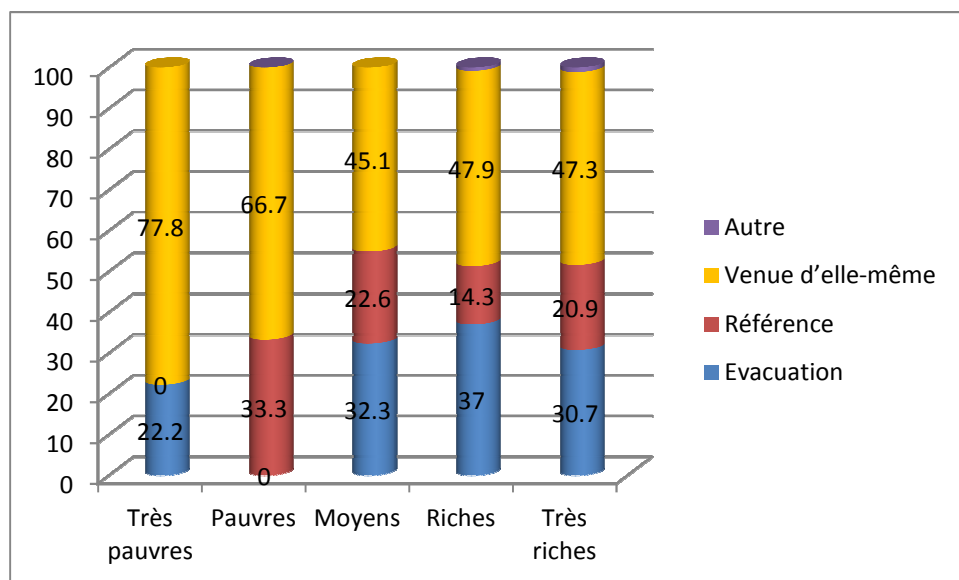
### 5.2.1.5 Type de combustible utilisé dans le ménage de la femme



**Figure 8 :** niveau socioéconomique de la femme selon le type de combustible utilisé dans le ménage

## 5.2.2 Niveau socioéconomique des femmes césariées selon certaines caractéristiques

### 5.2.2.1 Mode d'admission

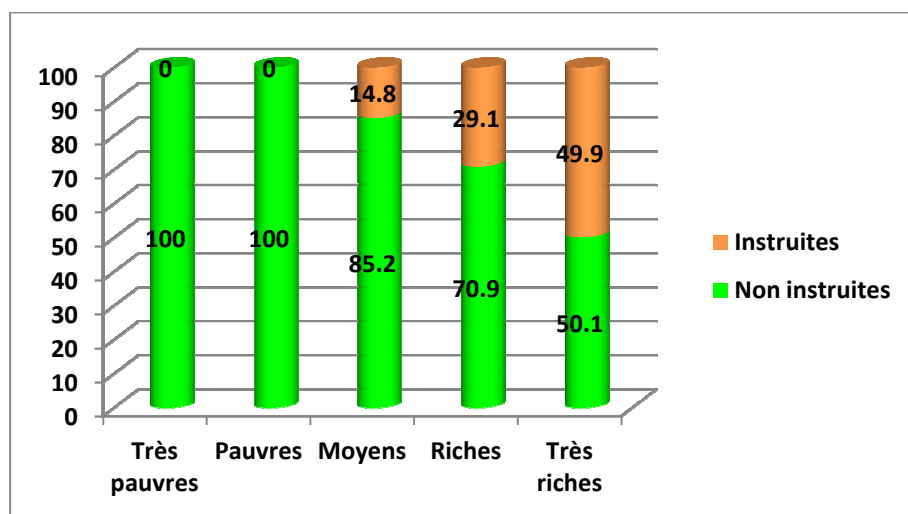


**Figure 9** : Niveau socioéconomique et mode d'admission (%)

Khi<sup>2</sup>=482,2056      P= 0,0000

Il y a une différence statistiquement significative

### 5.2.2.2 Niveau d'instruction



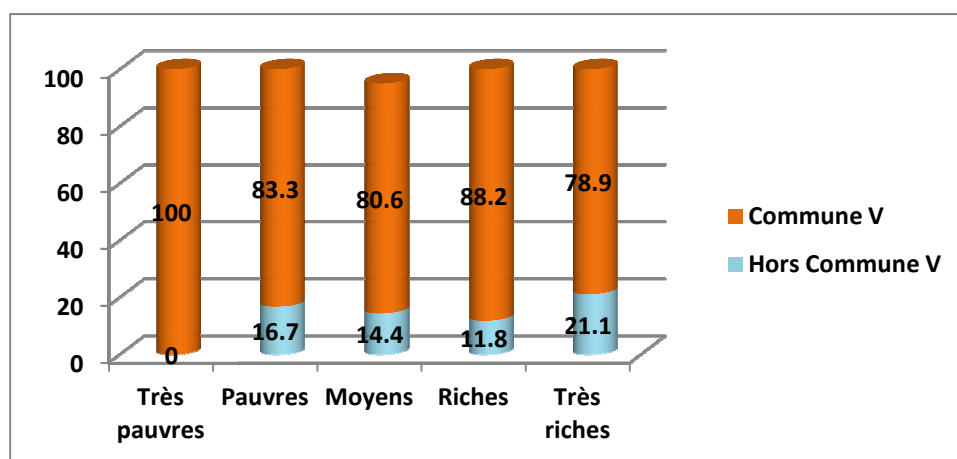
**Figure 10:** Niveau socioéconomique et niveau d'instruction

$Kh^2=335,0445$

$P=0,0000$

La différence statistique est hautement significative

### 5.2.2.3 Provenance



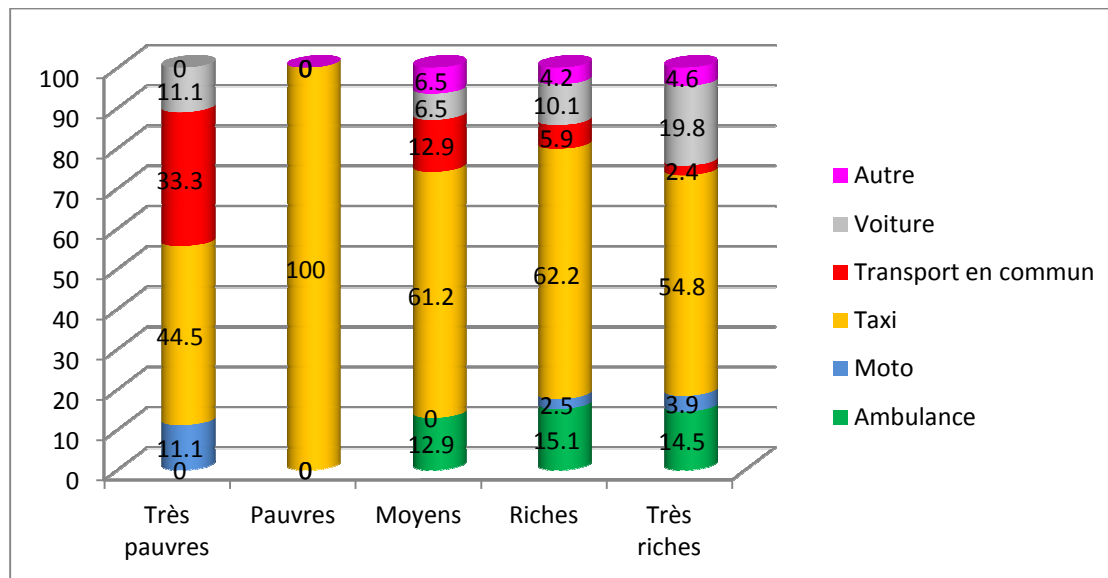
**Figure 11:** Niveau socioéconomique et la provenance

$Kh^2= 8,5138$

$P=0,0745$

Pas de différence statistiquement significative

### 5.2.2.4 Moyen de transport



**Figure 12** : Niveau socioéconomique et moyen de transport

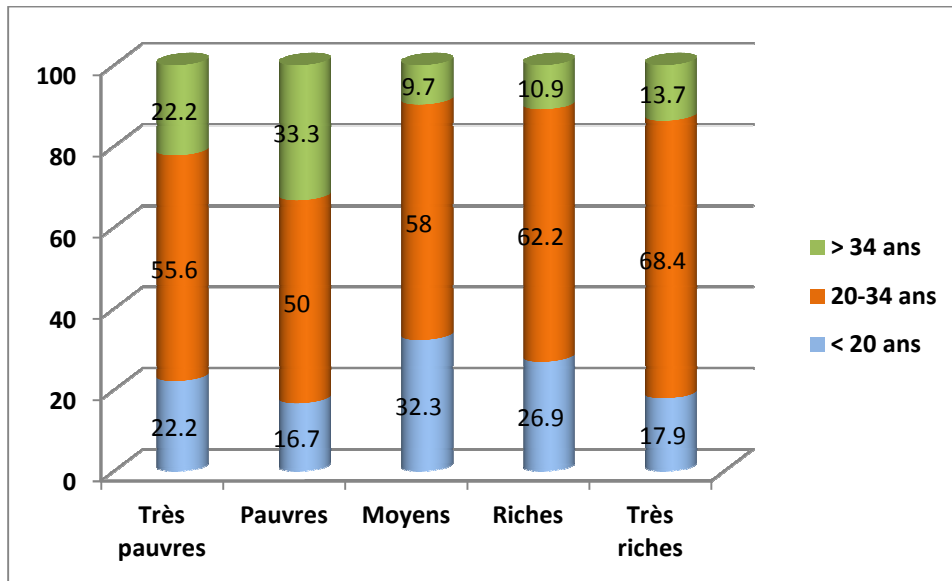
$Kh^2=681,4148$

$P=0,0000$

La différence statistique est hautement significative



### 5.2.2.5 Tranche d'âge :



**Figure 13 :** Niveau socioéconomique et l'âge

**$Kh^2=464,5203$ ,  $P=0,000$**

La différence statistique est hautement significative.

### 5.2.2.6 Occupation :

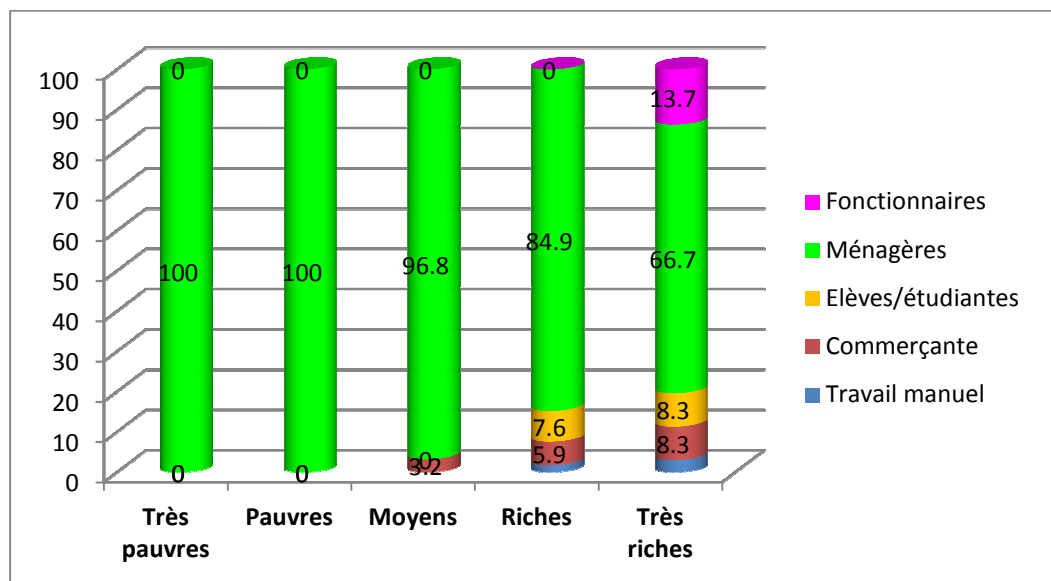


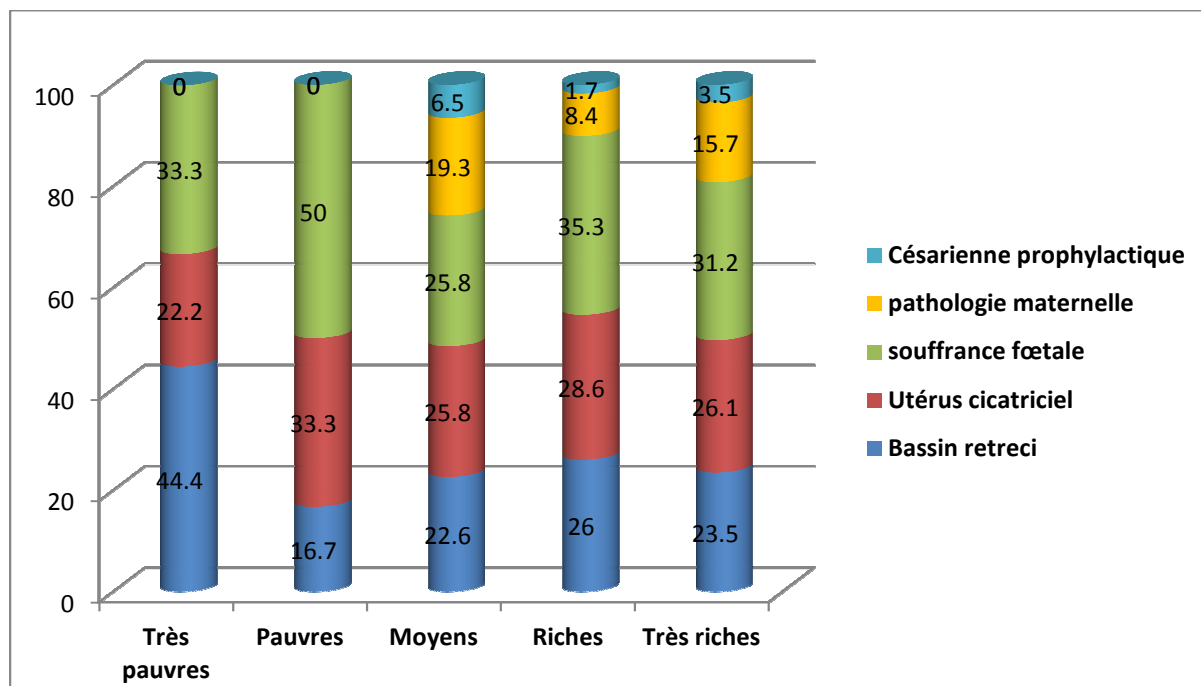
Figure 14 : Niveau socioéconomique et l'occupation

$\chi^2=845,8943$

$P=0,0000$

La différence statistique est hautement significative

### 5.2.2.7 Indication de césarienne



**Figure 15** : Niveau socioéconomique et l'indication de césarienne

**$\chi^2=529,2700$      $P=0,0000$ ,**

La différence statistique est hautement significative

**Tableau VIII : Répartition des patientes selon le contexte de césarienne et le niveau socio-économique**

Contexte de césarienne	Très pauvres		Pauvres		Moyens		Riches		Très riches	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
Césarienne prophylactique	0	0	1	16,7	6	19,4	15	12,6	77	15,6
Césarienne d'urgence	9	100	5	83,3	25	81,6	104	87,4	418	84,4

**$Kh^2=42,4560$**

**$P=0,0000$**

E= effectif

La différence statistique est hautement significative

## **VI. COMMENTAIRES & DISCUSSION**

**6.1 Fréquence:** Pendant notre période d'étude nous avons réalisés 624 césariennes sur un total de 5856 accouchements soit une fréquence de 10,65%.

### **6.2 Caractéristiques socio démocratique**

#### **6.2.1 Le niveau d'instruction :**

Les patientes non instruites sont les plus représentées avec 60,1%. Car la scolarisation des filles dans notre pays est toujours un sujet difficile à résoudre.

#### **6.2.2 La provenance :**

La quasi-totalité des femmes césariées au cours de cette étude est venue de la commune cinq. Parce que c'est dans cette commune que nous avons réalisés cette étude.

#### **. 6.2.3 Occupations :**

Les femmes enquêtées sont des ménagères dans la majorité des cas avec une fréquence de 75%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le niveau d'instruction est généralement bas et que les femmes s'occupent principalement du ménage.

#### **6.2.4 Tranche d'âge**

La tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 20ans et 34ans soit 66,2%. Cette période correspond à l'âge optimal pour la fécondité

#### **6.2.5 Parité**

Les pauci pares sont les plus représentées soit 37,8%, suivi des primipares avec 26,4%. Parce que notre société est une société pro-natale.

#### **6.2.4 Motif d'admission :**

Près de la moitié des femmes enquêtées c'est-à-dire 44,1% sont venues pour contractions utérines douloureuses. Parce que c'est le principal signe du travail d'accouchement.

#### **6.2.5 Mode d'admission :**

La plus part des femmes césarisées sont venues d'elles-mêmes soit 47,9% et 31,6% ont été évacuées. Par contre 19,6% des femmes ont été référées. Cela explique que le système référence / évacuation fonctionne assez bien

### **6.3 Caractéristiques cliniques**

#### **6.3.1 Indications de césarienne**

Les indications de césarienne liées à la souffrance fœtale dominant avec 31,4%, suivie de celles liées à l'utérus cicatriciel avec un taux de 26,8%, et le bassin rétréci a été l'indication de césarienne dans 15,2% des cas.

Les progrès réalisés en obstétrique l'instrumentalisation de la surveillance de l'accouchement ont contribué à l'évolution de l'indication de césarienne liée au fœtus

#### **6.3.2 Contexte de césariennes**

La césarienne d'urgence a été réalisée chez 84,2% des femmes enquêtées contre 15,8% de césarienne prophylactique. Le mauvais suivi des grossesses à risque par les personnels de santé non qualifiés et les femmes non suivies font que les femmes qui doivent bénéficier d'une césarienne prophylactique, viennent en travail.

## **6.4 Aspect socioéconomique**

### **6.4.1 Niveau socio économique selon certains facteurs**

#### **6.4.1.1 Niveau socio économique**

Au cours de notre étude, les femmes qui ont un niveau socioéconomique élevé c'est-à-dire les très riches ont bénéficié plus de césarienne soit 73,6% et les riches 19,1% .par contre celles qui ont un bas niveau socioéconomique, c'est-à-dire les très pauvres et les pauvres ont bénéficiés moins de césarienne avec pour fréquence respective 1,4% et 1%.

La meilleure fréquentation des structures de santé par les femmes riches a fait que ces dernières ont bénéficié de plus de césariennes prophylactiques.

#### **6.4.1.2 Niveau socioéconomique selon le revêtement du sol**

Le revêtement du sol des très pauvres est constitué de 88,9% de terre ou sable et de 11,1% de bouse d'animal. Tandis que 37,8% des riches et 70,4% des très riches ont leur revêtement du sol en ciment. Néanmoins 15,5% du revêtement des très riches est constitué en carreaux.

Le revêtement du sol est un critère d'aisance, seules les femmes de haut niveau socio économiques peuvent se procurer d'un revêtement en carreau

#### **6.4.1.3 Présence de bicyclette dans le ménage**

Au cours de cette étude, la bicyclette est présente dans le ménage de toutes les femmes très pauvres et 50% des pauvres. Seulement 42,9% des riches et 28,8% des très riches présentent une bicyclette dans leur ménage.

Parce que la bicyclette est le moyen de déplacement le moins chère avec un accès facile

#### **6.4.1.4. Présence d'un téléviseur dans le ménage**

Aucune femme de bas niveau socioéconomique (très pauvre et pauvre) n'a une télévision dans le ménage au cours de notre étude. Tandis que 68,1% des riches et 93,2% des très riches ont au moins une télévision dans le ménage.

#### **6.4.1.5. Provenance de l'eau de boisson**

Dans notre échantillon ; 44,4% des très pauvres et 50% des pauvres utilisent l'eau des puits non protégés comme eau de boisson dans leur ménage. Tandis que 55,6% des très pauvres et 33,3% des pauvres utilisent l'eau des puits protégés.

Plus de la moitié des femmes ayant un niveau socioéconomique élevé : 53% des riches et 64,5% des très riches utilisent l'eau de robinet publique comme eau de boisson.

#### **6.4.1.6. Type de combustible**

Les femmes de haut niveau socio économique c'est-à-dire 76% des très riches utilisent le charbon de bois comme type de combustible. Seulement 19,4% des très riches utilisent le bois à brûler. Le gaz bouteille est utilisé par 4,6% de très riches. Par contre celles de bas niveau socio économique (très pauvres et pauvres) utilisent uniquement le bois à brûler comme combustible.

### **6.5 Relation entre niveau socioéconomique et certaines caractéristiques**

#### **6.5.1. Mode d'admission et niveau socio économique**

La quasi-totalité des femmes de bas niveau socioéconomique sont venues d'elles-mêmes (77,8% des très pauvres et 66,7% des pauvres). Tandis que 14,3% des riches et 20,9% des très riches sont rentrées dans le système de référence et 37% de riches et 30% des très riches évacuées. Il ya une relation statistique significative entre les deux variables ( $P=0,0000$ ).



### **6.5 .2. Niveau d'instruction et niveau socio-économique**

Toutes les femmes de bas niveau économique sont non instruites .Tandis que 49,9 % de très riches et 29,1% de riches sont instruites.

Le niveau d'instruction est directement proportionnel au niveau socioéconomique. La différence statistique est significative ( $p=0,0000$ )

### **6.5.3. Provenance et niveau socioéconomique**

Toute la totalité des femmes de bas niveau socioéconomique sont venues de la commune cinq. Tandis que 21,1% des très riches sont venues des autres communes de Bamako.

Certaines structures de santé du cercle de KATI sont plus proches de la commune V ; et le centre de santé de référence de la commune V est plus sollicité par certains et les CSCOM des autres communes de BAMAKO.

Il n'ya pas de différence statistique significative ( $P= 0,07745$ )

### **6.5.4. Moyen de transport et niveau socio économique**

Le moyen de transport le plus utilisé pour se rendre au CSREF CV pendant la période d'étude est le taxi : 44,5% des très des pauvres ; 100% des pauvres ; 62,2% des riches ; 54,8% des très riches. Cela explique que le taxi est le moyen de transport le plus disponible.

Par contre l'ambulance a été utilisée uniquement par les femmes de haut niveau socioéconomiques soit 14,5% des très riches et 15,1% des riches. Parce qu'elles sont rentrées dans le système de référence /évacuation. La différence statistique est significative ( $p=0,0000$ )

### **6.5.5. Le niveau socioéconomique et l'âge**

La tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 20-34 ans avec une proportion légèrement élevée chez les très riches soit 68,2% contre 55,6% des très pauvres.

La différence statistique est significative ( $p=0,0000$ )

### **6.5.6 Occupation et niveau socioéconomique**

Durant cette enquête toutes les femmes de bas niveau socioéconomique sont des ménagères. Alors que 13,7% des riches sont des fonctionnaires, 8,3% sont des commerçantes. La différence statistique est significative ( $p=0,0000$ ).

### **6.5.7 Indications de césarienne et niveau socio économique**

Près de la moitié des femmes très pauvres ont une indication de césarienne liée au bassin avec 44,4% et 31,2% des très riches ont une indication de césarienne liée au fœtus.

A noter que toutes les pauvres ont bénéficiés d'une césarienne d'urgence. Tandis que, 1,7% des riches et 3,5% des très riches ont bénéficiés d'une césarienne prophylactique. Cela s'expliquerait par le suivi régulier de la grossesse par les femmes de haut niveau socioéconomique.

La différence statistique est significative ( $p=0,0000$ )

## **VII- CONCLUSION**

La césarienne constitue un des grands axes stratégique dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Raison pour laquelle l'état Malien a rendu gratuite la césarienne pour que toutes les couches de la société puissent en bénéficier. Ainsi, les femmes de bas niveau socioéconomique semblent bénéficier moins de cette politique que les femmes de haut niveau socioéconomique.

## **VIII- RECOMMANDATIONS**

Sur la base des résultats détaillés dans ce rapport, nous avons établi une liste de recommandations :

### **Aux autorités sanitaires :**

- Assurer la formation continue du personnel sanitaire à travers les supervisions formatives.
- Former le personnel en technique de communication pour le changement de comportement (CCC).
- Renforcer le fonctionnement du système de référence / évacuation,
- Mettre en place des réseaux de communication fiables entre les établissements de santé
- Revoir le contenu des kits de césarienne
- Mettre en place un nombre suffisant de banques de sang et appliquer une politique efficace de collecte de sang.
- Elaborer une stratégie à long terme pour assurer la pérennité de la politique de césarienne gratuite et pour lever les obstacles persistants de l'accès aux soins obstétricaux essentiels au Mali (accouchements normaux, césariennes, etc.)

### **Aux personnels sanitaires :**

- Promouvoir la consultation prénatale recentrée :
- Dépister les facteurs de risque associés à la grossesse (utérus cicatriciel, antécédent de mort intra partum et de décès néonatal précoce) ;
- Orienter vers les établissements sanitaires adaptés tous les cas de grossesses à risque ;
- Expliquer aux patientes les signes de dangers liés à la grossesse et l'accouchement ;

- Promouvoir l'espace de naissance (planning familial).

**Aux populations :**

- Fréquenter les établissements de santé maternelle et infantile les plus proches.
- Adhérer aux principes de la CPN recentrée.
- Lutter contre la pauvreté.
- Lutter contre élitisme.

## 8. REFERENCES

1. **Macro International Inc. EDSM IV.** Publication. Calverton, Maryland, 2007.
2. **WHO., UNICEF., UNFPA., and the World Bank. 2007. Maternal Mortality in 2005.** Rep. Geneva.
3. **Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) and Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006, Dataset.** Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI and Macro International Inc.
4. **Ministère de la Santé.2007c.** Etat de Mise en œuvre de la Stratégie de Césarienne Gratuite au Mali. Bamako, Mali.
5. **Ministère de la Sante. 2009a.** Arrête Interministériel No 90754 du 3 Avril 2009. Bamako, Mali.
6. **DAF Santé. 2010.** Amélioration de l'accès financier aux soins de santé, Expérience du Mali par rapport à la gratuité de la césarienne. Présentation a l'Atelier « l'Accès Financier aux Services de Sante pour les plus Pauvres », Harmonisation pour la Santé en Afrique, Dakar 2010.
7. **Konaté M K., Camara M H., and S. Plea. 2010.** Evaluation de la Gratuite de la Césarienne au Mali: Rapport de Recherche. Centre d'Appui a la Recherche et a la Formation (CAREF) for Health Systems 20/20 and ATN Plus. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.
8. **Impact and unfpa. 2009.** *Strategies for maternal mortality reduction in Senegal.* Rep. Aberdeen

**9-Bengaly A. 2008.** *Etude de la Mortalité Maternelle dans le Service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G.* Thesis

**10-UNICEF. 2008b.** *The State of the World's Children 2009.* Rep. New York. UNICEF. 2008b. *The State of the World's Children 2009.* Rep. New York.

**11-Melchior J., Bernard N., Raoust I.** “Evaluation des indications de césariennes”. CNGO-MISSE à jour en Gynécologie et obstétrique Vigot éd 1988 ; 13, PP. 251-265.

**12-Pichaud A., Nlomé-nze A R., Kouvahe V O.** “Les conditions de césarienne et leur evolution au centre hospitalier de Libreville” Rev. Fr Gynecol. Obstet. 1990 : 8,5 (6) : 393-98.

**ANNEXES**

Etablissement du score infectieux et modification de l'attitude thérapeutique en fonction de la gravité de l'infection maternelle.

<b>Cotation</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Evacuation	Non suivi dans le service	Maternité de ville	Maternité rurale
Etat proche des eaux à l'admission	Intacte	Rompue <12h	Rompue >12h
Odeur du liquide amniotique	Non fétide [clair]	-	Fétide [purulent]
Température d'admission	<38°c	38°c <T< 39°c	>39°c
Degré d'anémie	Muqueuses colorées		Muqueuses décolorées
Etat du segment inférieur du myomètre per-opératoire	Segment normal, utérus bien rétracté	-	Segment inférieur effiloché, corps utérin mou, œdémateux godet +



**Score :**

- de 0-4 : césarienne classique ;
- de 5-8 : césarienne avec extra-péritonisation de la cicatrice d'hystérotomie ;
- de 9-12 : hystérectomie post-césarienne immédiate.

**NB** : < Inférieur ; > Supérieur

**Référence :** Journal gynécologique obstétrique Vol 29 supplément n°2 Novembre 2000 Masson.

**Score :**

- de 0-4 : Césarienne classique + mono-antibiothérapie
- de 5-8 : Césarienne + toilette de la cavité péritonéale par du sérum physiologique + bi antibiothérapie.
- De 9-12 :
  - ◆ **En première intention** : césarienne + toilette de la cavité péritonéale par du sérum physiologique, drainage + tri antibiothérapie.
  - ◆ **En deuxième intention** : hystérectomie post césarienne immédiate, toilette de la cavité péritonéale par du sérum physiologique, drainage + tri antibiothérapie.

GOUVERNORAT DU DISTRICT DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

+++++  
DIRECTION REGIONALE DE LA  
SANTÉ DU DISTRICT

+++++ **Un Peuple-Un But-Une Foi**

+--+--+--+

**CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE  
DE LA COMMUNE V**

***FICHE DE SURVEILLANCE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT***

Nom et prénom de la patiente .....

Age.....G.....P.....EV.....DCD.....AV.....

Voie d'accouchement .....

Date et heure d'accouchement .....

Lieu d'accouchement .....

Date et heure du début de la surveillance .....

Identité du responsable de la surveillance.....

Date et heure	Pouls	T.A	Diurèse horaire	Cycle respiratoire par minute	T°	Etat conscience	Etat des muqueuses	Saignement vulvaire	Globe utérin de sécurité	Traitement	Observations

N.B :la durée moyenne de la surveillance est de 6 heures

## FICHE D'ENQUETE

Bonjour Madame

Mon nom est \_\_\_\_\_ et je travaille \_\_\_\_\_

Nous sommes entrain de collecter des informations pour améliorer la politique de gratuité de la césarienne au Mali par rapport aux obstacles persistants pour sa mise en œuvre. Dans cette enquête, nous voulons étudier les barrières socio-économiques pouvant réduire l'accès des couches de population les plus démunies à la césarienne.

Nous voudrions vous demander de participer à cette enquête. Quelques questions vous seront posées et les résultats seront traités en toute confidentialité. Les réponses que vous nous donnerez resteront confidentielles.

Si vous ne voulez pas nous répondre, sachez que vous en avez le droit et que nous respecterons notre décision. Même si vous acceptez de répondre à nos questions, vous n'êtes pas obligée de répondre à toutes nos questions. Vous pouvez arrêter votre participation à tout moment sans avoir à vous justifier.

Est-ce que vous acceptez de répondre a nos questions ?

1. OUI PATURIENTE A ACCEPTE CONTINUEZ

2 NON LA PATURIENTE A REFUSE A REFUSE ARRETEZ ET NOTEZ-LE SUR LA FICHE

3 LA PATURIENTE A ACCEPTE PUIS A INTERRONPU SA PARTICIPATION ARRAREZ ET NOTEZ –LE SUR LA FICHE

NOTE

Questionnaire no :

A) IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

Q1. REGION Q2. EPH Q3. CSREF

Q4. CSCOM

Q5. Fiche remplie par

Q6. Qualification

Q7. Questionnaire no  
MM 2010

10

Q8. Date :JJ

B) LA PARTURIENTE : Q9. Dossier no  
d'admission )

(Numéro du registre

Q10. Nom et prenom

Q11. Occupation

Q12 Age(ans) source  
MM 2010

Q13 Date de naissance JJ

Q14. Profession du mari

Q15. Village /Ville

Q16. Quartier

Q17. Niveau d'instruction (encercler) : 0. Aucun 1. Primaire 2. Secondaire 3.  
Supérieur 4. Autre

Q18. Provenance (encercler) 1. CSCOM 2. CSREF 3.  
EPH

4. Domicile 5. Cabinet

Médical/Clinique

6. Adresse par un personnel de santé hors

CSCOM/CSREF

7. Autre (préciser) :

Q19. Date d'admission JJ MM 2010 Q20. Heure  
d'admission : / /h / / mm

Q21. Motif d'admission (encercler) 1. CUD 2. SFA 3. Césarienne  
prophylactique /Elective

4. Hémorragies (métorrhagies) 5. Travail prolongé 6. HU  
EXCESSIVE 7. Ancienne césariées

8. PRESENTATION VICIEUSE 9. DFP 10. Procidence du cordon battant  
11. BGR 12 HRP

13. HTA/éclampsie 14. Autre (préciser)

Q22 Mode d'admission (encercler) 1. Référence 2. Evacuation

3. venue d'elle-même 4. Autre (préciser)

Q23. Moyen de transport vers la structure (encercler) 1. Ambulance 2. Voiture  
3. Taxi 4. Moto

5. Transport en commun 6. Autre (préciser)

Q24. Gestité / / / Q25. Parité: / / / Q26. Nombre d'enfants vivants/  
/ /

Q27. Nbre d'enfants décédées / / / Q28. Nbre d'avortements / / Q29.  
Date et heure césarienne JJ / / / MM / / / 2010 / / / h / / / mm

Q30. Indication de la césarienne

Questionnaire no 10 / / / /

C) Données socio-économiques :

Q 31. Dans votre ménage quel est le principal revêtement du sol ? (encercler  
une réponse)

Matériau naturel

1. TERRE/SABLE
2. BOUSE
3. PARQUET OU BOIS POLI

Matériau moderne

4. VINYLE OU LINO / ASPHATE

5. CARREAUX
6. CIMENT
7. MOSQUETTE
8. AUTRE

Q32. Dans votre ménage, ya t-il quelqu'un qui possède une bicyclette ?(encercler)

1. OUI
2. NON

Q34. Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine ?

(Encercler une réponse)

1. ELECTRICITE
2. GAZ BOUTEILLE
3. CHARBON DE BOIS
4. BOIS A BRULER, PAILLE
5. BOUSE
6. AUTRE(PRECISER)

Q35.D'ou provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage (encercler une réponse)

1. EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT
2. EAU DU ROBINET DANS COUR/CONCESSION
3. EAU DU ROBINET PUBLIQUE
4. PUIITS OUVERT (NON PROTEGE)
5. PUIITS COUVERT OU FORRAGE (PROTEGE)
6. EAU DE SURFACE (SOURCE, FLEUVE /RIVIERE, MARRE/LAC, BARRAGE)
7. EAU DE PLUIE
8. EAU MINERALE
9. AUTRE(PRECISER)

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom :** COULIBALY

**Prénoms :** Seydou Abdoulaye

**Date et lieu de naissance :** le 01-01-1982 à **Doumanani**

**Nationale :** Malienne

**Titre :** Données sociodémographique des femmes césarisées au CS Réf de la commune V du district de Bamako. Du février 2010 à septembre 2010.

**Année académique :** 2011 – 2012

**Pays d'origine :** Mali

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie obstétrique

### **Résumé :**

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive allant de février à septembre 2010. La fréquence de la césarienne était de 10,65%.

Il est ressorti de notre étude que les femmes de haut niveau socioéconomique ont plus bénéficié du système de référence /évacuation. Ce sont elles qui sont les plus instruites et ont plus de moyens pour fréquenter les structures de santé que les femmes de bas niveau socioéconomique. La quasi-totalité des femmes soit 96,5% provenait de la commune cinq du district de Bamako.

Les éléments de détermination du niveau socioéconomique ont été le revêtement du sol, la source d'énergie, l'eau de boisson, la présence de télévision ou de bicyclette dans le ménage. A cet effet, aucune des femmes de bas niveau socioéconomique n'avait une télévision dans le ménage.

Seules les femmes de haut niveau socioéconomique ont bénéficié d'une césarienne prophylactique.

L'indication la plus fréquente de la césarienne était dominée par la souffrance fœtale avec une fréquence de 31,4%. Au cours de cette étude, 73,6% des femmes avaient un niveau socioéconomique élevé.

La gratuité de la césarienne est une initiative heureuse du gouvernement pour que toutes les couches de la société puissent accéder à cette prestation même les femmes de bas niveau socioéconomique.

Mots clés : sociodémographiques, césarienne, souffrance fœtale, prophylactique



## **SERMENT D'HYPPOCRATE**

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

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

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

**Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.**

**Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.**

**Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.**

**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.**