

Césariennes au Sénégal: leçons appries au cours des 25 dernières années et perspectives

C.T CISSE, E.O FAYE, M.M NIANG



Objectifs

Synthèse et évaluation des résultats de la politique mise en œuvre par le Sénégal depuis 1988 pour améliorer accès des populations à prise en charge accouchements dystociques

Rappel du processus

Mortalité maternelle Afrique sub-Sahara +

Faible couverture besoins en santé maternelle

Complications dystocies: causes mortalité ++

OMS (1986): prise en charge précoce dystocies

Stratégie majeure MSAS (1988)

Analyse situationnelle en 1988

- Répertorier les dystocies prise en charge et apprécier leur implication dans les décès maternels et néonataux enregistrés**
- Fixer taux césariennes optimal pour prévenir mortalité maternelle (5%) et néonatale (10%)**

Analyse situationnelle en 1988

- Déterminer l'origine géographique dystocies et faire une cartographie des besoins**
- Mesurer couverture besoins en césariennes**
- Apprécier fonctionnalité du système de référence/recours et qualité prise en charge**

Recommandations mises en œuvre

- **Amélioration disponibilité et accessibilité
césariennes « zones rouges »... Guédiawaye**
- **Renforcement équipements et personnels
maternités chirurgicales**
- **Dotation moyens de référence centres CS**
- **Sensibilisation des populations**

Suivi-évaluation: programme national de surveillance de la prise en charge des dystocies « Groupe Dystocie »

Classification opérationnelle indications

Classification en 3 groupes:

- césariennes obligatoires**
- césariennes de prudence**
- césariennes de nécessité**

Intérêt: - privilégier césariennes obligatoires

- maîtriser césariennes de prudence**
- réduire césariennes de nécessité**

Classification opérationnelle indications

Limites classification: opportunité césarienne

Césariennes urgence versus programmées

Indications maternelles versus fœtales

Qualité césarienne: profitable mère / enfant

réalisée à temps, coût accessible

Indicateurs processus

Fonctionnement programme

Engagement responsables maternités

Ministère Santé, Coopération Française

Organisation Mondiale Santé

Planification: outils, collecte, analyse, plaidoyer

Méthodologie

Période concernée: 1988-2013

Revue documentaire

- données nationales: publications indexées**
- rapports d'enquête non publiées, thèses de Doctorat, Mémoires DES, bilan d'activités des structures de santé**
- données internationales: Pubmed, Medline**

Questions

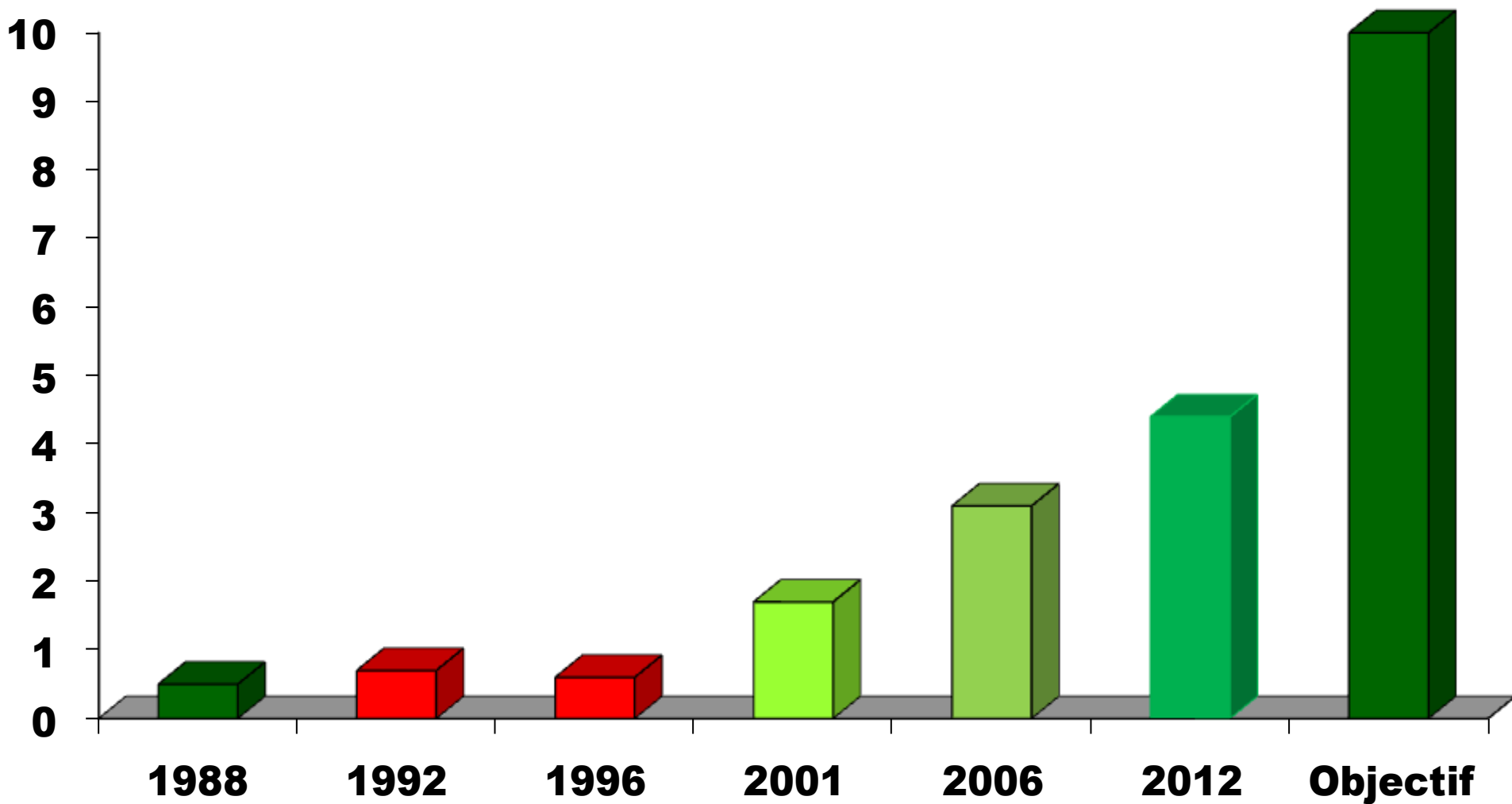
- 1- Couverture besoins en césariennes?**
- 2- Inflation taux césariennes?**
- 3- Accessibilité géographique et financière?**
- 4- Indications de césariennes?**
- 5- Impact augmentation taux césariennes sur mortalité maternelle et néonatale?**

Les taux de césariennes, de mortalité maternelle et néonatale sont des variables épidémiologiques qui peuvent évoluer du seul fait du hasard. Pour apprécier les évolutions observées entre 1988 et 2012, nous avons utilisé comme test statistique la méthode de comparaison des proportions

**Si la valeur ε est supérieure ou égale à 1,96
la différence observée est alors considérée
comme significative, avec un risque α
Inférieur ou égal à 5 %
Le degré de signification a été lu dans la table
de l'écart réduit**

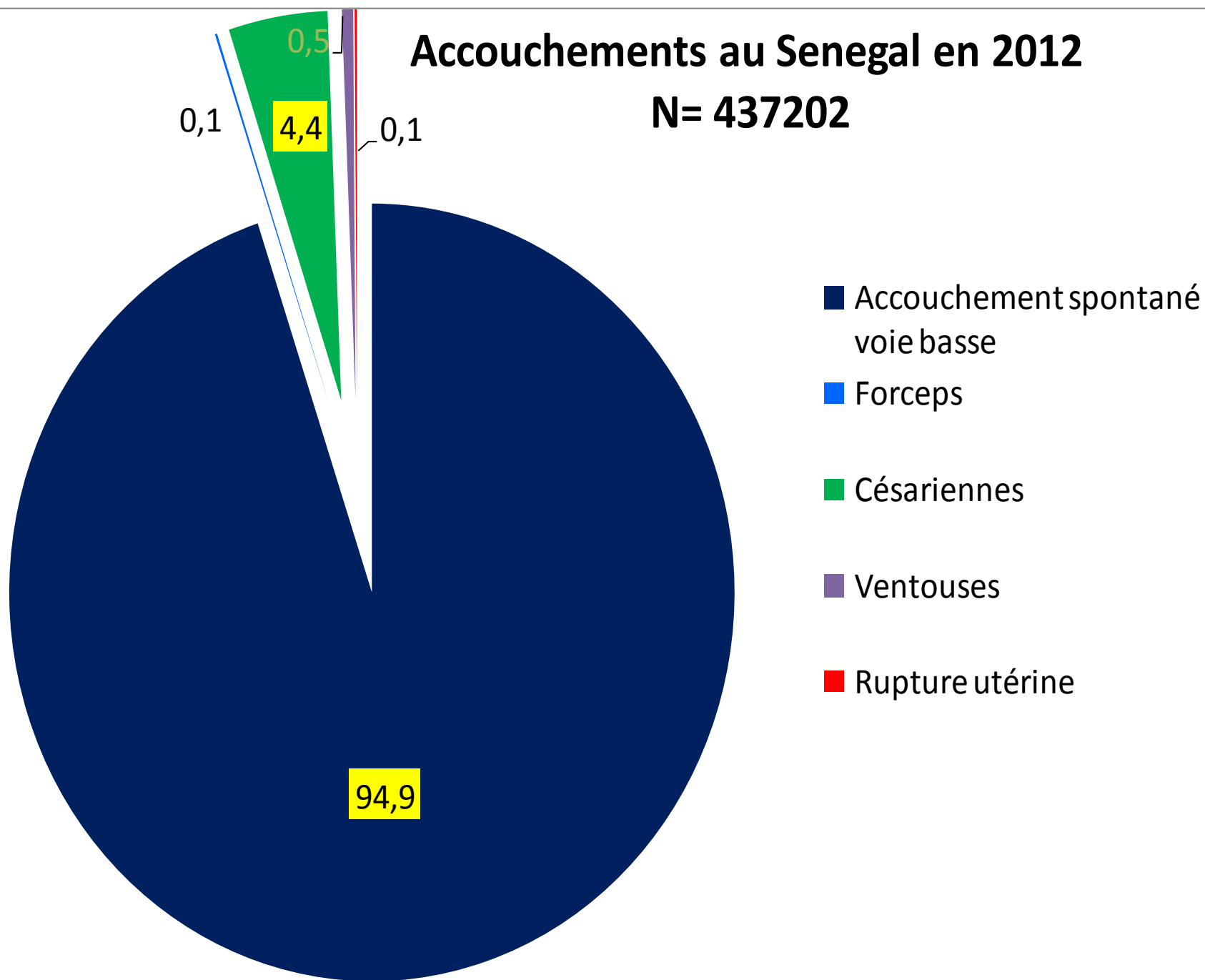
1- Couverture des besoins en césariennes

Taux national césariennes 1988-2012



Accouchements au Senegal en 2012

N= 437202



**Multiplication Progression remarquable: taux
multiplié par 9 avec augmentation marquée
entre 2001 et 2012**

**Grande disparité de couverture entre Dakar et
autres régions**

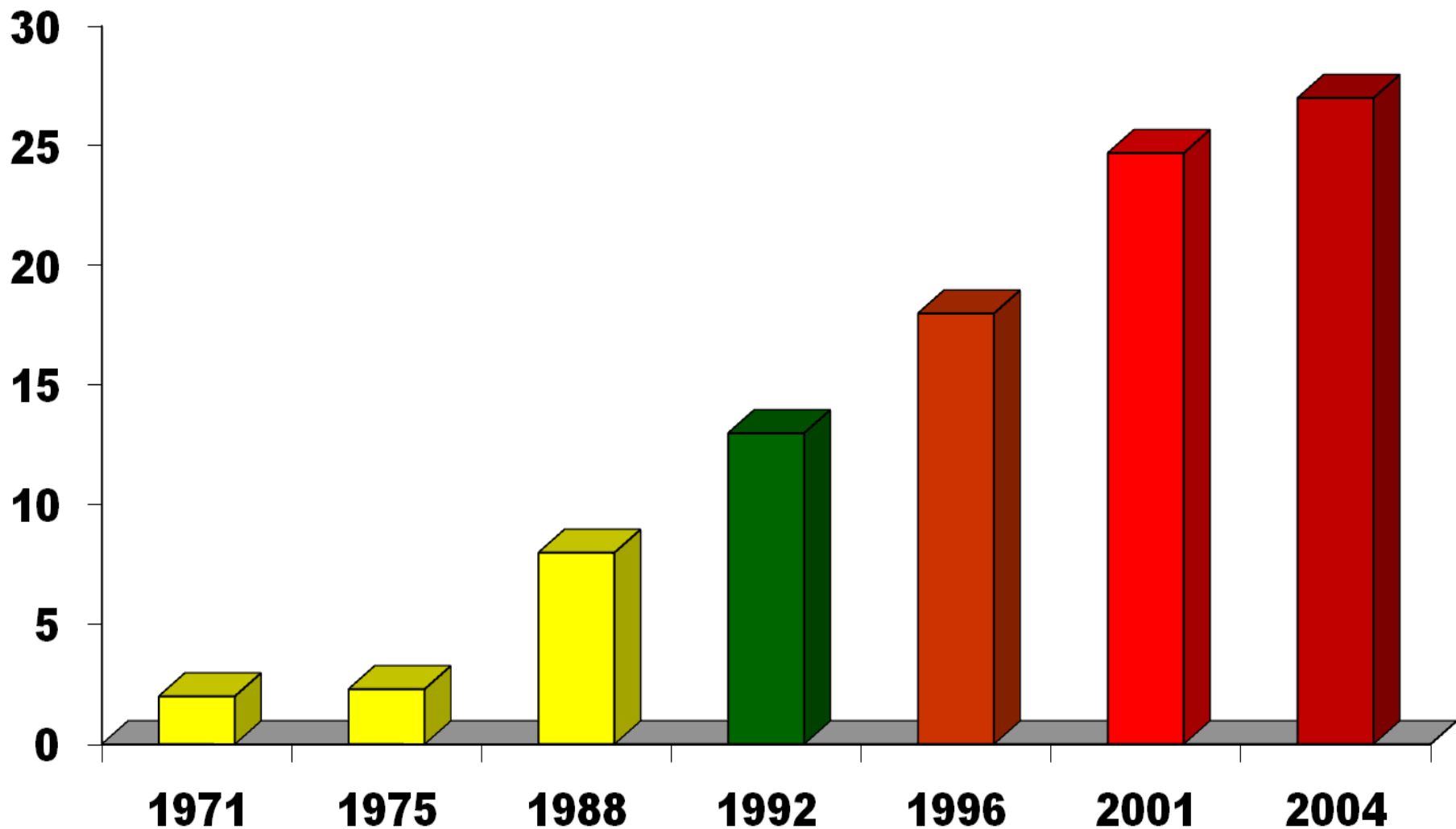
**Déficit important dans régions de: Fatick,
Matam, Kédougou, Kaffrine, Kolda, Sédhiou**

**Conclusion: amélioration de la couverture
globale des besoins mais il existe encore un
déficit important dans la moitié des régions
du pays**

2- Inflation des taux de césariennes

Taux moyens césariennes

- **Maternités hôpitaux référence 27,5 % (13-51 %)**
(53,5 % césariennes faites au niveau national)
- **Maternités des Centres de santé 2,9 %**
(9,7 % césariennes faites au niveau national)
- **Cliniques privées 29,9 %**
- **Cas particuliers Centres de Santé IHS, PMS, YMD, GK**



Evolution taux césariennes CGO, 1971-2004

Justification inflation taux césariennes

- Phénomène mondial expliqué en partie par évolution de la pratique obstétricale avec accouchement à moindre risque pour la mère et le nouveau-né**
- Crainte poursuites médico-légales et de reproches provenant des parents**

Justification inflation taux césariennes

- Défaut maîtrise manœuvres obstétricales**
- Hôpitaux de référence = centres formation**
- inexpérience: indications parfois abusive**
- (audit quotidien ou hebdomadaire dossiers obstétricaux)**

Justification inflation taux césariennes

Intérêt économique ?

**Structures publiques: pas de gain direct
pour opérateurs**

Influence système motivation?

Structures privées: gain direct opérateur

biais sélection?

Influence politique gratuité césariennes?

Justification inflation taux césariennes

Problèmes d'organisation des soins

Obstétricaux: insuffisance surveillance fœtale

discontinuité logistique d'urgence

→ césarienne de « précaution »

3- Accessibilité financière à la césarienne

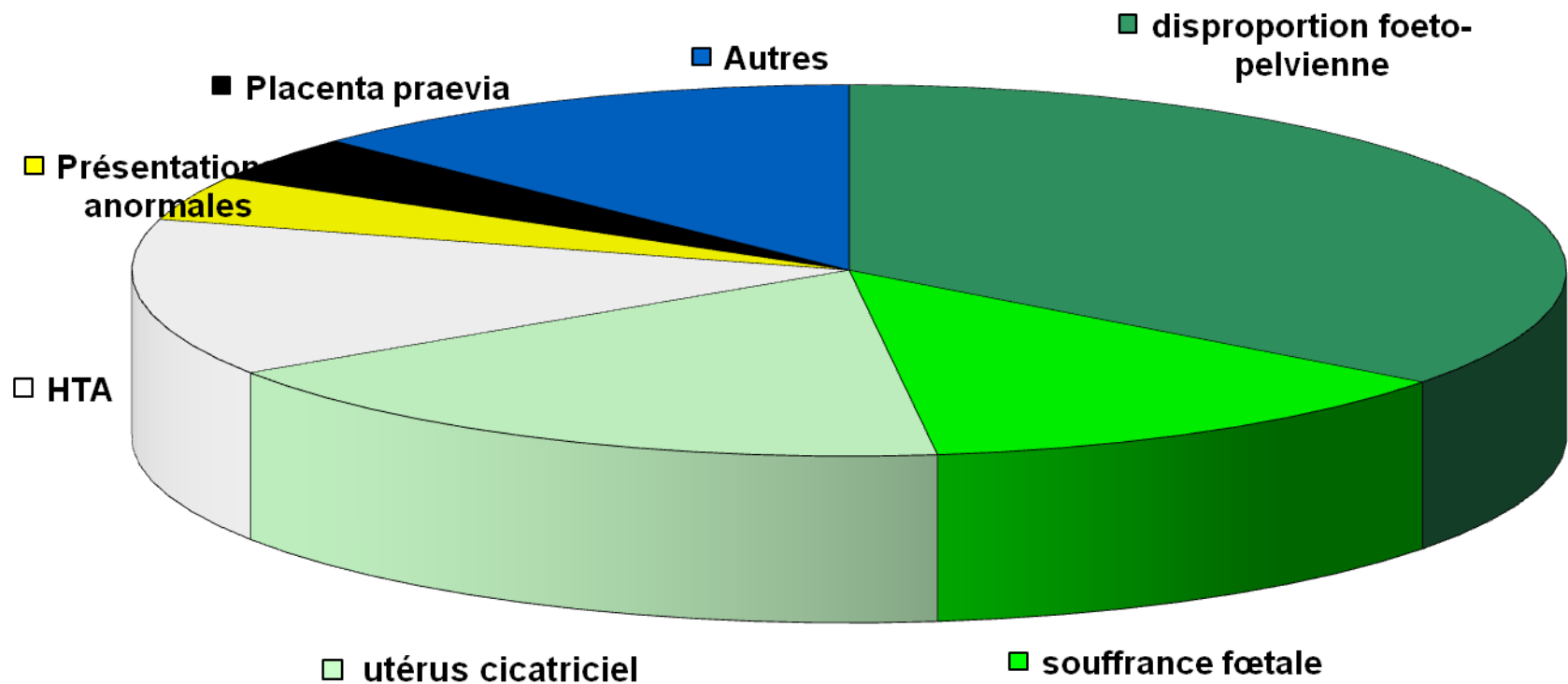
Accessibilité financière

- **Coût moyen direct: 90 000 FCFA**
- **Avant 1999: règle = ordonnances**
- **Après 2000: Kits césariennes**
- **Gratuité dans certaines régions 2006**
- **Gratuité généralisée 2014, mais réalité un peu différente**

Amélioration sensible, mais:

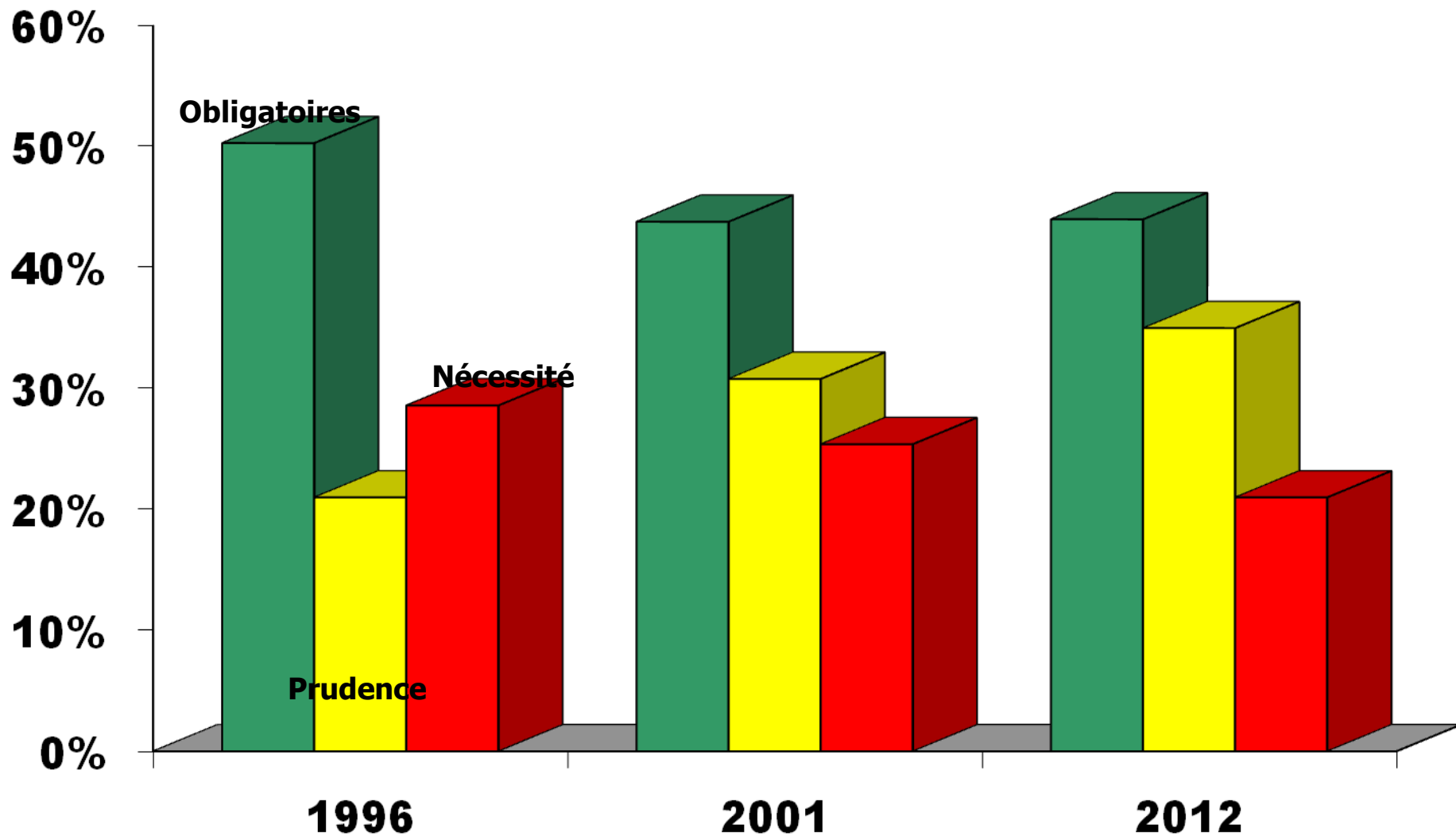
- Problème de recouvrement rencontrés par structures, rupture de produits d'urgence**
- Pas de prise en charge césarienne programmée**
- Prescription analyses et traitement complémentaires, surtout pour la période post-opératoire et en cas de pathologies associées ou de complications imprévues**

4- Evolution des indications de césariennes



Indications césariennes Sénégal 2012

- **Globalement répartition stable des principales indications**
- **Percée remarquable des indications pour utérus cicatriciel et HTA (justification)**
- **Baisse des indications pour souffrance foetale**



Groupes indications césariennes 1992-2001

Réorientations à faire:

- **Promotion épreuve du travail dans bassins modérément rétrécis et épreuve utérine dans accouchements sur utérus uni ou bicatriciel si conditions obstétricales favorables à la voie basse**
- **Revisiter indications de prudence**
- **Enseigner extraction instrumentale (ventouse)**

5- Impact augmentation taux césariennes évolution mortalité maternelle et néonatale

	1992	1996	2001	2012	Tests
Taux césariennes	0,7 %	0,6 %	1,7 %	4,4 %	p < 10⁻⁹

Mortalité Maternelle	850/10⁵	510/10⁵	460/10⁵	392/10⁵	p < 10⁻⁹
---------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------

Mortalité néonatale	46/10³	41/10³	35/10³	29/10³	p=0,3
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------

Taux césariennes et mortalité maternelle/néonatale

- **Taux césariennes X 9 en 25 ans**
- **Taux mortalité maternelle divisé par 2**
- **Taux mortalité néonatale divisé par 1,5**
- **Part réelle augmentation taux césariennes?**
- **Impact très en deçà des attentes**
- **Revoir paradigme et réorienter efforts**

Conclusion

- **Améliorer indicateurs de processus**
- **Développer consultation prénatale recentrée**
- **Prévenir plus efficacement hémorragies du post-partum et syndromes vasculo-rénaux**

- **Focaliser efforts vers régions déficitaires en césariennes**
- **Combattre inflation césariennes au niveau des maternités de référence (formation des jeunes obstétriciens)**
- **Augmenter qualité des césariennes (référence, délais, morbidité)**