

Ministère de l'Enseignement Supérieur,
Mali

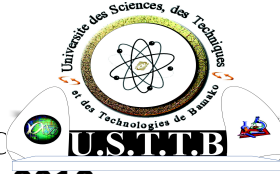
République du

Et de la Recherche Scientifique

Un Peuple – Un But – Une

Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO (USTTB)



FACULTE DE MEDECINE D-ODONTOLOGIE

Année Universitaire 2011 – 2012

Thèse

N° _____/

TITRE
THESE

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA
CESARIENNE DANS LE CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE DIOILA**

Présentée et soutenue le..... 2012 devant la **Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie**

Par

Monsieur MALICK DRAME

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** (diplôme d'état)

PRESIDENT : **JURY** Pr Saharé FONGORO

MEMBRES : Dr Mamadou SIMA

: Dr. Mamadou TRAORE

CODIRECTEUR DE THESE: Dr. Moussa BAGAYOKO

DIRECTEUR DE THESE: Pr. Bouraïma MAIGA

DEDICACE ET REMERCIEMENT

Je dédie

Ce

Travail ...

A DIEU (le tout puissant ; clément et miséricordieux)

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

<< Seul DIEU dit vraie >>

- A mon père Mamadou Dramé:

Ce travail est le fruit de ton éducation, tes conseils, tes bénédictions permanentes et ta rigueur du travail bien fait. Les mots me manquent pour te remercier car ton soutien spirituel, moral et matériel n'ont jamais fait défaut. Sois ici en remercié.

- A ma mère Djénèba Sangaré.

Battez-vous ! Soyez toujours unis ! A toujours été Tes revendications. Tes conseils, tes encouragements et ton affection n'ont jamais fait défaut. Mère, nous voici arrivées à ce jour tant attendu par vous tous, que ce modeste travail soit source de satisfaction et de réconfort pour tout ce que tu as enduré et pour tous tes efforts indéfectibles. Que Dieu t'accorde encore longue vie pour être auprès nous tes enfants.

Chers parents pour nous vous êtes des modèles. Puisse Dieu nous aide à conserver les valeurs que vous nous avez inculqués, nous accorde d'être ensemble longtemps afin que vous profitiez des fruits de votre labeur.

-A mes oncles et tantes : Vous qui avez choisi de m'envoyer à l'école espérant une marche vers un lendemain meilleur ; vous avez su par vos sages conseils, me donner la force morale indispensable pour arriver au bout du tunnel, jonché de peines et d'obstacles qui est le chemin de l'école. Ce travail est un modeste hommage à vos sacrifices.

A ma grand-mère: Fatoumata Traoré

Je te remercie très sincèrement du fond du cœur pour ton soutien et ton courage à notre égard, seul Dieu peut te récompenser pour ton acte de bonne volonté.

REMERCIEMENTS
A L'AFRIQUE TOUTE ENTIERE

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A MON PAYS NATAL, LE MALI :

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction.

Tu m'as donné un savoir incommensurable.

Profonde gratitude.

- A tous mes enseignants du 1^{er} et 2nd cycles, et du Lycée

- A La FMPOS : Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

- A tout le corps professoral à la FMPOS, ce travail est avant tout le votre.

-A feu mon grand -père Kisma Dramé, Koutoun Sangaré, à ma grand-mère Youma Sylla, à ma tante Bayemaïma Sangaré et à mon oncle Mohamed Sangaré : vous avez consacré le meilleur de vous-même à notre éducation pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

J'aurai bien voulu te voir dans cette foule aujourd'hui, mais dieu le tout puissant l'a voulu autrement.

Père dors en paix, que le tout puissant par sa grâce t'accueille dans son paradis et que le messager de dieu t'apporte la lumière de ce grand événement

-A mon tuteur de Bamako : Abdramane Baby et sa femme Fatoumata DIARRA

Vous m'avez éduqué et entretenu. Ainsi j'ai appris de vous la dignité, la modestie, l'humilité, la générosité surtout le respect de soi, et l'amour du prochain, qualités que j'ai bénéficiées tout au long de mes études universitaires.

L'occasion m'offre d'exprimer ma reconnaissance et entière soumission, humblement je vous présente mes excuses pour tout le mal commis durant mes études et demande vos bénédictions.

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

- A mon tuteur de Bamako : Konimba Diarra et famille

Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

- A mon frère et mes sœurs : Sirima Diarra, Adama Traoré et Fatoumata Traoré

J'ai toujours pu compter sur vous quelque soit le moment .La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance.

L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Ce travail est le votre.

Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

Sentiment fraternel

« Unissez-vous par le lien de DIEU et ne divisez point » Sourate 3 Verset 103

-A mes cousins et cousines, merci pour le soutien moral et les encouragements.

-Modibo Diarra et famille : Merci pour tout le soutien matériel et moral pendant mes études médicales. Je formule des vœux de bonheur et de santé à toi et à ta famille. Puisse Dieu vous payer au centuple.

-A mes camarades de l'école fondamentale, du lycée et à tous mes amis

Je dis à vous tous merci infiniment de m'avoir supporté et assisté pendant ces moments inoubliables de ma vie

- Dr Diabaté Kassoum : vous avez initié ce travail depuis son début ; c'est le fruit de votre volonté de parfaire. J'avoue avoir reçu de vous un encadrement de taille. Plus qu'un chef, vous avez été pour un grand frère.

Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude.

-Dr Cheick O Bagayogo et son equipe : Merci pour les conseils et pour tous les services rendus.

Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

-A tous mes amis et compagnons de lutte : Drissa Tounkara, Mamadou N Traoré, Dr Ali Guindo, Dr Bakari Traoré, Dr Diall et Famille, Dr Issa Coulibaly, Dr Domo Tembély et la salle de CLOSE -COMBAT, Dr Déborah Sanogo, Dr Bana Cissé, Dr Drissa Diarra, Dr Django Kéita, Dr Savadogo. Bonne chance dans la vie.

-- Tous mes aînés de la F.M.P.O.S : Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

- Tout le personnel du service de Gynécologie obstétrique du C.H.U. du Point "G" :

➤ **Aux Médecins :** Dr Touré, Dr Théra, Dr Sima, Dr Kanté Dr Traoré ... :

Je suis très heureux de vous compter parmi mes encadreurs. Votre rigueur et votre souci du travail bien fait m'ont permis d'apprendre et de progresser, merci.

➤ **Major, Sages Femmes, Infirmiers(ères), Aides soignants(es) et Garçons de salle :** Merci pour les bons moments passés ensemble.

➤ **Mes aînés et à tous les D.E.S** du service de gynécologie obstétrique du C.H.U. Point "G" : Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

➤ **Mes camarades et tous mes cadets du service :** Merci pour votre franche collaboration.

-Aux personnels du Bloc opératoire du CHU du Point-G particulièrement Mr Diènfa Diarra, Mr Mariko,.....Merci infiniment pour votre soutien infaillible.

-A toute l'équipe du CSRef de DIOÏLA :La réussite de ce travail est le résultat de votre franche collaboration ; vous n'avez ménagé aucun effort pour mener à bien ce travail.

Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

-Je tiens à remercier la sage femme Korotoumou Doumbia et son équipe de la maternité, Aimé Kessary Kamaté anesthésiste et major de la chirurgie et son équipe , Dramane Philémon Dao responsable du bloc opératoire, Ibrahim CISSE

responsable du laboratoire, l'équipe de l'unité de médecine , Oumar DIARRA chauffeur de l'ambulance pour leur franche collaboration.

-Je tiens aussi à exprimer mes remerciements à Fodé Camara , Seydou Diarra, Youssouf Tangara, Lassina Porogo, Salimata Konaté, Mama N'diaye, Mariam N'diaye tous personnels du CSRef de DIOÏLA pour leurs conseils.

-Mes remerciements à tous les manœuvres du CSRef de DIOÏLA : Adama DIAWARA, Adama KONATE, Gaoussou TRAORE.

-Mes remerciements à Dr Moussa Bagayogo, Dr Broulaye Diarra, Dr Souleymane Dembélé, Dr Amadou Samaké, Dr Ramata Samaké, Dr Mohamed Traoré et sa femme Lalaïcha Sall (CSCOM de Kourouma)

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

-A toutes les femmes décédées en donnant la vie.

A notre Maître et président du jury

Pr. Fongoro SAHARE

Professeur en néphrologie à la FMPOS,
Maître de conférences en néphrologie à la FMPOS,
Praticien hospitalier au CHU du point G,
Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.

Honorable Maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent l'estime et l'admiration.

Trouvez ici, cher maître l'expression de notre profond respect et de nos sincères remerciements

A NOTRE MAITRE ET JUGE Docteur Mamadou SIMA

Gynécologue obstétricien,
Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU du
POINT-G.

Cher maître,

Nous avons beaucoup apprécié votre bon sens et votre amour pour le travail bien fait.

Votre disponibilité et surtout votre rigueur font de vous un homme hors commun.

Que dieu vous donne une santé de fer.

Dr MAMADOU 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 maîtrise 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 Nationale de la Santé.
- Cher maître votre force de caractère, votre courage, votre humanisme dans l'exercice de la profession médicale, la clarté de vos raisonnements scientifiques sont autant de qualités qui font de vous l'homme qu'il nous fallait pour constituer la fondation de notre carrière professionnelle.
- Soyez assuré très cher maître de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A notre maître et Co directeur

Docteur MOUSSA BAGAYOKO

Médecin chef du district sanitaire de Dioïla

- Cher maître :
- Ce travail est le résultat de votre franche collaboration.
- Votre simplicité; disponibilité; sens social élevé.
- Votre courage; rigueur pour le travail bien fait et votre détermination ont fait de vous un maître remarquable et admiré de tous.
- Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse Pr. Bouraïma MAIGA

Professeur titulaire en Gynécologie obstétrique à la FMPOS,
Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G
Responsable de la filière sage femme de l'institut nationale de formation en science de la santé (I.N.F.S.S),
Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,
Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997,
Détenteur d'un prix Taraboïré dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle en 2006,
Chevalier de l'ordre national du Mali.

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles humaines et sociales font de vous un maître accompli.

Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

Respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION :

La grossesse et l'accouchement constituent des moments particuliers de la vie et comportent un risque vital aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né.

Avec un taux de mortalité maternelle estimé à 1.020 décès pour 100.000 naissances vivantes [1], l'Afrique Occidentale représente la région la plus concernée par le fléau.

En 1992, au Mali l'estimation directe du taux de mortalité maternelle pour la période 1989-1996 (centré sur l'année 1992) est de 577 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (EDS-II) [2].

Avec les efforts importants visant à réduire la mortalité maternelle, ce taux a diminué selon l'estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l'EDSM-IV pour la période 2001- 2006 est de 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [3]. Ce taux de mortalité maternelle est inférieur à celui estimé en 2001 par l'EDSM-III pour la période 1995-2001(582 décès pour 100 000 naissances [4]. Ce chiffre reste encore trop élevé.

Cette situation est révélatrice d'une faible couverture en santé maternelle ; seules en moyenne 70% des femmes enceintes bénéficient de consultations prénatales (souvent de qualité insuffisante), 49% des accouchements sont assistés et 45 % ont lieu dans une structure sanitaire [3].

A coté des hémorragies, des infections et des complications de l'HTA au cours de la grossesse, la dystocie occupe une place prépondérante parmi les causes évitables de mortalité maternelle [5, 2]. Dès 1986, avec « l'initiative pour une maternité sans risque » l'OMS préconisait que la surveillance du travail et la détection précoce des dystocies soient retenue comme l'une des approches les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle [6].

INTRODUCTION :

La grossesse et l'accouchement constituent des moments particuliers de la vie et comportent un risque vital aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né.

Avec un taux de mortalité maternelle estimé à 1.020 décès pour 100.000 naissances vivantes [1], l'Afrique Occidentale représente la région la plus concernée par le fléau.

En 1992, au Mali l'estimation directe du taux de mortalité maternelle pour la période 1989-1996 (centré sur l'année 1992) est de 577 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (EDS-II) [2].

Avec les efforts importants visant à réduire la mortalité maternelle, ce taux a diminué selon l'estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l'EDSM-IV pour la période 2001- 2006 est de 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [3]. Ce taux de mortalité maternelle est inférieur à celui estimé en 2001 par l'EDSM-III pour la période 1995-2001(582 décès pour 100 000 naissances [4]. Ce chiffre reste encore trop élevé.

Cette situation est révélatrice d'une faible couverture en santé maternelle ; seules en moyenne 70% des femmes enceintes bénéficient de consultations prénatales (souvent de qualité insuffisante), 49% des accouchements sont assistés et 45 % ont lieu dans une structure sanitaire [3].

A coté des hémorragies, des infections et des complications de l'HTA au cours de la grossesse, la dystocie occupe une place prépondérante parmi les causes évitables de mortalité maternelle [5, 2]. Dès 1986, avec « l'initiative pour une maternité sans risque » l'OMS préconisait que la surveillance du travail et la détection précoce des dystocies soient retenue comme l'une des approches les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle [6].

La proposition d'utiliser la césarienne comme un traceur pour évaluer et améliorer de façon continue la qualité des soins et des services obstétricaux, répond à ces priorités.

Convaincu qu'elle constitue un facteur de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le gouvernement malien a rendu plus accessible cet acte, à travers le décret 05/350 du 04 Août 2005 la gratuité de la césarienne dans tous les établissements sanitaires publics [7]

Autrefois qualifiée d'intervention meurtrière, elle est devenue aujourd'hui une intervention banale préservant la vie aux femmes.

A force d'être fréquente, elle est réputée facile, dénuée de difficultés techniques et ses indications pour certains pourraient être élargies presque à la demande de la parturiente.

Cette intervention, même dans les situations les plus favorables est toujours associée à un certain risque. Dans les pays industrialisés un taux de mortalité maternelle de 0,07 à 0,34% est rapporté dans la littérature [8]. Dans de nombreux pays africains comme le Mali, la faiblesse de la prophylaxie obstétricale, en personnel médical, en moyens de surveillance de la grossesse ou du travail, la fréquence d'accidents graves, l'existence pour des raisons nutritionnelles ou pathologiques d'anomalies osseuses au niveau du bassin, certaines pratiques néfastes pour la santé font que la césarienne, geste courant facilement admis ailleurs, constitue une opération à risque élevé [9].

Cependant un des facteurs sur lequel on pourrait agir pour améliorer cet état de fait est la qualité de l'offre de soins. Les soins obstétricaux spécialisés de qualité sont une des conditions pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale [10].

L'inflation des indications de la césarienne n'est justifiable que par un bénéfice réel pour la mère, l'enfant et la société, ce qui ne peut être apprécié que par un processus d'autocritique qui pourrait prendre par exemple la forme d'audit.

Ainsi, le concept de césarienne de qualité pourrait être défini selon DUJARDIN B. comme « une intervention qui profite à toutes les patientes qui ont réellement besoin avec un risque minimum pour le devenir couple mère enfant et à un coût abordable pour la patiente et pour le système de santé » [11].

Dans notre pays aucune étude n'est menée pour mettre en place les paramètres d'évaluation de la qualité de césarienne ; nous utiliserons des scores qui ont servi d'évaluation dans les pays voisins (par exemple le Sénégal.)

La césarienne, intervention presque aussi vieille que l'obstétrique demeure un sujet d'actualité.

Dans ce contexte, une étude sur la qualité de la césarienne au niveau du centre de santé de référence de Dioila ne serait pas sans intérêt.

Il nous a alors semblé utile dans ce travail d'analyser certains facteurs qui déterminent la qualité de la césarienne avec les objectifs suivants :

Objectif général :

Etudier la qualité de la césarienne dans le centre de santé de référence de Dioila.

Objectifs spécifiques :

Déterminer la fréquence de la césarienne pendant la période d'étude

Définir le profil sociodémographique des patientes

Etudier le système de référence dans toutes ces composantes (mode d'admission, délai de prise en charge, motif de référence/évacuation, coût de la césarienne).

Apprécier la qualité de la césarienne

Formuler des recommandations pour améliorer la qualité de la césarienne.

I- GENERALITES :

1- DEFINITION :

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus après ouverture de l'utérus, abordée généralement par voie abdominale,

exceptionnellement par voie vaginale. Cette définition exclut l'extraction d'un fœtus de la cavité abdominale après rupture de l'utérus ou en cas de grossesse abdominale [8].

1-1- DEFINITIONS OPERATIONNELLES :

➤ ***Qualité des soins :***

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (en fonction des normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risques, d'un coût abordable pour la société en question et susceptible d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition [13]

Selon DONABEDIAN A. : «la qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter les risques».

«Le niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risque et de bénéfices».

- ***Venue d'elle-même*** : gestante ou parturiente admise directement dans le service sans passer par un autre centre.
- ***Référée*** : toute gestante adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.
- ***Evacuée*** : toute gestante adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.

Définition des concepts :

Par souci de clarté, nous définissons les concepts utilisés dans cette étude.

➤ **Evaluation :**

Selon l'OMS, c'est une procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

➤ **Critère :**

Dans un programme d'assurance des qualités des soins, est une affirmation qui en rapport avec un problème à évaluer généralement formulée en début de programme. Ce sont des affirmations dont on contrôle l'exécution à posteriori.

➤ Les normes :

Concernent généralement les hospitalisations et sont des calculs numériques reflétant les performances ou les mesures habituellement admises.

➤ Les indicateurs :

Permettent une évaluation de la qualité à partir d'un recueil systématique de données médicales appropriées que le prestataire de santé doit constituer afin d'éviter qu'elles ne lui soient imposées.

La pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la création de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi de la réforme hospitalière.

Nous allons aborder notre travail sur la qualité de la césarienne à la lumière de ces définitions sus-citées.

2. EPIDEMIOLOGIE:

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

-Le taux de césariennes en France est passé d'environ 10 % en 1981, à 20 % en 2005, on note une augmentation dans l'immense majorité des pays. Ainsi, le taux de césariennes atteint 29 % aux Etats-Unis, 36 % en Italie, 26 % en Allemagne, 21 % en Angleterre et en Irlande, 20 % au Danemark, etc. [13]

-En Iran, le taux de césarienne s'élève à 26.8% pour les primipares et à 25.5% pour les multipares en hôpitaux publics et respectivement 87.4 à 78.5% en hôpitaux privés [14].

- Au Bénin la fréquence était de 8,63% en 1989 contre 10 ,93% en 1999 [15].

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

- Au CHU du POINT « G », les fréquences ont varié de 13,80% en 1988 à 20,88% en 1991 pour atteindre 24,05 % selon une étude réalisée par Tégoué. I [17] en 1996 et 23,1% en 2005 par Koné A.I. [18]

- A la maternité de l'Hôpital Régional de Kayes, une étude réalisée par Cissé B. en 2001 rapporta 7,5 % [19].

- Au service de gynéco-obstétrique du CSRéf de la commune V une étude réalisée par Cissé B. en 2001 rapporta 8%. [15]

- A la maternité de l'Hôpital Régional de Mopti, une étude réalisée par Guirou B rapporta 37,8%. [20]

- A la maternité de l'Hôpital Régional de Sikasso, une étude réalisée par Dembélé M en 2005 rapporta 5,4% [21]. Tout le problème est de savoir si cette évolution est justifiée, elle ne saurait l'être que si elle n'est pas dangereuse pour la mère et qu'elle est bénéfique pour l'enfant.

3. HISTORIQUE:

3-1 Terminologie:

L'origine du mot " césarienne " a été l'objet de controverses. Selon la légende (interprétation d'un texte de Pline l'ancien) (23-75 après J.C), ce mot provient du nom du premier des césars : Julius César, en raison de l'opération à laquelle il aurait dû sa naissance [22]. Cependant, selon Friedrich Osiander, Aurélia, mère de Julius César survécut de nombreuses années après son

accouchement [23] ; or une telle opération à cette époque, couronnée d'un tel succès est invraisemblable.

L'étymologie même du mot César n'est pas claire :

- Pour certains, il s'agirait d'un mot d'origine punique désignant la grande puissance d'un animal tel que l'éléphant.
- Pour d'autres, le nom de "césar " serait dérivé de l'adjectif " Caesius " qui signifie " gris bleu " et aurait été attribué à l'un des césars en raison de la couleur de ses yeux.
- Enfin, considéré comme dérivant du mot " Kesara " qui signifie longue chevelure, le nom de César aurait ses origines dans la notion très ancienne selon laquelle une chevelure abondante était considérée comme un signe de mérite royal.

L'hypothèse la plus probable, semble être celle de Pundel qui rattache le mot " Césarienne " au verbe caedère" qui signifie couper [8]. Quoiqu'il en soit, le terme de " césarienne " a été utilisé pour la première fois par François Rousset dans un ouvrage publié à Paris en 1581 et intitulé "Enfantement césarien" se référant lui aussi aux circonstances que la tradition prêtait à la naissance de César.

3-2 Histoire de la césarienne:

L'histoire de l'opération césarienne peut être divisée en quatre périodes :

- De l'antiquité au moyen âge : *césarienne post mortem*

- Pompilius, roi légendaire de Rome (715-673 avant J.C.) avait codifié la césarienne post mortem dans la " lex régia " (loi royale), interdisant l'inhumation d'une femme enceinte avant que l'enfant n'eut été extrait.

- Du XVIe siècle au XIXe siècle : *césarienne sur femmes vivantes*

- En 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.
 - En 1581 : François ROUSSET publia le premier traité de la césarienne en France qu'il a intitulé « Enfantement césarien »
 - 1721 : MAURICEAU, comme AMBROISE PARE 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.
 - La première suture utérine au fil de soie fut réalisée par LEBAS en 1769
 - PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains anciens.
- **XIXe siècle et début du XXe siècle : *avènement de l'asepsie chirurgicale***
La notion d'asepsie est apparue à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle à partir de l'école de Vienne et de l'école Pasteurienne.
- L'infection peut être d'origine :
- exogène d'où l'utilité de l'asepsie opératoire
 - ou endogène d'où l'intérêt de la prévention de l'infection ovulaire [24].
- **Période moderne.**
C'est d'abord l'avènement de l'antibiothérapie, la pénicilline en 1940 puis les autres antibiotiques. Ensuite, les progrès remarquables dans le domaine de l'anesthésie réanimation mais aussi de la transfusion. Puis, la découverte des ocytociques. Enfin, les connaissances sur la vitalité du fœtus in utero se sont beaucoup développées. Tous ces facteurs ont conduit à une augmentation parfois considérable du nombre de césarienne.

4. RAPPEL ANATOMIQUE

Deux éléments sont importants à signaler. Il s'agit de :

- L'utérus gravide
- La filière pelvi-génitale

4.1 Utérus gravide:

Au cours de la grossesse l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

L'utérus gravide à terme est un muscle creux de forme ovoïde faisant environ 30 à 32cm de long sur 20 à 25cm de large. On lui décrit 3 parties :

- ☐ Le corps.
- ☐ Le col, il subit des modifications liées à l'imbibition gravidique ; le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse.
- ☐ Le segment inférieur, situé entre le col et le corps et formé de la séreuse péritonéale, de la musculature utérine et de la muqueuse caduque de l'utérus.

C'est au niveau du segment inférieur que doit se faire l'incision antérieure de l'utérus lors de la césarienne (figure I).

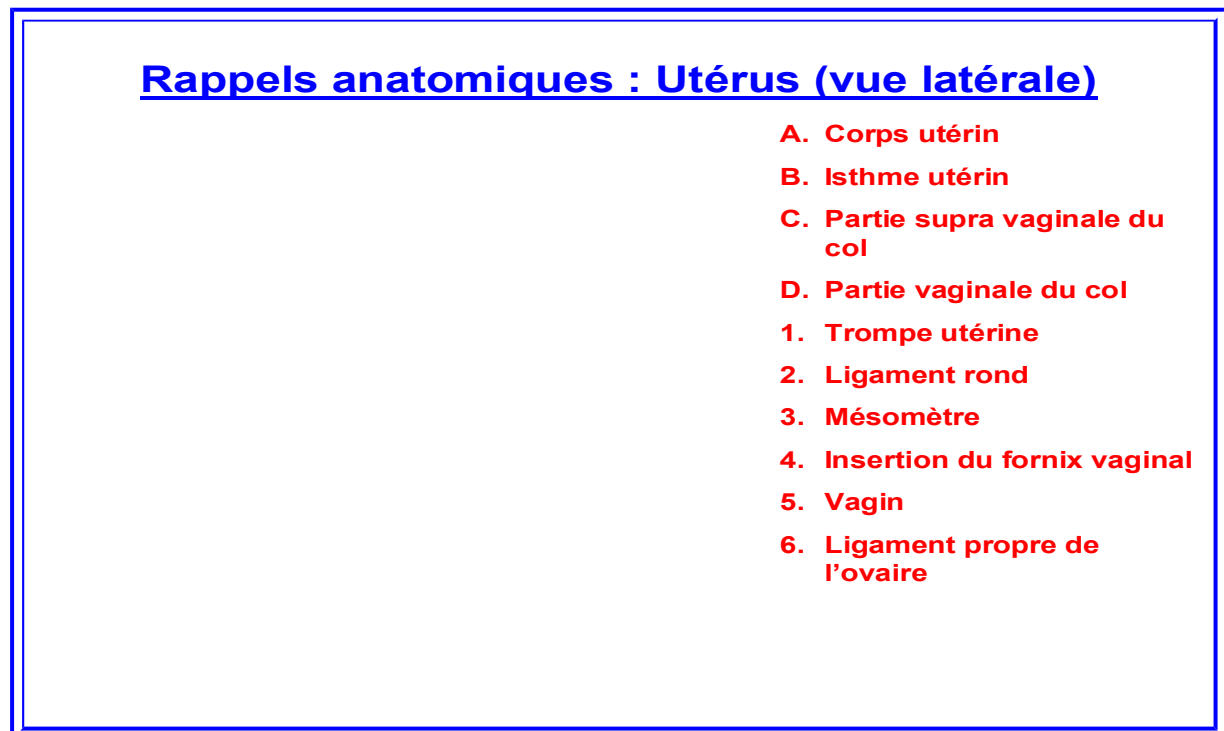


Figure 1: (Tirée de KAMINA P. (25))

4-1-1 Le corps utérin:

Organe de la gestation, le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.

a. Situation du fundus utérin:

- ✓ En début de grossesse, il est pelvien

- ✓ A la fin du 2^{ème} mois, il déborde le bord supérieur du pubis
- ✓ A la fin du 3^{ème} mois, il est à environ 8cm, soit 3 travers de doigt au-dessus du pubis, il devient nettement palpable.
- ✓ A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis d'environ 4cm en se développant dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

MERGER [26] donne les dimensions suivantes :

Hauteur:	Largeur :
- à la fin du 3 ^{ème} mois : 13cm	10cm
- à la fin du 6 ^{ème} mois : 24cm	16cm
- et à terme : de 32cm	22cm

L'utérus pèse environ :

- à 2 mois ½ : 200g
- à 5 mois : 700g
- à 7 mois ½ : 950g
- à terme 800 à 1200g pour une capacité de 4-5 litres.

4-1-2. Le segment inférieur:

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin (Figure II). C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît avec elle. Sa minceur, sa faible vascularisation, en font une région de choix pour l'hystérotomie des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines.

Le segment inférieur se constitue au dépend de l'isthme utérin et de la partie supra vaginale du col. Son début est variable et sa formation est progressive. Il acquiert une définition nette vers le 6^e mois chez la primipare. Chez la multipare, son développement est plus tardif.

➤ **Limite:**

- La limite inférieure : correspond, avant le travail, à l'orifice interne du col
- La limite supérieure : moins nette, correspond au changement d'épaisseur de la paroi utérine et siège à environ 2cm au-dessous de la zone d'adhérence intime du péritoine. Elle est parfois marquée par l'existence d'une grosse veine transversale, la veine coronaire de l'utérus.

➤ ***Dimensions:***

A terme, le segment inférieur mesure environ :

- 7 à 10 cm de hauteur
- 9 à 12cm de largeur
- et 3cm d'épaisseur.

Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.

4-1-3. Le col utérin:

Organe de la parturition, le col utérin se modifie peu en dehors des changements liés à l'imbibition gravidique, le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse.

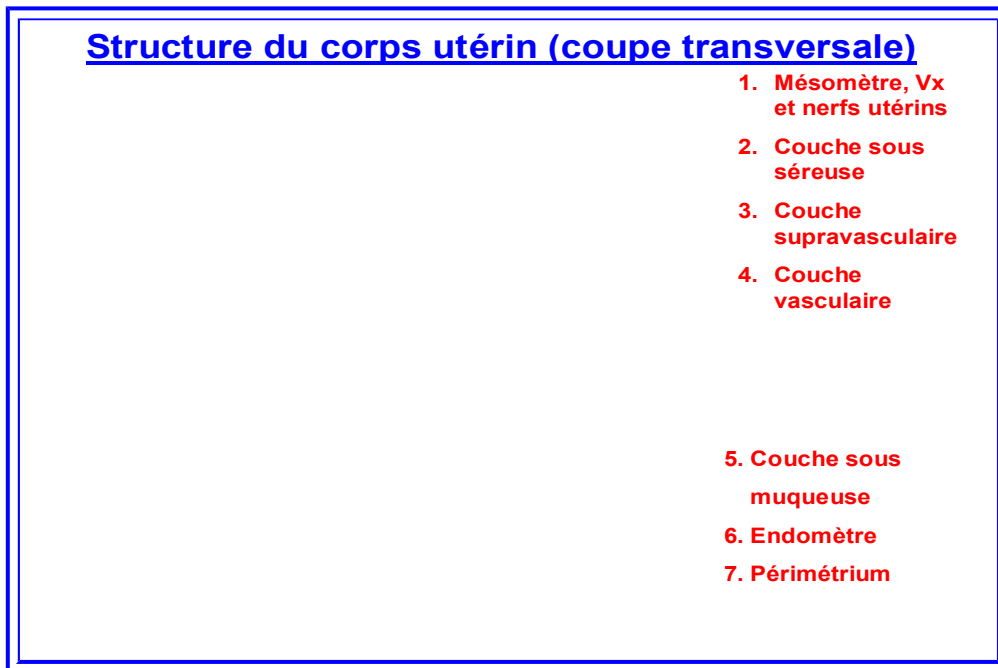


FIGURE II: (Tirée de KAMINA P. (25))

4- 2- Rapports anatomiques de l'utérus gravide

4-2-1. Les rapports anatomiques du corps utérin:

L'utérus à terme est en rapport avec :

a. En avant:

- ❖ La paroi abdominale antérieure : qui s'amincit et la ligne blanche s'élargit particulièrement dans la région ombilicale. La minceur de cette région doit inciter le chirurgien à la prudence lorsqu'il incise la paroi abdominale.
- ❖ parfois, le grand omentum
- ❖ et plus rarement, des anses grêles s'interposent (Figure III).

b. En arrière:

La colonne rachidienne flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale. Le contact de l'utérus avec le rachis se fait jusqu'à la hauteur de la 3^{ème} vertèbre lombaire et répond à la partie inférieure du duodéno-pancréas et à quelques anses intestinales.

- ❖ Les muscles grand psoas, croisés par les uretères.

c. En haut:

Le grand omentum et le colon transverse qu'il refoule plus ou moins :

- * en arrière : l'estomac ;
- * à droite : le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire ;
- * plus bas, sur les bords latéraux se trouvent reportés les trompes utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire.

d. A droite:

- ❖ Le colon ascendant, le cæcum et l'appendice vermiforme. Lorsque le cæcum est libre, il ascensionne avec l'appendice au-dessus de la crête iliaque. Dans 88 % des cas, l'appendice est au-dessus de la crête iliaque après 7 mois de grossesse.
- ❖ Les annexes droites, placées dans un plan postérieur, sont cachées par l'utérus.

e. A gauche:

- ❖ Les anses grêles et le colon sigmoïde qui recouvrent l'annexe gauche. Il n'est pas rare, en fin de grossesse, que les anses grêles et le colon sigmoïde tendent à déborder en avant.
- ❖ Le ligament rond gauche est visible dans la totalité de son trajet (Figure III).

4-2-2 Les rapports anatomiques du segment inférieur

a. La face antérieure:

- ❖ La vessie est le rapport essentiel (figure IV). Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient supra pubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur. Les adhérences vésicales après césarienne favorisent l'ascension plus ou moins haute de la vessie. D'où la

prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il s'agit d'un utérus cicatriciel.

- ❖ La partie supérieure de la face antérieure du segment inférieur est recouverte par le péritoine vésical peu adhérent (en raison de l'imbibition gravidique du tissu cellulaire sous péritonéal). Elle répond à la vessie dont elle est séparée par le cul de sac vésico-utérin (et sa profondeur dépend de la situation abdominale ou pelvienne de la vessie).
- ❖ La partie inférieure de la face antérieure du segment inférieur répond au septum vésico-utérin (qui la sépare de la base vésicale). Ce septum constitue un plan de clivage exsangue.

b. La face postérieure:

Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto-utérin devenu plus profond, au rectum.

c. Les faces latérales:

Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien (Figure V). L'uretère est appliqué sur les faces latérales du segment inférieur immédiatement au-dessus du fornix vaginal. La direction des uretères est déterminée à terme par une ligne allant de la bifurcation iliaque à l'épine du pubis. Par ailleurs, du fait de la dextrorotation de l'utérus, l'uretère gauche chemine pendant un court trajet sur la face antéro-latérale gauche du segment inférieur. C'est à ce niveau qu'il a pu parfois être blessé au cours de césariennes segmentaires transversales. En fait, le décollement segmento-vésical et le refoulement de la vessie entraînent en bas l'uretère qui se trouve ainsi éloigné de l'incision segmentaire.

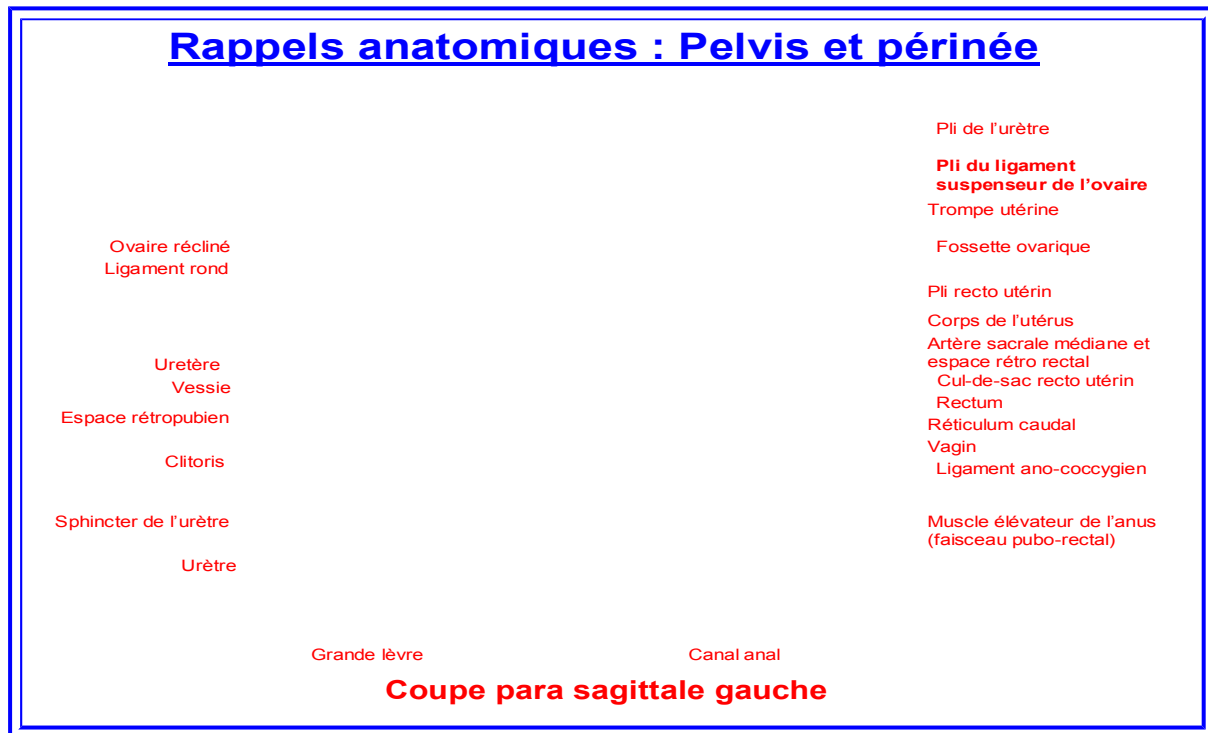


Figure III: (Tirée de KAMINA P. (25))

4-3- Vascularisation de l'utérus gravide:

4-3-1. Les artères:

a. L'artère utérine:

- ❖ Au niveau de l'utérus gravide, l'artère utérine s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur qui triple ou même quadruple, alors que son calibre augmente très peu et ne double jamais. Elle est représentée sur la figure VI. Du point de vue histologique, les modifications essentielles consistent dans l'accroissement considérable de la tunique (Rouvière).
- ❖ Les branches externes : conservent leur disposition hélicine même dans l'utérus à terme. Elles forment de nombreuses anastomoses surtout en regard de l'aire placentaire (Figure IV).

b. L'artère ovarienne:

L'augmentation de calibre de l'artère ovarienne croit de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à

celui de l'artère utérine et s'anastomoser à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.

c. L'artère funiculaire:

Elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable.

4-3-2. Les veines utérines:

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Il n'y a pas, dans le corps utérin gravide, de zone de vascularisation veineuse minima. Dans la paroi du segment inférieur et dans celle du col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps (Figure IV).

4-3-3- Les lymphatiques:

Ils s'hypertrophient également au cours de la grossesse.

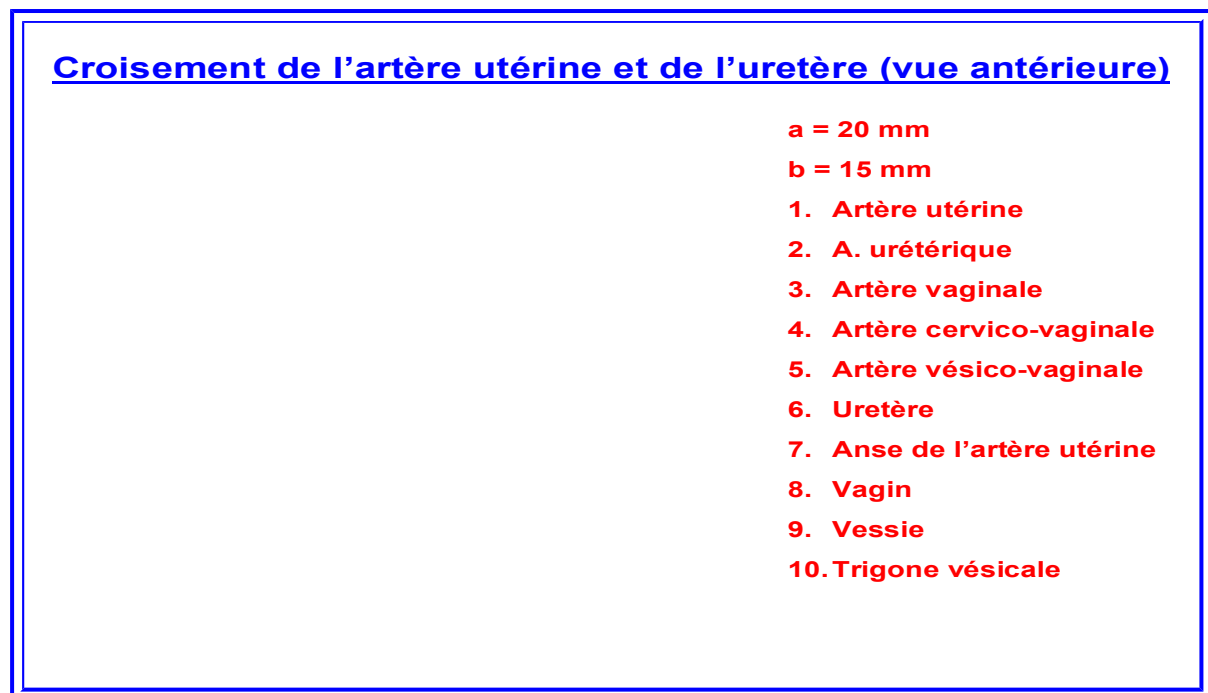


Figure IV:(Tirée de KAMINA P. (25))



Figure V: (Tirée de KAMINA P. (25))

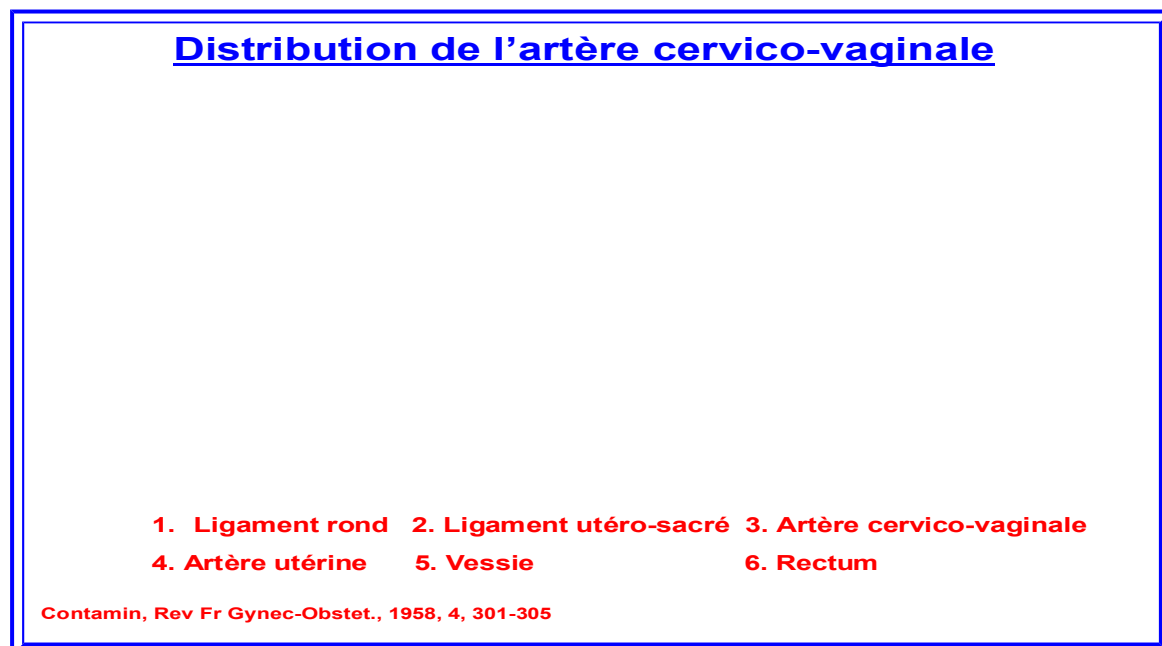


Figure VI: (Tirée de KAMINA P. (25))

4-4- La filière pelvi-génitale:

Il comprend deux éléments :

- Le bassin osseux,
- Le diaphragme musculo-aponevrotique du périnée.

4.4.1- Le bassin osseux:

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs ; constitué par les deux os iliaques en avant et latéralement, et par le sacrum 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 décrirons que le petit bassin.

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

a- Le détroit 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.

► Diamètres du détroit supérieur :

- ***Diamètres antéro-postérieurs :***

- le promonto-suspubien = 11cm
- le promonto-retropubien = 10,5cm
- le promonto-sous pubien = 12cm

- ***Diamètres obliques :*** allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12,5cm. Ils sont importants dans le bassin asymétrique.

- **Diamètres transverses :**
 - le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 12,5 cm.
 - Le transverse maximum = 13,5cm.
- **Diamètres sacro-cotyloïdiens :** allant du promontoire à la région acétabulaire mesurant chacun 9 cm. Ils sont très importants dans le bassin asymétrique (Figure VII).

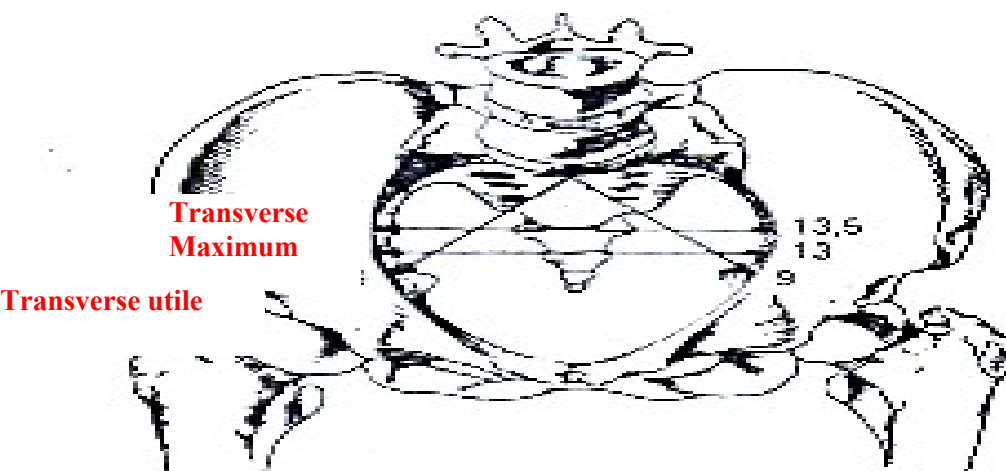


Figure VII : LE DETROIT SUPERIEUR DE FACE
(Tirée de KAMINA P. (25))

b- L'excavation pelvienne:

C'est le canal osseux inextensible dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation.

Elle présente un léger rétrécissement transversal qui passe par les épines sciatiques, niveau auquel se situe le détroit moyen.

Tous les diamètres sont sensiblement égaux mesurant 12 cm sauf le détroit moyen qui mesure transversalement en moyenne 10,8 cm (Figure VIII).

Ses limites sont :

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

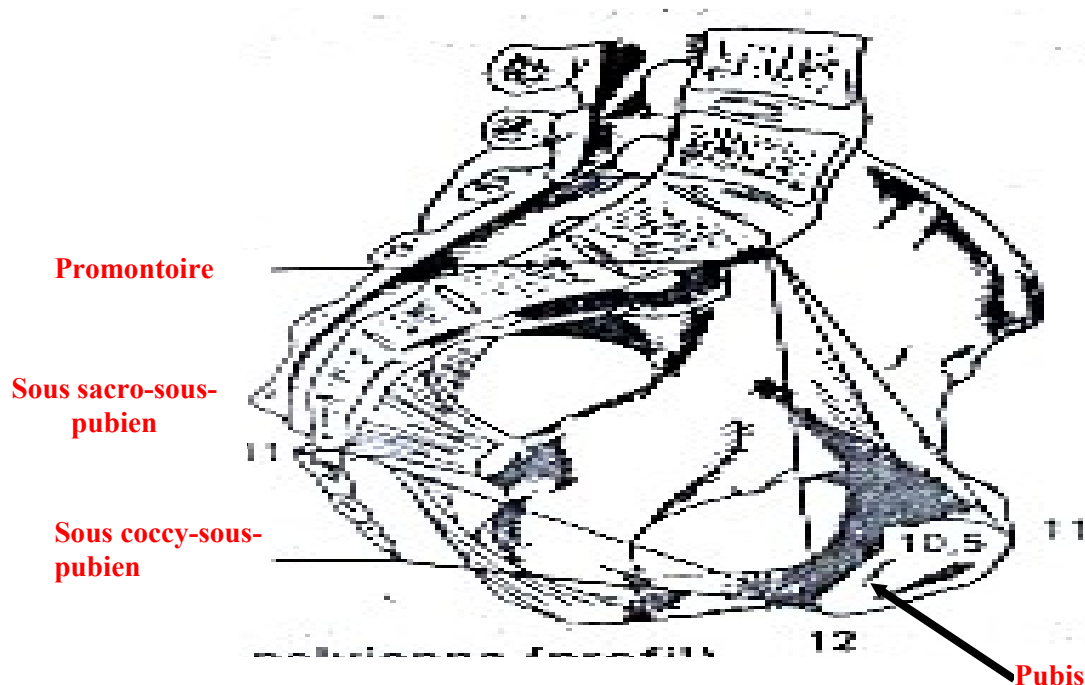


Figure VIII: L'EXCAVATION PELVIENNE DE PROFIL
(Tirée de KAMINA P. (25))

c- Le détroit inférieur:

C'est le plan de dégagement de la présentation. Son grand axe est antero-postérieur défini par la ligne coccygo-sous-pubienne.

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.

► **Diamètres du détroit inférieur :**

- Le diamètre sous-coccy-sous-pubien est de 9,5 cm mais, peut atteindre 12 cm en retro pulsion ;
- Le diamètre sous-sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis, est de 11 cm grâce à la retro pulsion du coccyx.
- Le diamètre transverse bi ischiatique, entre les faces internes des tubérosités, est de 11 cm (Figure IX).

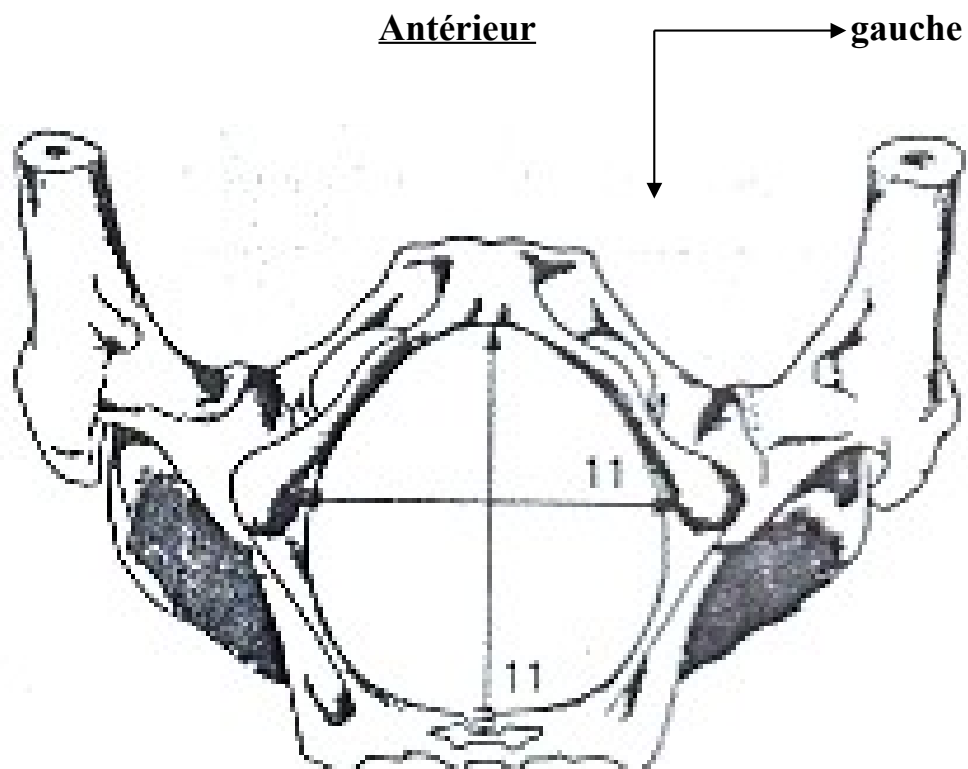


Figure IX: LE DETROIT INFÉRIEUR

(Tirée de KAMINA P. (25))

Postérieur**4.4.2- Le diaphragme pelvi-génital:**

C'est un ensemble musculo-aponevrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne. Il comprend deux plans :

- Un plan profond == → ***Le diaphragme pelvien***
- Un plan superficiel == → ***Le périnée***

a- Le diaphragme pelvien:

Il comprend deux muscles :

- Le releveur de l'anوس
- Le muscle coccygien

Il s'agit d'un ensemble musculaire pair et symétrique qui s'insère sur la paroi latérale du bassin et qui délimite en son sein un espace médian appelée fente urogénitale qui laisse passer en avant l'urètre et le vagin, en arrière le canal anal.

C'est au contact du diaphragme pelvien que la présentation va effectuer sa rotation pour se mettre dans un axe antéropostérieur (Figure X).

b- Le périnée:

Il représente l'ensemble des parties molles situées au dessus du diaphragme pelvien.

❖ Forme :

Il a une forme losangique chez la femme en position gynécologique dont les limites sont : en avant la symphyse pubienne, en arrière le coccyx, latéralement les tubérosités ischiatiques.

La ligne bi sciatique va délimiter deux triangles :

- Un triangle antérieur ou périnée antérieur ou périnée urogénital

- Un triangle postérieur ou périnée postérieur ou périnée anal.

❖ **constitution :**

- **Le périnée antérieur :**

- * **L'espace superficiel :**

- La peau
- Les organes érectiles (corps caverneux, corps spongieux, clitoris)
- La glande de BARTHOLIN
- Les muscles (bulbo-spongieux, ischio-caverneux, transverse superficiel, constricteur de l'anus).

- * **L'espace profond :**

- Le sphincter strié de l'urètre
- Le transverse profond

- **Le périnée postérieur :**

- La peau
- Le sphincter strié de l'anus
- Les fosses ischio-rectales qui sont remplies de graisses

Les structures du périnée antérieur et celles du périnée postérieur sont solidaires au niveau du centre tendineux du périnée qui est le point de rencontre entre les muscles du périnée antérieur et les fibres du sphincter strié de l'anus.

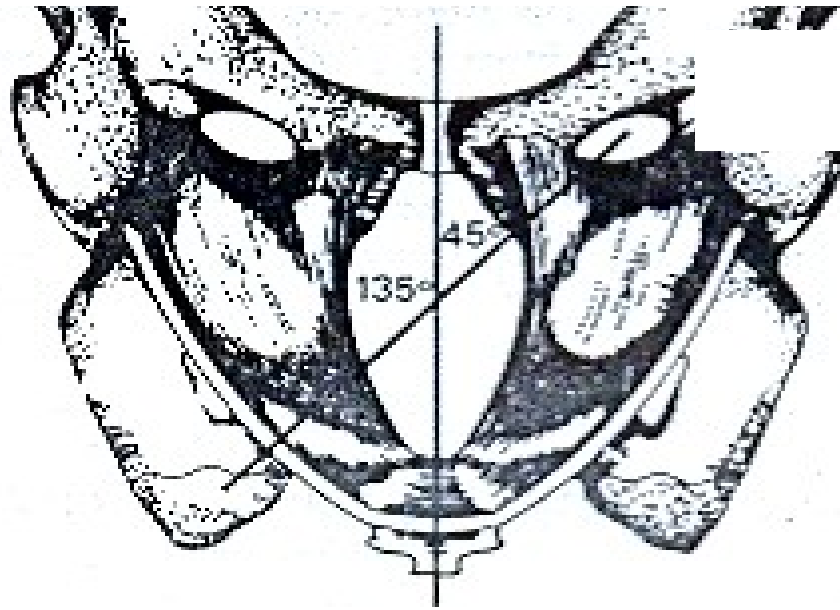


Figure X: LE DIAPHRAGME PELVIEN
(Tirée de KAMINA P. (25))

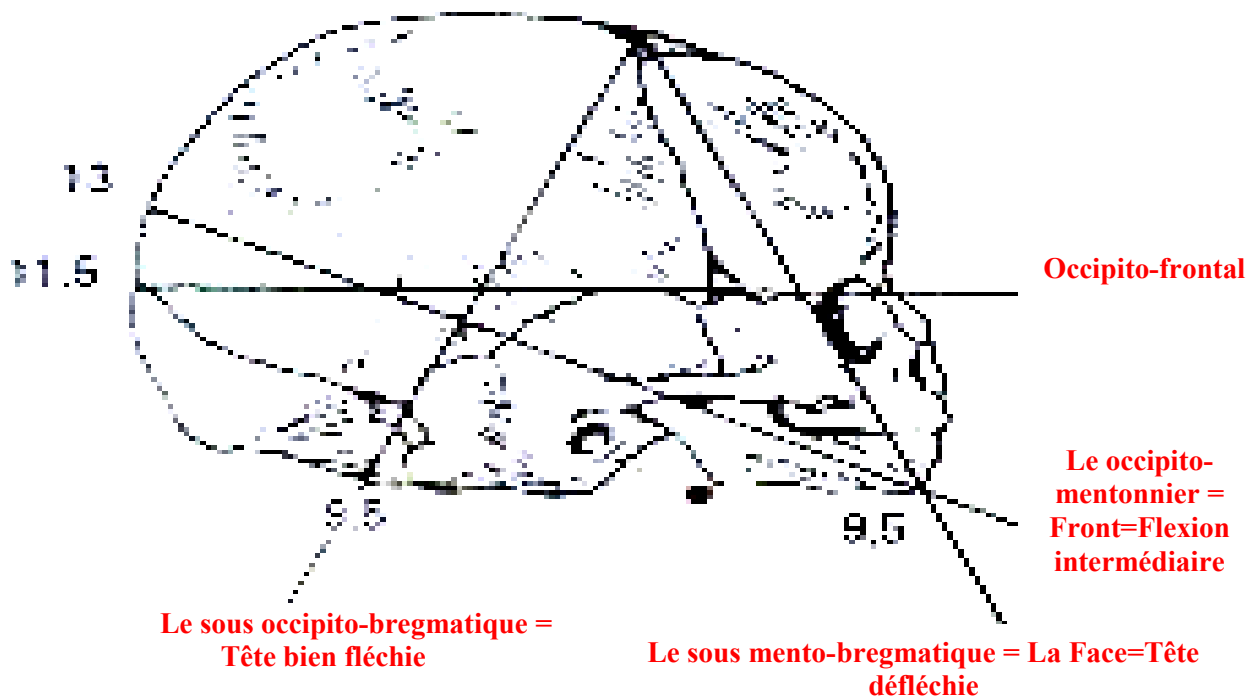


Figure XI: CRANE FÛETAL VUE DE PROFIL
(Tirée de KAMINA P. (25))

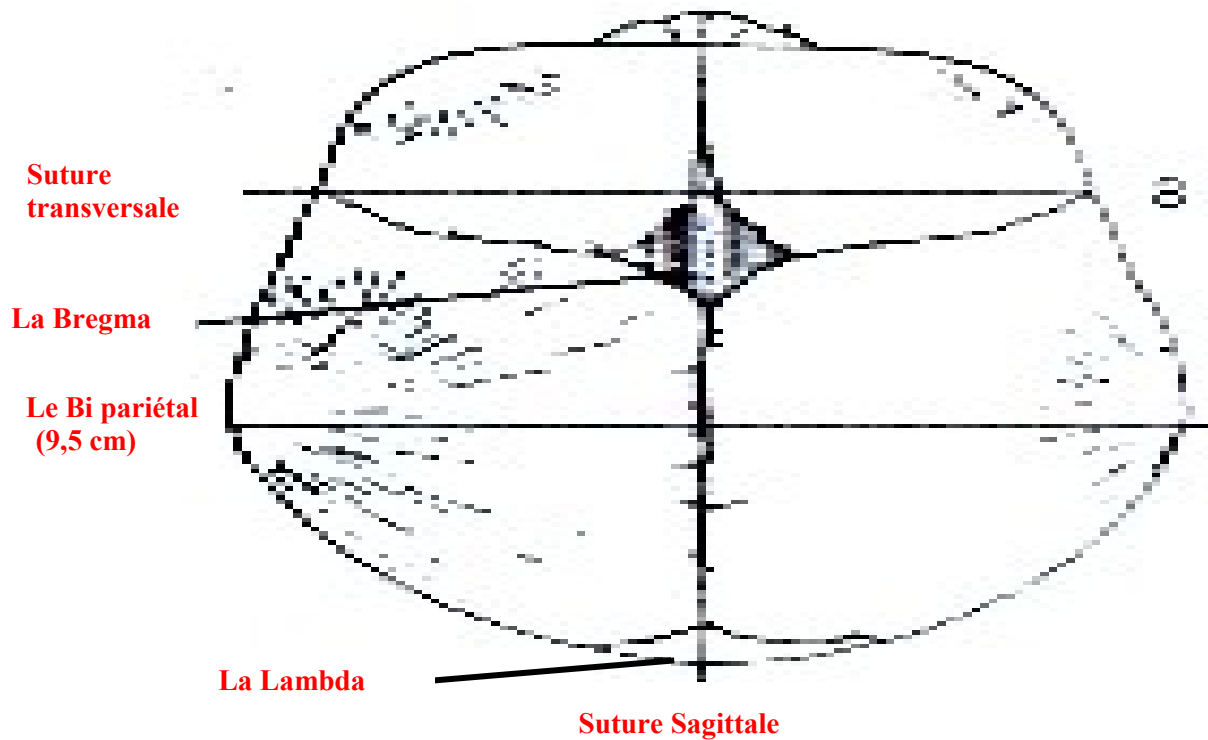


Figure XII: VOUTE CRANIENNE FŒTALE (KAMINA P. (25))

5. INDICATIONS:

➔ La classification des indications selon le schéma proposé par SOERGEL et repris par SCHOLTES (27)

Cette classification distingue les indications vitales des indications préventives ou électives et subdivise chacun de ces deux groupes en cinq sous groupes selon que l'indication soit purement maternelle, à prédominance maternelle, mixte, à prédominance fœtale ou purement fœtale (voir tableau ci-dessous).

* les indications vitales :

Sont celles où l'obstétricien se voit contraint de pratiquer d'urgence une césarienne pour sauver la vie de la mère et / ou de l'enfant face à une pathologie aiguë déclarée.

**** les indications préventives ou électives :***

Sont celles qui conduisent l'obstétricien à intervenir de façon préventive pour éviter à la mère et / ou à l'enfant la complication d'une pathologie.

Statistiquement susceptible d'apparaître au cours de l'évolution spontanée des constellations de risques élevés caractérisant certaines situations obstétricales.

Enfin selon la terminologie usuelle les césariennes pratiquées avant le début du travail et avant la rupture des membranes sont dites primaires.

Principaux groupes d'indication à la césarienne

Selon SOERGEL repris par SCHOLTES

	Indications exclusivement maternelles	Indications prédominance maternelle	Indications mixtes: maternelles et fœtales	Indications à prédominance fœtale	Indications exclusivement fœtales
INDICATIONS PREVENTIVES	<p>*Hémorragie sur placenta prævia.</p> <p>*Rupture utérine.</p>	<p>*état fébrile (infections amniotiques) Indications avec non progression de l'accouchement</p> <p>*Menace de rupture utérine.</p>	<p>*Pré éclampsie</p> <p>*Décollement prématuré du placenta normalement inséré</p>	<p>*Souffrance fœtale sur non progression de l'accouchement ou anomalie de position ou de présentation.</p>	<p>*Souffrance fœtale Aiguë (procidence du cordon)</p> <p>*Césarienne post-mortem.</p>

INDICATIONS VITALES	*Statut après metroplastie .	*Rupture prématurée des membranes sur col non favorable et échec de provocation.	*Disproportion fœto-maternelle.	*Dystocie mécanique sur anomalie de présentation.	*Insuffisance placentaire diagnostiquée avant le début du travail.
	*Statut après hystérotomie.				
	*Statut après plastie vaginale.				*Menace de décompensation fœtale en cas de grossesse à risque (HTA, diabète, érythroblastose fœtale, dépassement du terme, primipare âgée)
	*Statut après correction de fistule.				
	*Tumeur maligne du col.	*Statut après césarienne pour disproportion fœto-maternelle.	* Obstacle prævia.	*Dystocie fonctionnelle avec arrêt de progression de l'accouchement ou menace de décompensation fœtale sur tachy ou hyper-systolie utérine non contrôlable.	*Présentation du siège.
	*Pour accès à une pathologie abdominale exigeant un acte chirurgical d'urgence.				*Herpès génital sans atteinte fœtale.

➔ Classification des indications selon l'entrée en travail (28)

Il faut distinguer :

- * les indications portées en consultation prénatale avant toute entrée en travail,
- * les indications portées en salle de naissance devant :

- ☐ Un tableau d'urgence
- ☐ Un problème pathologique actuel
- ☐ Une évolution anormale du travail.

Il faut savoir que dans 50 à 70% des cas la césarienne est décidée du fait d'indications multiples ou associées.

a) Césarienne programmée ou prophylactique:

L'indication est portée en consultation au cours des visites prénatales qu'il s'agisse :

- ☐ D'un bassin chirurgical
 - ☐ D'un obstacle prævia connu (placenta recouvrant, fibrome, kyste ovarien, rein pelvien, tumeur sacrée ou hémi utérus prævia).
 - ☐ D'une anomalie ou lésion de l'appareil génital ; cicatrice utérine de mauvaise qualité, cancer du col, anomalie du vagin (diaphragme) d'une anomalie du périnée (fistule, déchirure compliquée ou prolapsus réparé).
- ☐ D'une cause maternelle : hypertension artérielle, cardiopathie, accident vasculaire cérébral, insuffisance respiratoire.
- ☐ D'une cause annexielle: le placenta prævia.
 - ☐ D'une cause fœtale: souffrance fœtale chronique dans le cadre d'une hypertension artérielle, d'une allo-immunisation, d'un diabète, d'une grossesse multiple, d'une présentation dystocique (siège, transverse), d'une malformation fœtale viable. Avant de décider de l'intervention, il convient dans ce cas de s'assurer de l'absence de malformations fœtales non viables par l'échographie, voire le caryotype obtenu par ponction du sang du cordon.

L'intervention programmée est faite dans le courant de la 39^{ème} semaine lorsque la maturité pulmonaire fœtale est assurée et en évitant de faire la

césarienne dans un contexte d'urgence chez une femme en début de travail, dont on sait qu'elle ne peut pas accoucher par voie basse.

La césarienne est dite : « systématique » s'il s'agit d'une première intervention et « itérative » chez une femme déjà césarisée.

b) Indications de césarienne portée en salle de naissance ou césarienne d'urgence:

Elles sont au nombre de trois :

▫ **Maternelle:** la pré rupture est reconnue devant l'hypertonie avec mauvais relâchement entre les contractions, apparition de douleur segmentaire et/ou de saignements survenant dans un contexte évocateur (utérus cicatriciel, stagnation du travail). Ces signes doivent inciter à césariser avant l'apparition de l'anneau de rétraction de Bandl Formel (utérus en sablier) et la rupture vraie qui nécessite bien sur une intervention d'extrême urgence.

▫ **Annexielle:** l'hémorragie est due à un placenta prævia recouvrant ou persistant après amniotomie, un hématome retroplacentaire prævia avec enfant vivant, la rupture d'un vaisseau prævia (syndrome de Benkiser).

La procidence du cordon reste une indication indiscutable car elle est une souffrance fœtale aiguë. C'est une indication de césarienne d'extrême urgence sauf si l'enfant est mort, la tête est engagée à la partie basse (il est plus rapide de faire un forceps) c'est une représentation du siège à dilatation complète sans anomalie du rythme cardiaque fœtal.

La responsabilité de la souffrance fœtale aiguë avant l'entrée ou en tout début de travail dans le taux de césarienne a augmenté avec l'avènement de la cardiotocographie. Actuellement, elle représente moins de 10% des indications de césarienne du fait d'une meilleure connaissance de l'interprétation des traces et de l'étude du PH.

La mort fœtale n'est pas une indication de césarienne, l'accouchement doit se faire par voie basse après maturation cervicale par les prostaglandines.

▫ **Un problème pathologique découvert à l'entrée en salle de travail:**

Cet examen à l'entrée en salle de naissance est essentiel, nous le répétons, car un problème a pu échapper à la consultation ou bien il a pu apparaître depuis la dernière visite.

◆ **Une pathologie maternelle:**

Il peut s'agir d'une hypertension, d'une cardiopathie, d'un diabète mal contrôlé par le traitement médical, d'une anémie ou encore d'un ictère.

Les vulvo-vaginites herpétiques imposent la césarienne si l'irruption a eu lieu dans le dernier mois de la grossesse, si le prélèvement est positif à cette date, si les membranes sont intactes ou la rupture supérieure à 4 heures.

◆ **Une cause fœtale:**

- **Présentation dystocique:**

* **Le siège** est une présentation potentiellement dystocique surtout dans sa variété du siège complet.

Les indications à la césarienne prophylactique en présentation du siège sont :

1- une anomalie du volume fœtal : - poids \geq 4 000g,

- Le bi pariétal \geq 100 mm ;

2- une anomalie modérée du bassin ;

3- une déflexion primitive de la tête, dans ce type de présentation on tiendra compte des facteurs associés : âge maternel, prématurité, hypotrophie, pathologie maternelle. L'utilisation d'un score (comme le score de westin aidera à la prise de décision ;

* **La présentation transverse ou de l'épaule** impose la césarienne.

* **La présentation du front** est aussi une indication formelle mais son diagnostic ne peut être posé que la membrane est rompue et la présentation fixée.

* **La présentation de la face** impose la césarienne si la rotation du menton se fait vers l'arrière.

- **Une pathologie fœtale:**

Une souffrance fœtale chronique, une dysgravidie, une allo immunisation ou un diabète doivent faire poser l'indication de césarienne. Il en est de même chaque fois que le retentissement sur le fœtus rend la voie basse périlleuse.

La prématurité n'est pas en elle-même une indication de césarienne mais encore plus qu'à terme. Toute présentation dystocique ou anomalie de travail présentant un risque pour le fœtus, impose la césarienne. Cependant :

° Entre 26 et 28 semaines, elle ne doit être faite que pour une indication d'ordre maternel. La voie basse est préférable à ce terme, surtout si le poids du fœtus est estimé à 800g ou moins. Ses chances de survie sont infimes ;

° Entre 28 et 32 semaines, le retour systématique à la césarienne est discutable, y compris pour les sièges, à condition d'une appréciation raisonnable des données obstétricales, et d'un monitoring rigoureux.

° Après 32 semaines il faut accepter la voie basse quelque soit la présentation si les conditions sont bonnes.

- **Grossesses multiples:**

La césarienne est indiquée dans les grossesses multiples de trois fœtus et plus et dans les gémellaires si le premier jumeau est en siège ou s'il existe une cause de dystocie surajoutée.

- **La dystocie mécanique:** reste l'indication de 40% des césariennes.
- **L'échec de l'épreuve de travail:** qui avait été tentée sur un bassin limite est la principale indication.
- **Parfois la disproportion fœtal:** est le fait d'un excès de volume fœtal chez une patiente ayant un bassin anormal.
- **La dystocie dynamique:** est la cause de 6 à 18% des césariennes.

La fréquence de cette indication tend à baisser du fait de l'utilisation judicieuse des ocytociques et de la péridurale. Si les contractions utérines sont de bonne qualité, bien évaluées (tocographie interne) et l'analgésie correcte, il faut poser la question d'une disproportion fœto-pelvienne mal évaluée.

- **La souffrance fœtale aiguë:** en cours du travail est appréciée par la clinique (liquide teinté, ralentissement des bruits du cœur), surveillance électronique du travail, la pH-métrie, est bien sûre une indication de la césarienne, en dehors d'une possibilité immédiate d'extraction par voie basse.

➔ **Classification analytique des indications (17)**

A- DYSTOCIES MECANIQUES:

1- Disproportion fœto- pelvienne:

Il s'agit soit d'une étroitesse du canal pelvi-génital, soit d'un excès de volume du fœtus. L'une et 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.

a- Bassin rétréci:

* Promonto-rétro-pubien < 10,5 cm

* transverse médian < 12,5 cm

* bi sciatique < 10 cm

* sacro-cotyloïdien < 9 cm

- Bassin ostéo-malacique.
- Bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise.
- Bassin traumatique avec gros cal.

b- Bassin généralement rétréci:

c- Bassin limite :

d- Gros fœtus : fondé sur : * La hauteur utérine > 35 cm

* Diamètre bi-pariétal (bip) >100 mm (N= 94mm)

* Poids \geq 4000g (PN > 2500g)

2- Obstacle prævia:

- * Kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabé dans le douglas.
- * Placenta prævia recouvrant.
- * Tumeur ou myome prævia.

3- présentation dystocique : * De l'épaule

- * Du front
- * De la face
- * Du siège.

B- DYSTOCIES DYNAMIQUES

Les dystocies dynamiques pures sont actuellement rares du fait de la meilleure connaissance de leur physiopathologie 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.

C- INDICATIONS LIEES A L'ETAT GENITAL:

- 1- Présence d'une cicatrice utérine.
- 2- L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparée.

3- Autres lésions :

* Cure de fistule vésico-vaginale.

* Cure de prolapsus génitaux.

* Cancer du col, diaphragmes transversaux du vagin, volumineux Kystes vaginaux.

D- INDICATIONS LIEES AUX ANNEXES FŒTALES:

1- Placenta prævia recouvrant hémorragique.

2- Hématome retroplacentaire (HRP) dramatique.

3- La procidence du cordon battant.

4- La rupture prématurée des membranes.

E- PATHOLOGIES GRAVIDIQUES:

1- Maladies pré existantes aggravées:

- HTA.
- Cardiopathie sur grossesse.
- Diabète.

2- Autres affections:

- Antécédents cérébraux vasculaires ou tumoraux.
- Hémopathies malignes (maladie de HODGKING).
- Cancer du col.
- Ictère avec souffrance fœtale.
- Maladie herpétique, vulvo-vaginite.
- Troubles respiratoires.
- Allo immunisation fœto-maternelle.
- Indications circonstanciées.

F- **SOUFFRANCE FŒTALE** : * Aiguë

* Chronique.

G- AUTRES INDICATIONS :

- Malformations fœtales.
- Prématurité associée à d'autres facteurs.
- Grossesses multiples :
 - * Gémellaires.
 - * Multiples (> 2 fœtus).
- Enfants « précieux ».

6. L'ANESTHÉSIE EN VUE D'UNE CÉSARIENNE

L'anesthésie pour une césarienne classiquement peut être obtenue de deux manières :

- une anesthésie générale ou
- une anesthésie locorégionale.

Plusieurs autres techniques peuvent être utilisées dont l'anesthésie péridurale et locale.

6-1. L'anesthésie générale :

➤ Incidents et accidents [29]:

- Inhalation de liquide gastrique qui peut être gravissime et mortelle. C'est la première cause de mortalité en anesthésie obstétricale. Ce risque est toujours présent en raison de la grande fréquence du relâchement du sphincter œsophagien.
- Les effets circulatoires de l'anesthésie générale sont moins importants que ceux observés sous anesthésie rachidienne.
- Le passage placentaire des drogues anesthésiques peut entraîner des dépressions respiratoires chez l'enfant surtout si le temps d'extraction est prolongé.

➤ Les indications:

- Ce sont :

- les césariennes en urgence
 - les hypovolémies
 - les troubles de la coagulation.
- Elle peut compléter une anesthésie loco-régionale incomplète ou inefficace.

➤ ***Avantages:***

- Induction rapide,
- Contrôle plus facile des problèmes hémodynamiques,
- Fiabilité.

6-2. L'anesthésie loco-régionale:

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

a. L'anesthésie péridurale:

• ***Technique [30, 31]:***

- ✓ Malade mise en confiance
- ✓ Abord veineux assurant un remplissage vasculaire par 500ml à 1000 ml d'une solution macromoléculaire pour prévenir l'hypotension artérielle.
- ✓ Parturiente mise en position assise ou en décubitus latéral gauche, le dos arrondi.
- ✓ L'opérateur doit pratiquer le geste de façon stérile (calot, bavette, lavage chirurgical des mains, gants stériles).
- ✓ Badigeonnage chirurgical de la région lombaire.
- ✓ L'espace de ponction (de L2 à L5) est repéré par la ligne bi iliaque.
- ✓ La ponction est réalisée avec l'aiguille de Tuorhy au niveau de l'espace L2-L3 ou L3-L4.

- ✓ L'espace péridural est identifié par la technique du mandrin liquide ou du mandrin gazeux [32]: avec l'aiguille de Tuorhy, on franchit le plan cutané puis le ligament sus épineux, l'aiguille est ainsi fixée dans le ligament inter épineux ; on adapte alors une seringue de 10ml contenant quelques millilitres d'air ou de sérum physiologique, et on procède à l'identification de l'espace péridural par la " technique de perte de résistance ".
- ✓ Passage d'un cathéter à travers l'aiguille dans l'espace péridural sur une longueur de 2 à 3cm sans dépasser les 3cm pour diminuer le risque de latéralisation du produit.
- ✓ On fait un test d'aspiration à la recherche de sang ou de LCR puis on injecte une dose test de 2 ml d'anesthésique local dans le cathéter, ceci permet de reconnaître une injection sous-arachnoïdienne éventuelle (rachianesthésie).
- ✓ La dose nécessaire d'anesthésique local est injectée 3 minutes au moins après la dose test.

- ***Produits anesthésiques [29] :***

- ✓ La bupivacaïne (marcaïne*) : C'est le produit le plus utilisé dans l'anesthésie loco-régionale. Elle procure une analgésie de bonne qualité avec un bloc moteur minime. Sa durée d'action est longue. Elle possède une toxicité cardiaque surtout lors des injections intra vasculaires accidentelles. Elle n'entraîne pas une diminution du score d'Apgar chez le nouveau-né.
- ✓ L'étidocaïne : Le bloc moteur est très important avec une analgésie de moins bonne qualité. La durée d'action est longue. Il n'existe pas d'effet sur le nouveau-né.

L'analgésie de ces produits anesthésiques locaux peut être renforcée par l'adjonction de fentanyl.

- **Incidents et accidents [29] :**

- ❖ L'hypotension artérielle : elle est progressive, par blocage sympathique, aggravée par la compression aorto-cave.
- ❖ Les convulsions et les dépressions cardio-vasculaires : elles surviennent lors des injections massives accidentelles d'anesthésiques locaux.
- ❖ Une rachianesthésie : elle peut survenir lors d'une ponction intra-durale méconnue et provoquer un collapsus cardio-vasculaire, une apnée et une perte de connaissance.

- **Indications :**

Elle est réservée surtout pour les césariennes programmées.

- **Contre indications :**

- ✓ Refus de la patiente.
- ✓ Troubles de la coagulation.
- ✓ Infection cutanée.
- ✓ Etat fébrile.
- ✓ Maladie neurologique évolutive.
- ✓ Anomalie de la colonne vertébrale.

- **Avantages :**

- ✓ Elle diminue le risque d'inhalation bronchique.
- ✓ Elle n'a que peu d'effet sur le nouveau-né.
- ✓ Elle permet la conservation de l'état de conscience de la mère.

b. La rachianesthésie [33, 30]

- **Principe :**

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

- **Technique :**

- ✓ Malade mise en confiance.
- ✓ Abord veineux assurant un remplissage vasculaire par 500 ml à 1000 ml de soluté macromoléculaire pour prévenir l'hypotension artérielle.
- ✓ Parturiente mise en décubitus latéral gauche ou plus rarement en position assise.
- ✓ Asepsie rigoureuse.
- ✓ La ponction est réalisée dans un espace inter épineux situé au dessous de L2 pour éviter une blessure de la moelle épinière.
- ✓ L'aiguille de ponction doit être fine (22 à 25 gauges), un introducteur type Pitkin permet de faciliter son passage à travers la dure-mère.
- ✓ Avant d'injecter le produit anesthésique, on doit s'assurer de l'écoulement du LCR.

- **Produits anesthésiques :**

On utilise le plus souvent la bupivacaïne à 0,5 %. La posologie utilisée étant faible, il n'y a pas de risque de réaction toxique maternelle ni de passage placentaire.

- **Incidents et accidents :**

- L'hypotension artérielle : contrairement à celle de l'anesthésie péridurale, elle est brutale et profonde.
- L'extension en hauteur de la rachianesthésie: favorisée par la position de Trendelenburg, elle peut ainsi entraîner une dépression respiratoire.
- Les céphalées : elles sont gênantes et parfois invalidantes.

- **Les indications :**

- Elle est réservée aux césariennes programmées.
- Les avis sont partagés quant à la place de cette technique dans les césariennes en urgence.

- **Les contre indications :**

Elles sont les mêmes que pour l'anesthésie péridurale.

7. TECHNIQUES CHIRURGICALES DE L'INTERVENTION CESARIENNE

La césarienne est une intervention apparemment facile, ce qui conduit assez souvent à l'abus, trop de personnes s'y adonnent : les uns insuffisamment formés 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, sécurisées par une anesthésie et une réanimation efficace avec un plateau de néonatalogie de pointe.

Vu la diversité des techniques depuis les débuts de l'intervention jusqu'à nos jours, ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire et la césarienne selon MISGAV LADACH. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

7.1. la césarienne segmentaire :

- ***Premier temps :*** mise en place des champs ; cœliotomie sous ombilicale médiane ou transverse (Pfannenstiel). L'incision de Pfannenstiel offre le double avantage d'être esthétique et d'une grande solidité de la cicatrice rendant la survenue d'éventration exceptionnelle [34]. (Figure XIV).
- ***Deuxième temps :*** protection de la grande cavité par des champs abdominaux, mise en place des valves.

- **Troisième temps** : incision transversale aux ciseaux du péritoine presegmentaire dont le décollement est facile.
- **Quatrième temps** : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; l'un ou l'autre ayant leurs adeptes bien que le premier semble être usité selon la littérature.
- **Cinquième temps** : extraction du fœtus. C'est la phase la plus redoutée des jeunes opérateurs. Des manœuvres inadaptées peuvent entraîner une extension de l'hystérotomie transversale vers les pédicules utérins.

Dans la présentation céphalique plusieurs techniques sont décrites. Dans les autres présentations la plupart des auteurs conseillent d'abord de chercher un pied (grande extraction).

- **Sixième temps** : c'est la délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'hystérotomie. La délivrance est suivie d'une révision utérine systématique, on assiste alors à la constitution spontanée du globe utérin avant la réparation de la brèche utérine.
- **Septième temps** : suture du segment inférieur 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 du péritoine vésico-utérin par un simple surjet non serré.
- **Neuvième temps** : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.
- **Dixième temps** : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

***Avantages de la césarienne segmentaire :**

- Incision autonome du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture.
- Incision de la partie non contractile de l'utérus donc moins de risque de rupture.
- La cicatrice est d'excellente qualité.

7-2 La césarienne selon la technique de MISGAV LADACH :

Se basant sur la littérature, MICHAEL STARK de l'hôpital MISGAV LADACH de Jérusalem a modifié et rationalisé ces nouvelles stratégies en mettant au point une technique qu'il a appelée modestement méthode de MISGAV LADACH. Elle consiste à :

- Ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 4 cm au dessus de la symphyse pubienne
- Ouverture transversale du péritoine pariétal.
- Pas de champs abdominaux.
- Hystérotomie segmentaire transverse.
- Extraction fœtale et délivrance extemporanée suivie d'une révision utérine
- Hystérorraphie en plan par un surjet continu.
- Pas de péritonisation.
- Suture de l'aponévrose par un surjet continu.
- Rapprochement cutané par quelques points de BLAIR-DONATI très espacés.

Avantage de la technique de MISGAV LADACH:

- Limite les attritions tissulaires.
- Elimine les étapes opératoires superflues.

- Simplifie le plus possible l'intervention.

La simplicité de cette technique et les résultats obtenus par différentes études font penser qu'elle deviendra sous peu la référence en matière d'extraction fœtale par voie haute.

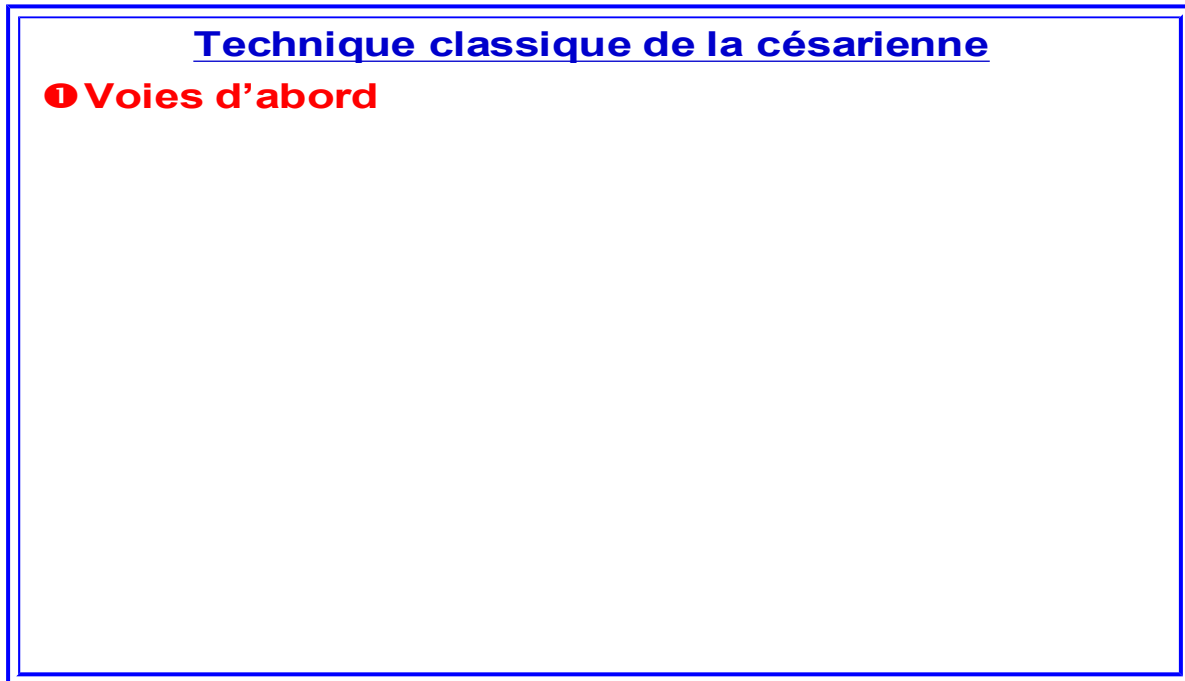


Figure XIII : (Tirée de KAMINA P. (25))

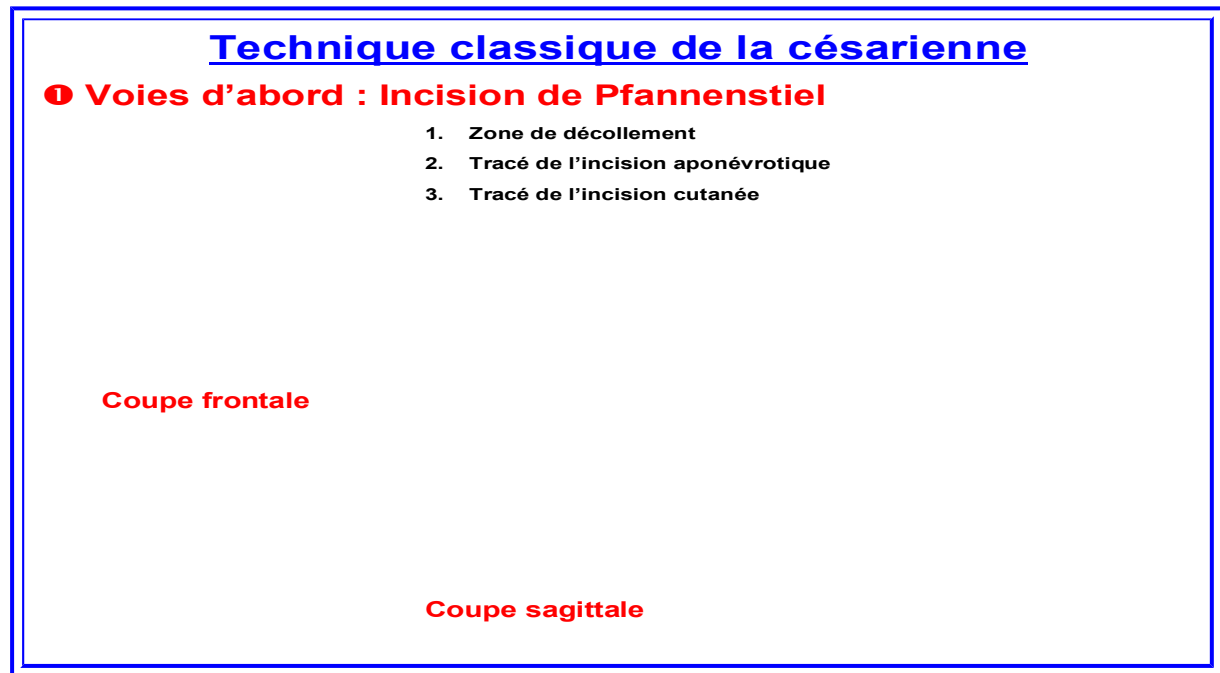


Figure XIV:(Tirée de KAMINA P. (25))

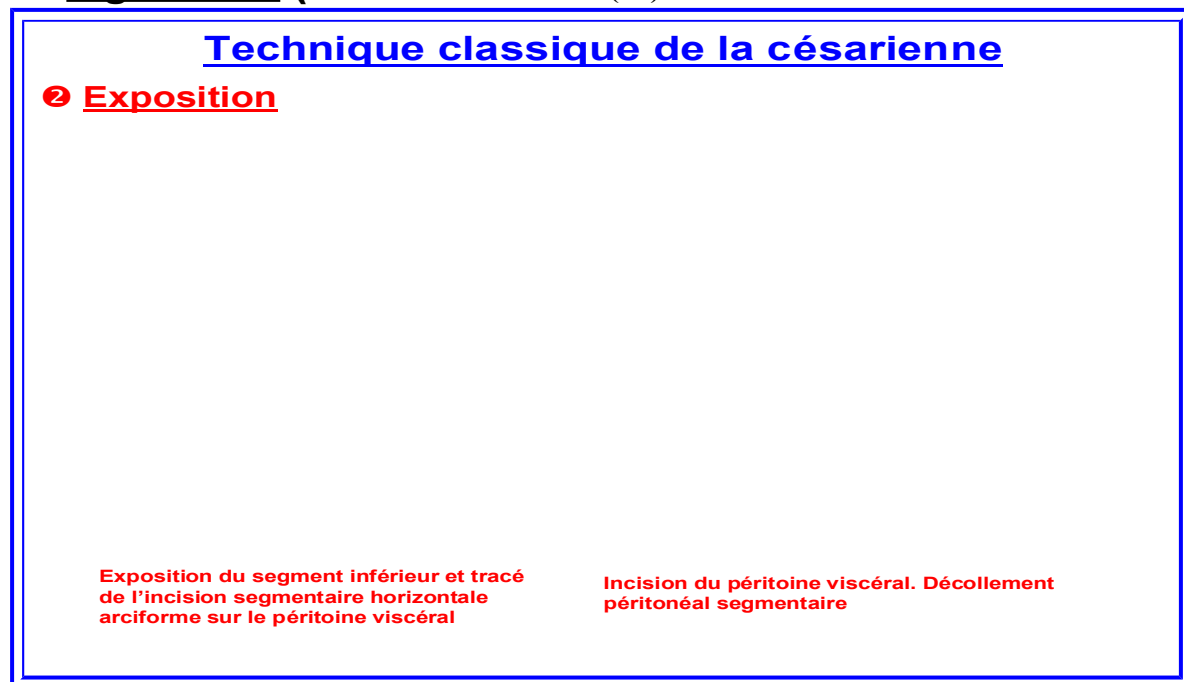


Figure XV: (Tirée de KAMINA P. (25))

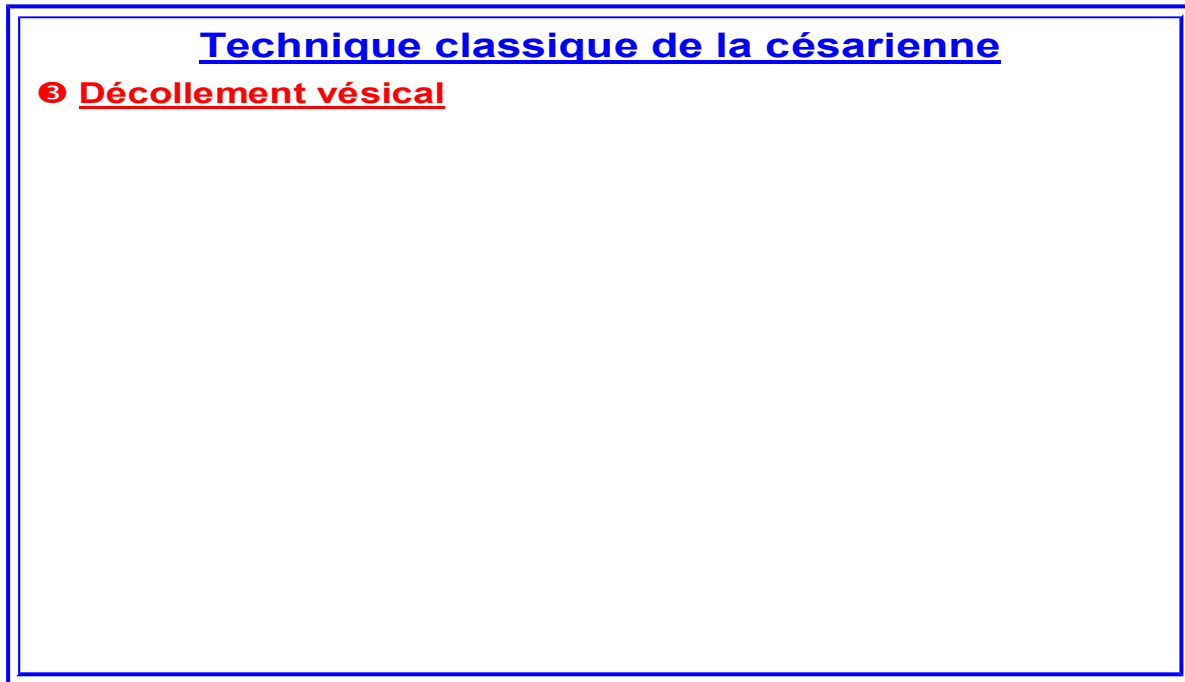


Figure XVI: (Tirée de KAMINA P. (25))

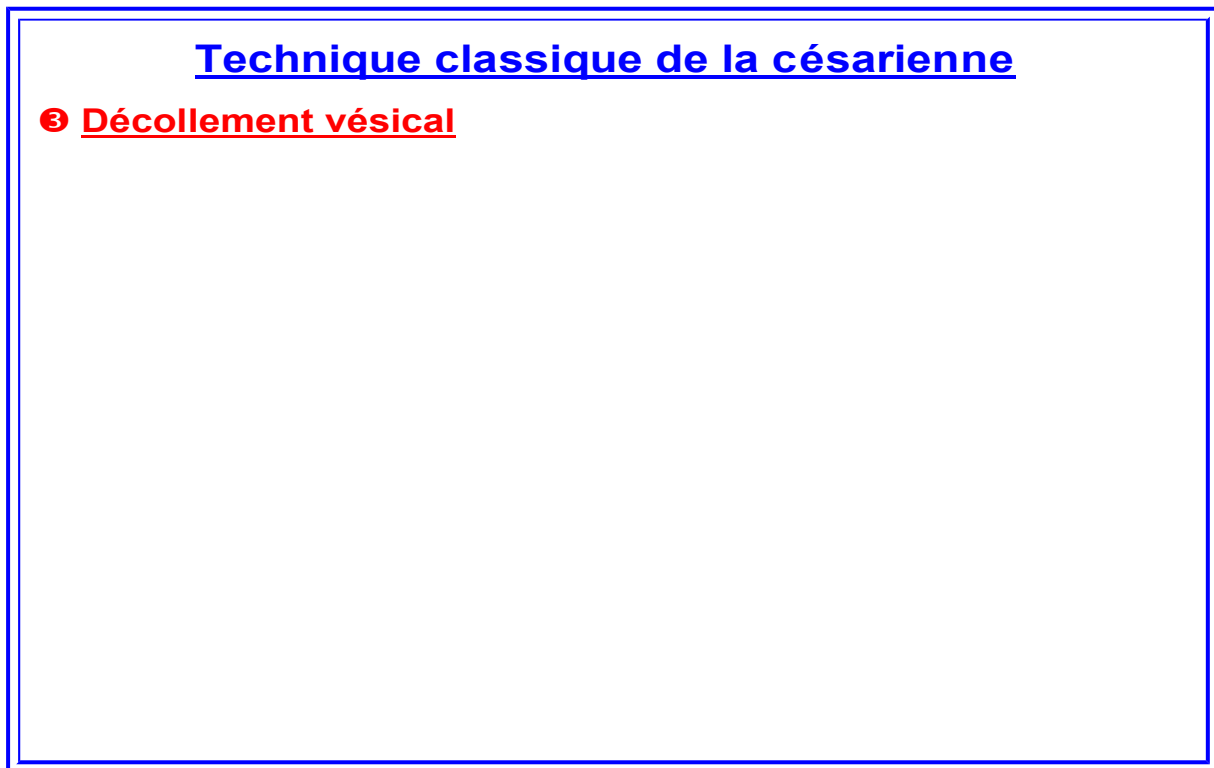


Figure XVII:(Tirée de KAMINA P. (25))

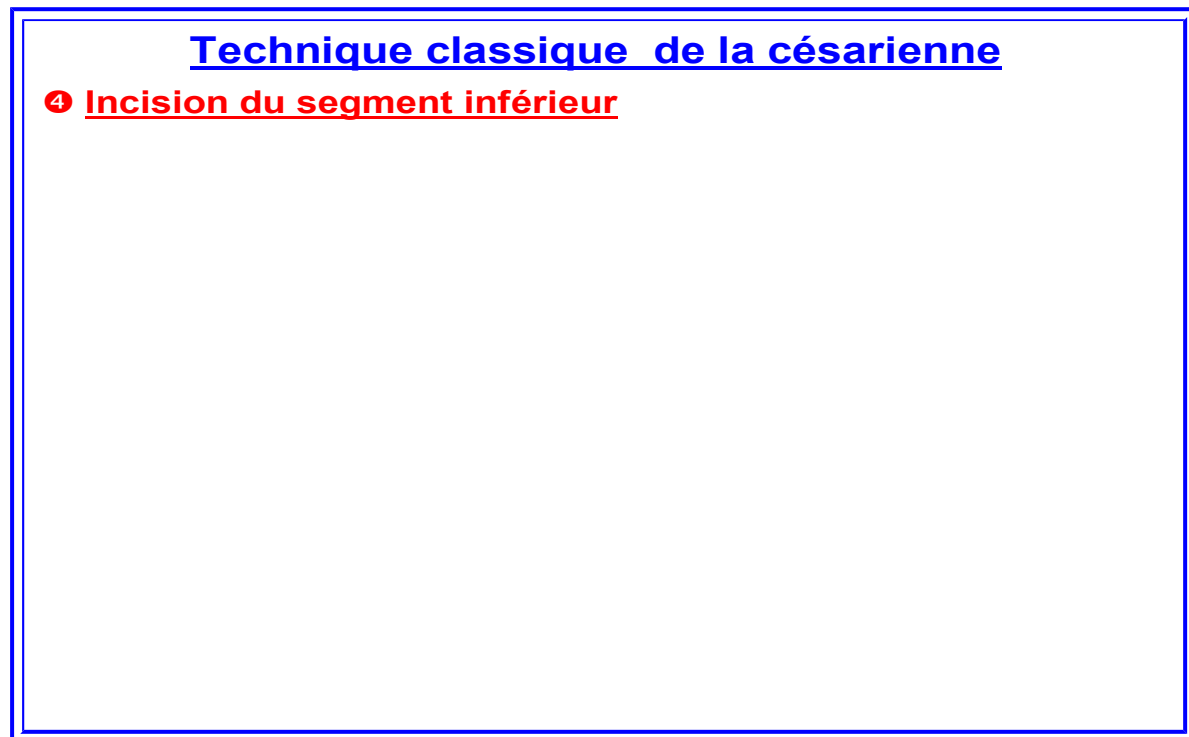


Figure XVIII:(Tirée de KAMINA P. (25))



Figure XIX : (Tirée de KAMINA P. (25))

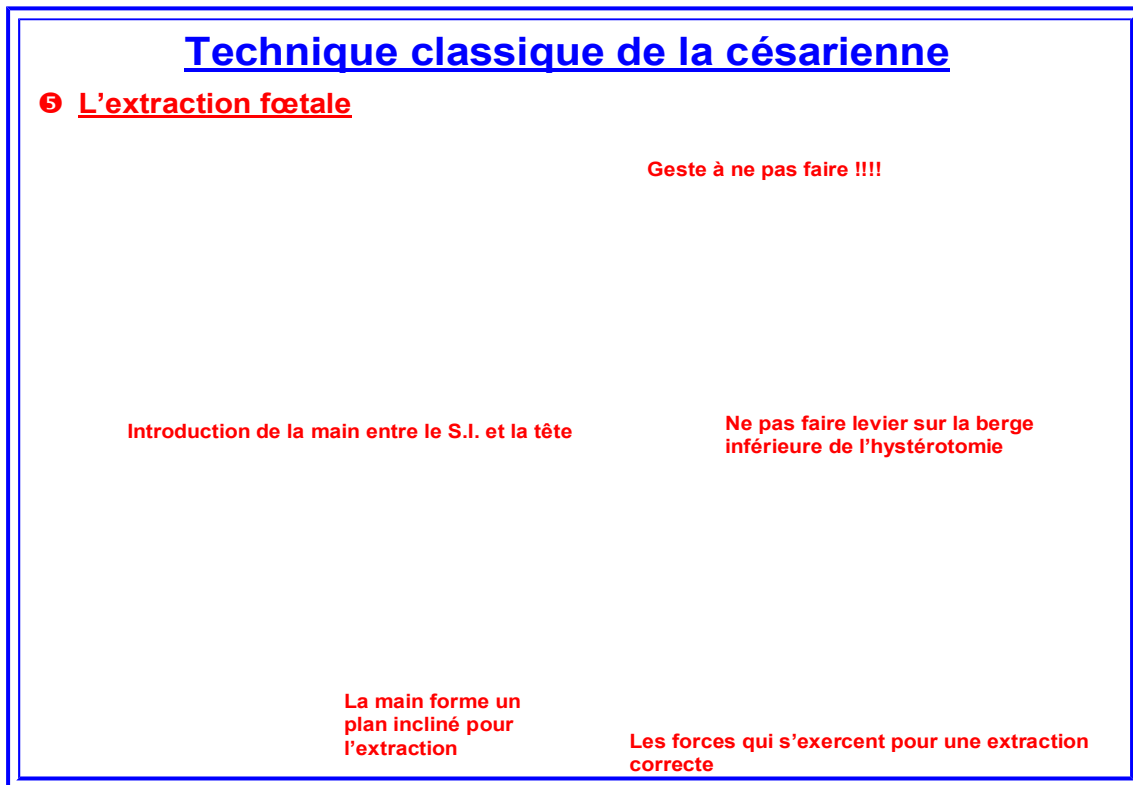


Figure XX :(Tirée de KAMINA P. (25))

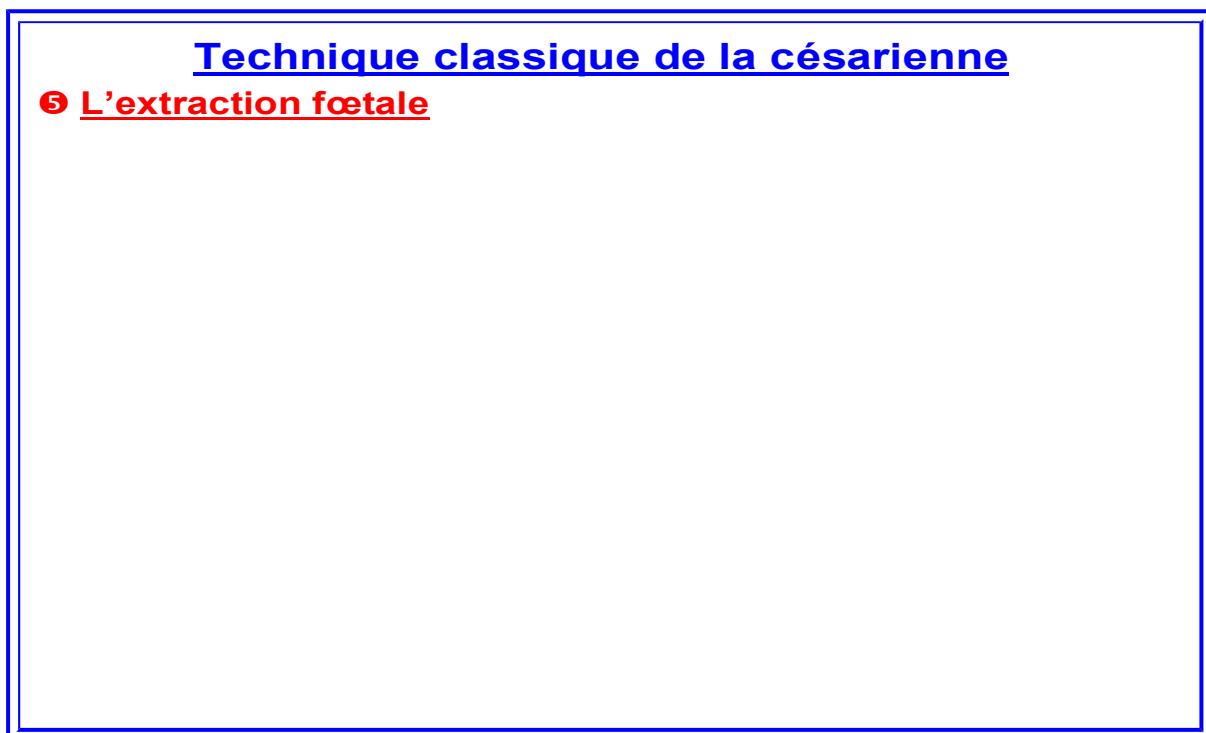


Figure XXI:(Tirée de KAMINA P. (25))

Technique classique de la césarienne

⑤ L'extraction fœtale

L'extraction par forceps est rarement utilisée mais est possible. On utilise les forceps de Suzor ou de Pajot

Figure XXII: (Tirée de KAMINA P. (25))

7-3. Interventions associées :

On peut citer :

❖ L'hystérectomie d'hémostase

C'est la principale intervention devant une hémorragie incœrcible ou une rupture utérine non suturable.

❖ Hystérectomie pour utérus myomateux ou une lésion maligne.

❖ Une myomectomie

❖ Une Kystectomie de l'ovaire

❖ Une ligature des trompes.

8. LES COMPLICATIONS:

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, toujours redoutables. Les complications sont en effet nombreuses et peuvent être per ou post opératoires.

8-1. Les complications per opératoires:

➤ **L'hémorragie** : Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

- Soit généraux : troubles de la coagulation et de l'hémostase
- Soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, placenta acreta).

➤ **Les lésions intestinales:**

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

➤ **Lésions urinaires:**

Essentiellement les lésions vésicales et les traumatismes urétéraux rares.

➤ **Complications anesthésiologiques:**

Hypoxie, asphyxie, arrêt cardiaque à l'induction, la mort maternelle au cours de l'intervention etc....

8-2. Les complications post opératoires:

➤ **Les complications infectieuses :**

Elles sont les plus nombreuses, 30 à 40% des césariennes selon la littérature. Cette fréquence trouve son explication dans cette phase de Grall : « la flore vaginale, après que la rupture des membranes, les touchers, les manœuvres

obstétricales 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'infection urinaire, l'endométrite, le sepsis, les suppurations et abcès de paroi.

➤ **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 vers J10-15 post opératoire par lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

➤ **Les complications digestives:**

Iléus paralytique post-opératoire fonctionnel, les vomissements, la diarrhée, les sub-occlusions voire les volvulus du colon.

➤ **LA maladie thromboembolique:**

Elle est prévenue par le lever précoce, voire l'héparinothérapie dans les cas à risque (phlébites, antécédent de maladies thrombo-emboliques).

➤ **Les complications diverses:**

Troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolie gazeuse, embolie amniotique.

Par ailleurs des complications peuvent s'observer chez le nouveau-né surtout liées aux drogues anesthésiques (dépression du nouveau-né, détresse respiratoire) ou d'ordre infectieuse voire la mortalité du nouveau-né.

II-METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude:

Le cadre de l'étude a été la maternité, le service de chirurgie du CSRéf de DIOÏLA plus les 16 CSCOM fonctionnels que couvre le district sanitaire de DIOILA.

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

Le cercle a une superficie totale de 12 794 km² et une population de 212 977 habitants en 2007 pour le District sanitaire de Dioïla

Le cercle est limité par :

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

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

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

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

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

Les principales voies de communication sont :

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

Les moyens de communications sont représentés par :

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

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

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

L'élevage de bovins, ovins, caprins et de la volaille est pratiqué par les sédentaires et les semi-nomades [35].

La répartition du personnel selon leur fonction actuelle est faite comme suite :

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

- Un aide soignant pour le programme élargi de vaccination (PEV).
- Un vendeur au point de vente des médicaments DCI.
- Un gérant au dépôt répartitaire de cercle (DRC).
- Un gestionnaire.
- Quatre manœuvres dont une femme au compte de la maternité.
- Un gardien.

Les infrastructures se présentent comme suit:

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

- Un bureau pour le chargé du système d'information sanitaire (SIS).
- Un bureau pour le gestionnaire.
- Une salle informatique.
- Une salle de réunion.

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

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

1-1 : Carte du district sanitaire de DIOILA

District Sanitaire de Dioïla



Organigramme de structure du District sanitaire de Dioïla



2. Type d'étude:

Il s'agissait d'une étude prospective longitudinale et analytique.

3. Période d'étude:

Elle s'étendait du 1^{er} octobre 2010 au 30 septembre 2011 soit une durée de 12 mois.

4. Population d'étude:

L'étude a porté sur l'ensemble des parturientes et des nouveau-nés issus des césariennes dans le Cs Réf de Dioïla au cours de la période d'étude.

5. Echantillonnage:

L'échantillonnage porte sur tous les cas de césarienne durant la période d'étude.

a. Collecte des données: Sources

La collecte des données a été faite à partir des supports suivants :

- une fiche d'enquête individuelle servant de questionnaire,
- les fiches d'évacuation
- les dossiers d'accouchements,
- les partogrammes,
- les fiches d'anesthésie,
- le registre d'accouchement,
- le carnet de CPN,

- le registre de conte rendu opératoire.

b. Critères d'inclusion :

- Les parturientes chez qui l'indication de césarienne a été posée et dont l'opération s'est déroulée dans le service.
- Les nouveau-nés issus de ces césariennes.

c. Critères de non-inclusion :

- Les parturientes césarisées ailleurs, venues dans le service pour d'autres complications ;
- Les patientes ayant subi la laparotomie pour rupture utérine
- Les nouveau-nés non issus de césarienne.

d. Saisie et Analyse des données:

La saisie a été réalisée sur le Microsoft Word

Les questionnaires ont été enregistrés et analysés sur le logiciel SPSS.

Les tests statistiques utilisés étaient: Kih2, l'odds ratio et son intervalle de confiance.

5- METHODE DE QUALITES :

a- CRITERES DE QUALITE :

Pour évaluer la qualité de la césarienne, nous avons procédé par deux approches :

1^{ère} APPROCHE :

Dans notre contexte, compte tenu de nos conditions locales, nous avons retenu un certain nombre d'indicateurs de processus et de résultats répondant aux exigences et attentes pour effectuer une césarienne de qualité.

Ces indicateurs sont en rapport avec :

➤ Les conditions de prise en charge :

- Le délai de prise en charge
- La disponibilité du kit
- La disponibilité du personnel soignant
- La disponibilité du bloc opératoire
- La disponibilité du sang

➤ La réalisation et les résultats de l'intervention :

- La qualité de l'opérateur
- La qualité de l'anesthésiste
- La pertinence des indications opératoires
- Les complications per-opératoires
- La vie de la mère et de l'enfant
- L'Apgar du nouveau-né à la naissance.

➤ **Le suivi post-opératoire :**

- Le respect du protocole post-opératoire
- La surveillance post-opératoire immédiate
- L'exécution sans délai de l'ordonnance post-opératoire
- Les complications post-opératoires
- La durée moyenne d'hospitalisation
- La réhospitalisation

Une cotation en score (0 à 3) a été faite pour les critères sus cités.

Trois indicateurs sont identifiés. Chaque indicateur est composé de 5 à 6 critères. La somme des scores réalisés appliquée à l'échelle d'évaluation permettra d'apprécier le niveau de qualité de la césarienne. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les trois indicateurs est de 20.

L'échelle d'évaluation se présente comme suite :

-Elevé (Q4) : 95 à 100% de score maximum soit un score total de 19-20

-Assez élevé (Q3) : 75-94,99% de score maximal soit un score total de 16-18

-Moyenne (Q2) : 50-74,99% de score maximal soit un score de 13-15

-Faible (Q1) : moins de 50% de score maximal soit un score total < à 13

Cette échelle permettra de déterminer pour la proportion de parturientes bénéficiant des césariennes de « Bonne » ou « d'assez bonne qualité » (Q4 et Q5) et celles bénéficiant des césariennes de « Qualité moyenne ou faible » (Q2 et Q1).

2^{ème} APPROCHE :

Le niveau de qualité des césariennes a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variantes discriminantes.

L'analyse a porté sur une échelle où les césariennes sont dites « Bonne qualité » si toutes les discriminantes ont été réalisées ; « Moins bonne qualité » ou de « Non qualité » si au moins une des variables n'est pas réalisée.

b- COTATION EN SCORE :

Pour l'analyse, les critères de césarienne de bonne qualité retenus sont les suivants :

➤ **La qualité en termes de condition de prise en charge :**

a) Le délai de prise en charge :

- Si inférieur à 1heure = Score 1.
- Si supérieur à 1heure = Score 0.

b) La disponibilité du kit :

- Si kit présent = Score 1.
- Si kit absent = Score 0.

c) La disponibilité du personnel soignant :

- Si équipe de garde présent et au complet = Score 1.
- Si équipe de garde présent, incomplet = Score 0.

d) La disponibilité du bloc opératoire :

- Si disponibilité du bloc opératoire : Score 1.
- Si prise en charge retardée par occupation du bloc : Score 0.

e) La disponibilité du sang :

- Si produit sanguin disponible au besoin = Score 1.
- Si produit sanguin non disponible au besoin = Score 0.

➤ **La qualité en termes de réalisation et de résultats de l'intervention :**

a) La qualité de l'opérateur :

- Si obstétricien = Score 2.
- Si non obstétricien = Score 1.

b) La qualité de l'anesthésie :

- Si absence de complications anesthésiques = Score 1.
- Si présence de complications anesthésiques = Score 0.

c) Les résultats en termes d'indications opératoires correctes :

- Si respect des indications opératoires = Score 1.
- Si non respect des indications opératoires = Score 0.

d) Les résultats en termes de complications au cours de l'intervention :

- Si absence de complications per opératoires = Score 1.
- Si présence de complications per opératoires = Score 0.

e) Les résultats en termes de vie de la mère et de l'enfant :

- Si mère et enfant vivant = Score 3.
- Si mère vivante, enfant décédé = Score 2.
- Si mère décédée, enfant vivant = Score 1.
- Si mère et enfant décédés = Score 0.

f) Les résultats en termes d'Apgar du nouveau-né à la naissance :

- Si Apgar supérieur ou égal à 7 = Score 1.
- Si Apgar inférieur à 7 = Score 0.

➤ **La qualité du suivi post- opératoire :**

a) Les résultats en termes de respect du protocole post-opératoire :

- Si protocole post-opératoire correctement exécuté = Score 1.
- Si protocole post-opératoire non correctement exécuté = Score 0.

b) Les résultats en termes de surveillance du post-opératoire immédiat :

- Si patiente surveillée toutes les 30mn pendant les 2 premières heures = Score 1.
- Si patiente non surveillée toutes les 30mn pendant les 2 premières heures = Score 0.

c) Les résultats en termes d'exécution sans délai de l'ordonnance post-opératoire :

- Si traitement post-opératoire exécuté sans délai = Score 1.
- Si retard au traitement post-opératoire = Score 0.

d) Les résultats en termes de complications post-opératoires :

- Si absence de complications post-opératoires = Score 1.
- Si présence de complications post-opératoires = Score 0.

e) Les résultats en termes de durée d'hospitalisation :

- Si durée d'hospitalisation inférieure à 7 jours = Score 1.
- Si durée d'hospitalisation supérieure à 7 jours = Score 0.

f) Les résultats en termes de réhospitalisation :

- Si patiente non réhospitalisée = Score 1.
- Si patiente réhospitalisée = Score 0.

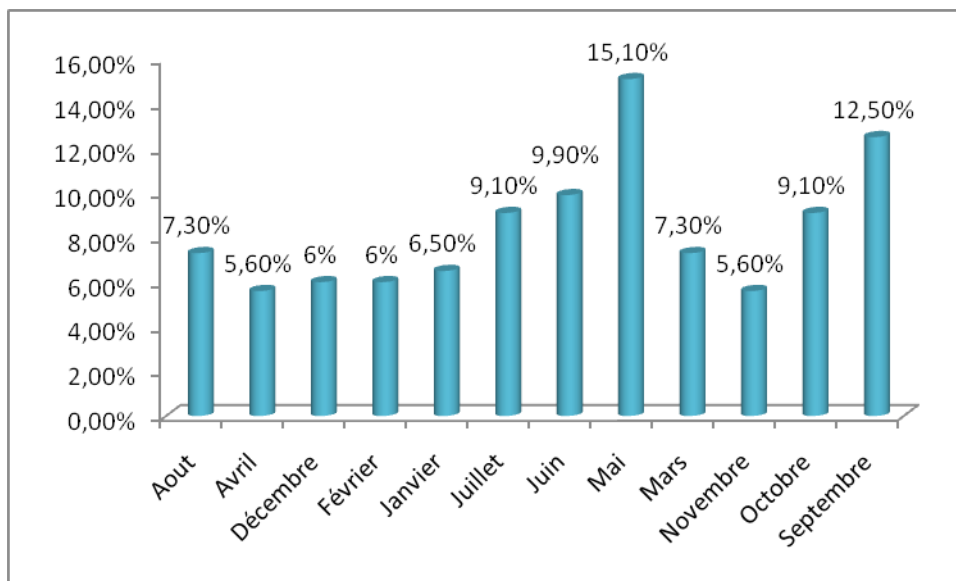
III- RESULTATS :

A - RESULTATS GLOBAUX:

1. Fréquences :

Du 1^{er} octobre 2010 au 30 septembre 2011 il a été réalisé au centre de santé de référence de Dioila 232 césariennes sur un nombre total de 1083 accouchements ; soit une fréquence de césarienne de 21,42%

Les 232césariennes provenaient du district sanitaire de Dioila.



Graphique 1: Evolution mensuelle des césariennes

L'étude mensuelle montre que la fréquence des césariennes la plus élevée a été observée au mois de mai 15,1% (35/232) et la plus basse au mois d'avril et novembre 5,6% (13/232).

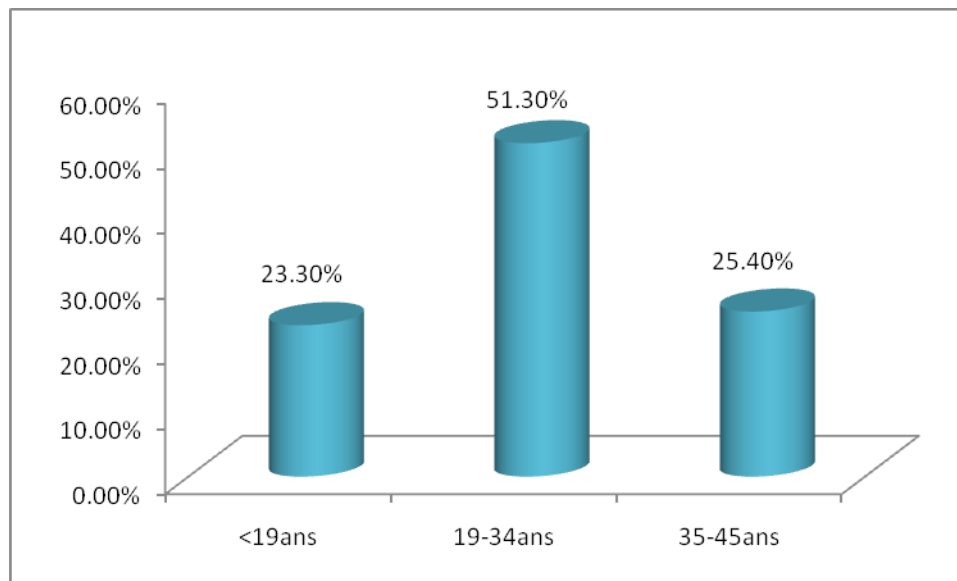
2- Profil socio démographique :

- ***Les tranches d'âge des femmes césarisées:***

Nous avons classé les femmes en trois groupes :

- les adolescentes (≤ 19 ans)
- les femmes d'âge optimal pour la procréation (20 – 34 ans)
- les femmes d'âge élevé sur le plan obstétrical (≥ 35 ans)

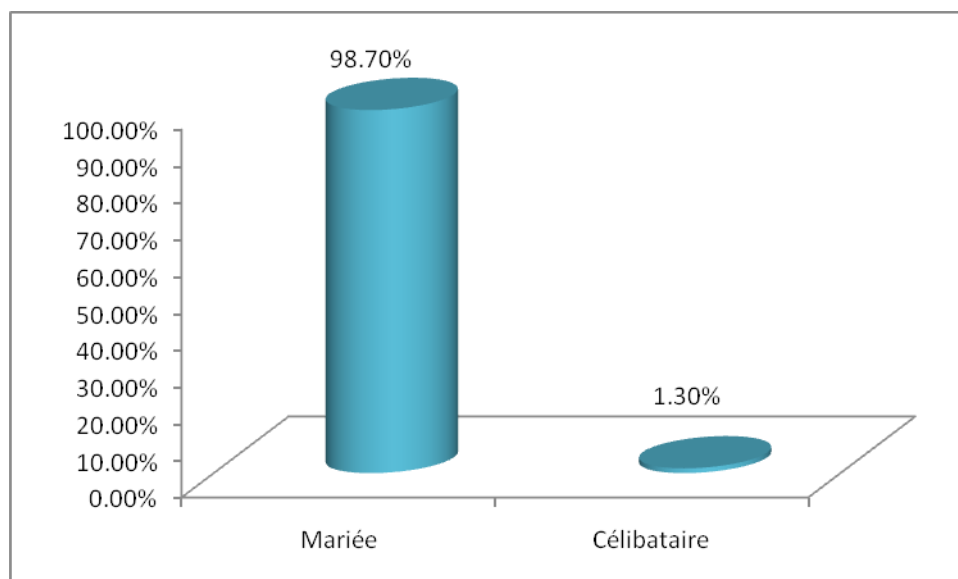
La répartition selon les tranches d'âge est consignée dans le graphique N° II.



Graphique 2 : Profil des femmes césarisées au CSRéf de Dioula

La plus jeune césarisée avait 16 ans et la plus âgée avait 38ans.

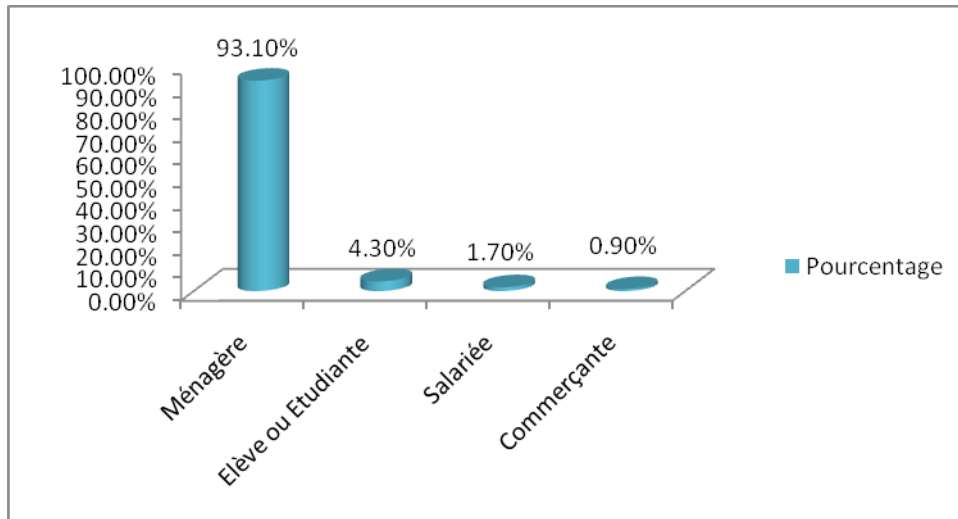
- **Statut matrimonial :**



Graphique n° 3 : Répartition selon le statut matrimonial.

Les femmes mariées étaient majoritaires soit 98.7%.

- ***Profession*** :

**Graphique n°4** : Répartition des césarisées selon la profession

Les ménagères prédominaient soit 93.1%.

- ***Niveau d'instruction*** :

Tableau N° I : Répartition des femmes césarisées en fonction du niveau d'alphabétisation en français.

NIVEAU D'ALPHABETISATION EN FRANÇAIS	FREQUENCE ABSOLUE	FREQUENCE RELATIVE (%)
Aucun niveau	170	73,3
Primaire	41	17,7
Secondaire	17	7,3
Supérieur	4	1,7

Total	232	100,0
--------------	------------	--------------

Les femmes analphabètes représentaient 73,3%.

LES MODALITES D'ADMISSION DES FEMMES CESARISEES.

- Mode d'admission :

Tableau II : La répartition des césariennes réalisées au CSRéf de Dioila selon le mode d'admission.

MODE D'ADMISSION	FREQUENCE	FREQUENCE
	ABSOLUE	RELATIVE (%)
Evacuée	147	63,4
Venues d'elle-même(CUD)	59	25,4
Référée	26	11,2
Total	232	100,0

Les femmes évacuées étaient majoritaires avec 63,4%.

- ***Le motif de référence/évacuation des femmes césarisées :***

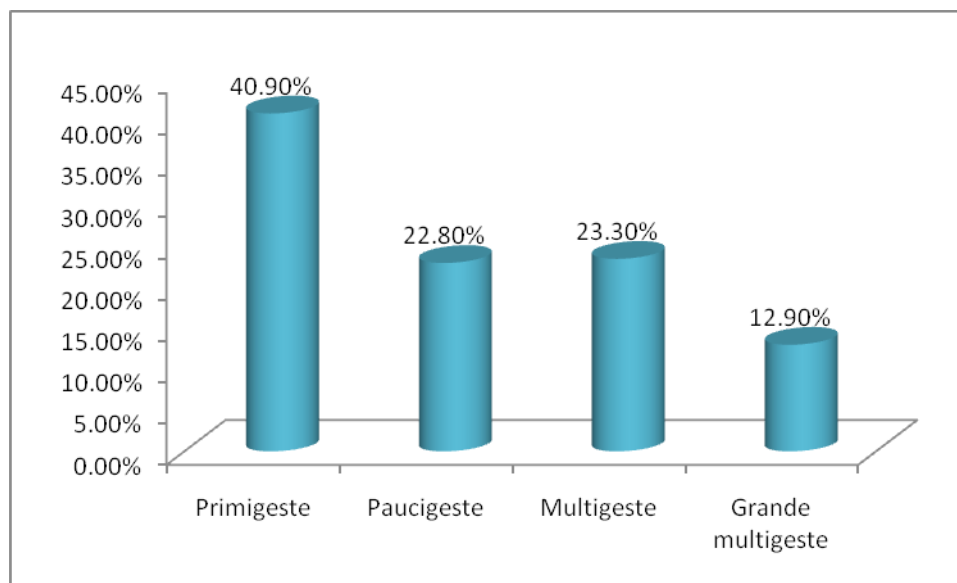
Tableau III : Répartition des femmes césarisées en fonction du motif de référence/évacuation.

Motif de référence/évacuation	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Utérus cicatriciel	65	28,0
Contraction utérine douloureuse	55	23,7
Dilatation stationnaire	20	8,6
Présentation vicieuse	18	7,8
Hémorragie/grossesse	13	5,6
Travail prolongé	12	5,2
Bassin limite	11	4,7
Autre	11	4,7
HU excessive	6	2,6
HTA/grossesse	5	2,2
Mort-né à répétition	4	1,7
RPM	4	1,7
Pré-rupture utérine	3	1,3
Césarienne prophylactique	2	,9
Procidence du cordon	2	,9
SFA	1	,4
Total	232	100,0

Les utérus cicatriciels ont constitué le premier motif de référence/évacuation avec 28% ; suivis des contractions utérines douloureuses avec 23,7%.

CARACTÉRISTIQUES OBSTÉTRICALES DES FEMMES CÉSARISÉES**• Gestité des femmes césarisées :**

Ces femmes ont été regroupées en primigeste (1^{ère} grossesse), paucigeste (2-3 grossesses), multigeste (4-6 grossesses), grande multigeste (≥ 7 grossesses).

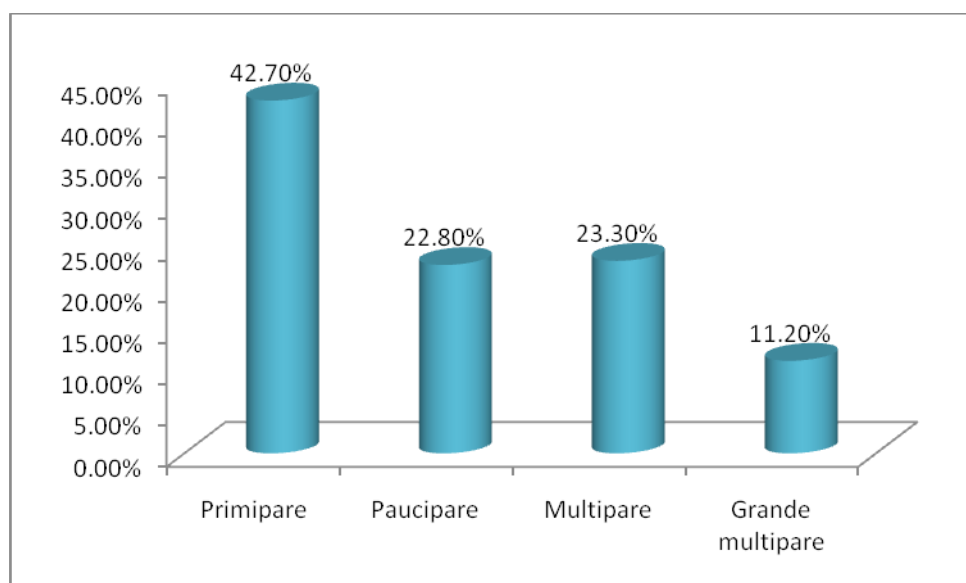


Graphique 5 : Répartition des patientes en fonction de la Gestité.

Les primigestes étaient majoritaires soit 40, 9%.

- **Parité des femmes césarisées :**

Ces femmes ont été regroupées en primipare (1 accouchement) ; paucipare (2 à 3 accouchements) ; multipare (4 à 6 accouchements) ; grande multipare (≥ 7 accouchements)



Graphique 6 : Répartition des patientes en fonction de la parité.

Les primipares étaient majoritaires soit 42,7%.

- **L'intervalle inter gésésique des femmes césarisées :**

L'étude a montré que 40,9% de nos patientes étaient des primigestes ; cependant 8,2% avaient un intervalle inter gésésique inférieur à 2 ans ; 50,87% supérieur à 2 ans.

LES CESARIENNES ANTERIEURES***Tableau IV : Répartition des femmes césarisées en fonction des césariennes antérieures.***

Nombre de césariennes antérieures	Notre Série	
	Nombre	%
0	161	69,4
I	54	23,3
II	15	6,5
III	2	,9
Total	232	100,0

30,6% des femmes de l'étude avaient un utérus cicatriciel soit 23,3% utérus uni cicatriciel, 6,5% utérus bi cicatriciel et ,9% utérus tri cicatriciel.

LES CPN DES FEMMES CESARISEES***Tableau V : Répartition des femmes en fonction du nombre des CPN :***

Suivi de la grossesse	Notre série	
	Nombre	%
0	34	14,7
1 – 3 CPN	136	58,6
≥ 4 CPN	62	26,7
Total	212	100

La majorité des patientes césarisées ont fait entre 1 à 3 CPN soit 58,9%.

- ***Auteurs :***

Tableau VI : Répartition des femmes en fonction des prestataires des CPN

Auteur	Fréquence absolue	Fréquence relative
Matrone	124	53,4%
Sage-femme	62	26,7%
Infirmière obst	42	18,1%
Médecin	4	1,7%
Total	232	100%

26,7% femmes étaient suivies par des Sage-femmes (tableau n° VI)

- ***Tableau VII : Répartition des patientes en fonction des différentes pathologies décelées au cours des CPN***

Pathologie décelée.	Fréquence absolue	Fréquence relative
Aucun	159	68,5%
IST	36	25,2%
Paludisme	25	17,4%
Infection urinaire	5	3,5%
HTA	3	2,1%
Pneumopathie	3	2,1%
Anémie	1	,7%
Total	232	100,0

L'IST a occupé une place importante des pathologies décelées au cours des CPN avec un taux de 25,2% ; elle est suivie de paludisme avec un taux de 17,4%.

CARACTERISTIQUE CLINIQUE DES FEMMES CESARISEES A L'ADMISSION

- ***L'âge gestationnel des femmes césarisées :***

Nous avons regroupé ce terme en trois modalités :

-Prématurité : 28 à 36 SA.

-A terme : 37 à 42 SA.

-Post-terme : > 42 SA.

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction du terme de la grossesse à l'admission.

Age gestationnel	Nombre	Fréquence
26-36SA	9	3,9%
37-42SA	223	96,1%
Total	232	100%

On a enregistré 9cas de prématurité soit 3,9%.

- ***Aspect clinique du bassin à l'admission***

Tableau IX : Répartition des femmes césarisées selon l'aspect clinique du bassin à l'admission

Aspect clinique du bassin	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Bassin normal	132	56,9
Suspicion d'anomalie pelvienne	100	43,1
Total	232	100,0

Chez 43,1% de nos patientes a été suspectée une anomalie pelvienne.

- ***Hauteur utérine à l'admission.***

Tableau X : Répartition des femmes césarisées selon la hauteur utérine à l'admission.

Hauteur Utérine	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
≤ 36cm	190	81,9
> 36cm	42	18,1
Total	232	100,0

18,1% de nos patientes avaient une HU > à 36 cm à l'admission.

- ***Tableau XI : Répartition des femmes césarisées en fonction de la dilatation du col à l'admission.***

En se référant au partogramme, nous avons recordé la dilatation du col en deux phases : phase de latence (≤ 3 cm) ; phase active (4 à 10cm).

Dilatation du col	Fréquence absolue	Fréquence relative
Phase de latence	59	25,4%
Phase active	173	74,6%
Total	232	100%

Ainsi 74,6% de nos parturientes ont été admises en phase active du travail.

- ***Tableau XII : Répartition des césarisées en fonction de l'état des membranes à l'admission.***

Etat des membranes	Fréquence absolue	Fréquence relative
Rompues	134	57,8%
Intactes	98	42,2%
Total	232	100%

Il ressort de l'étude que 134 patientes, soit 57,8% avaient rompu la poche des eaux avant leur admission dans le service ; 15 patientes, soit 6,5% avaient rompu la PDE 12 heures avant leur admission.

217 patientes, soit 93,5% avaient rompu la PDE moins de 12 heures avant leur admission.

- ***Tableau XIII : Répartition des césarisées en fonction de l'aspect du liquide amniotique après rupture des membranes à l'admission :***

Aspect du liquide	Fréquence absolue	Fréquence relative
Clair	83	61,9%
Méconial	27	20,2%
Teinté	22	16,4%
sanguinolent	2	1,5%
Total	134	100%

Chez 20,2% le liquide amniotique était méconial dès l'admission.

- ***Etat du fœtus à l'admission :***

A l'absence du monitoring électronique, l'état du fœtus à l'admission a été apprécié par l'auscultation au stéthoscope de PINARD.

Les BDCF étaient présents chez 92,7% et n'ont pas été perçus chez 7,3% de nos patientes à l'admission.

- ***Tableau XIV : Etat du fœtus en fonction de la fréquence des BDCF à l'admission.***

Fréquence des BDCF	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
BDCF absents	17	7,3
< 120bat/mn	7	3
Entre 120-160bat/mn	194	83,6
>160bat/mn	14	6
Total	232	100,0

16,4% des patientes avaient des BDCF anormaux à l'admission.

Les *MAF* étaient présents chez 92,7% de nos patientes et absents dans 7,3%.

- ***Tableau XV : Type de présentation du fœtus à l'admission.***

Présentation	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Céphalique	200	86,2
Transverse	18	7,8
Siège	14	6
Total	232	100,0

La présentation céphalique prédominait dans notre étude avec 86,2% de cas.

L'OPERATION CESARIENNE

- ***Temps écoulé entre la décision et l'intervention :***

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du délai d'exécution.

Délai d'exécution	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
≤ 1heure	226	97,4
> 1 heure	6	2,6
Total	232	100,0

La majorité (97,4%) des césariennes est exécutée dans un délai inférieur à 1 heure de temps après la décision.

Le retard de prise en charge des 6cas était du à la gestion d'autres urgences.

La durée moyenne de l'intervention était de 35 minutes avec des extrêmes de 19 à 81 minutes.

- ***Les indications opératoires :***

Pour l'étude des indications de la césarienne de qualité nous les avons classées en 5 groupes à savoir :

- Urgence absolue ;
- Césarienne obligatoire ;
- Césarienne de prudence ;
- Césarienne de nécessité ;
- Césarienne abusive.

Cette classification en 5 groupes donne les résultats suivants [21] :

Tableau XVII : Répartition des patientes césarisées selon les principaux groupes d'indications.

Groupes d'indications	Indications	Effectifs	Pourcentage (%)
Césarienne obligatoire	DFP	29	12,5%
	Présentation anormale	27	11,6%
	Anomalie de bassin	25	10,8%
	Dilatation stationnaire	19	8,2%
	Eclampsie	4	1,7%
	Antécédent de FVV	1	0,4%
	Total	105	45,3%
Césarienne de prudence	Utérus cicatriciel sur bassin limite	52	22,4%
	SFA (brady ou tachycardie ± L.A Méconial)	10	4,3%
	ATCD de mort-nés à répétition	5	2,2%
	Procidence du cordon	2	0,9%
	Total	69	29,7 %
Urgence absolue	Pré-rupture	21	9,1%
	PP hémorragique	7	3%
	HRP	7	3%
	Total	35	15,1%

Césarienne abusive	SFA (L.A teinté isolé, brady ou tachycardie récente isolée)	17	7,3%
	Total	17	7,3%
Césarienne de nécessité	RPM > 24h + échec de déclenchement de travail	4	1,7%
	Grossesse et autres pathologies maternelles	2	0,9%
	Total	6	2,6%

Les utérus cicatriciels représentent le motif le plus fréquent dans notre service avec 22,4% des cas. Les césariennes obligatoires représentent le groupe d'indication le plus fréquent avec 45,3% ; elles sont suivies par les césariennes de prudence avec 29,7%.

Tableau XVIII : Répartition des césarisées selon le type de césarienne.

Type de césarienne	Fréquence absolue	Fréquence relative
Urgence	226	97,4%
Programmée ou prophylactique	6	2,6%
Total	232	100,0%

97,4% des césariennes étaient pratiquées dans un contexte d'urgence

- ***Type d'anesthésie :***

Les 232cas étaient de l'anesthésie générale

Tableau N°XIX : Répartition des patientes selon la voie d'abord utilisée

Incision cutanée	Nombre	%
Pfannenstiel	126	54,3
IMSO	106	45,7
Total	232	100

La voie d'abord privilégiée était l'incision de type Pfannenstiel soit 54,3%

- ***Type d'hystérotomie :***

Dans la quasi totalité des cas l'hystérotomie était segmentaire transversale soit dans 99,1% (Tableau N°XX).

Tableau N°XX : Répartition des patientes selon le type d'hystérotomie

Hystérotomie	Notre série	
	Nombre	%
Segmentaire transversale	230	99,1
Segmento-Corporéale	2	,9
Total	232	100

L'indication de l'hystérotomie segmento-Corporéale était dûe à l'adhérence. Il y a eu la ligature et résection des trompes.

- ***L'opérateur :***

Tableau N°XXI : Répartition selon l'opérateur

Opérateur	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Médecin généraliste	183	78,9
Interne	49	21,1
Total	232	100,0

78,9% des césariennes ont été pratiquées par les médecins.

Tableau XXII : Répartition des césariées selon le type d'intervention associée

Intervention associée	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Aucune	223	96,1
Ligature des trompes	6	66,7
Kystectomie	2	22,2
Suture de la perforation intestinale	1	11,1
Total	232	100,0

9 patientes soit 3,9% ont subi une autre intervention en plus de la césarienne.

La ligature des trompes fut la plus fréquente des interventions associées avec 6 cas sur 9 soit 66,7%.

➤ **TRANSFUSION SANGUINE.**

Au cours de notre étude 10 patientes ont bénéficié de transfusion sanguine dont 4 au cours de l'intervention et 6 en post -opératoire.

➤ **LE PRONOSTIC.**

Nous étudierons successivement le pronostic maternel et celui néonatal.

1 – Pronostic Maternel

a) Morbidité :

25 femmes ont eu des complications post-opératoires soit 10,3% des césariennes (tableau N°XXIII)

Tableau N°XXIII : Répartition des complications post opératoires.

Complications des suites opératoires	Notre Série	
	Nombre	%
Paludisme	10	4,3
Suppuration pariétale	6	2,6
Endométrite du post- partum	5	2,2
Décès maternel	1	0,4
Septicémie	1	0,4
Total	23	9,9

Les complications infectieuses viennent au premier plan. 4,3% des femmes césarisées ont fait le paludisme

DUREE D'HOSPITALISATION:

La durée d'hospitalisation après césarienne était de 7 jours.

b) Mortalité:

Dans notre série, nous avons déploré 3 décès maternel (1,3%) après césarienne soit:

- 2 primipares de 17ans référées pour des crises éclamptiques : l'une avait fait une chute de sa hauteur entraînant une fracture cervicale et l'autre est venue dans un tableau fébrile (fièvre à 40°C)

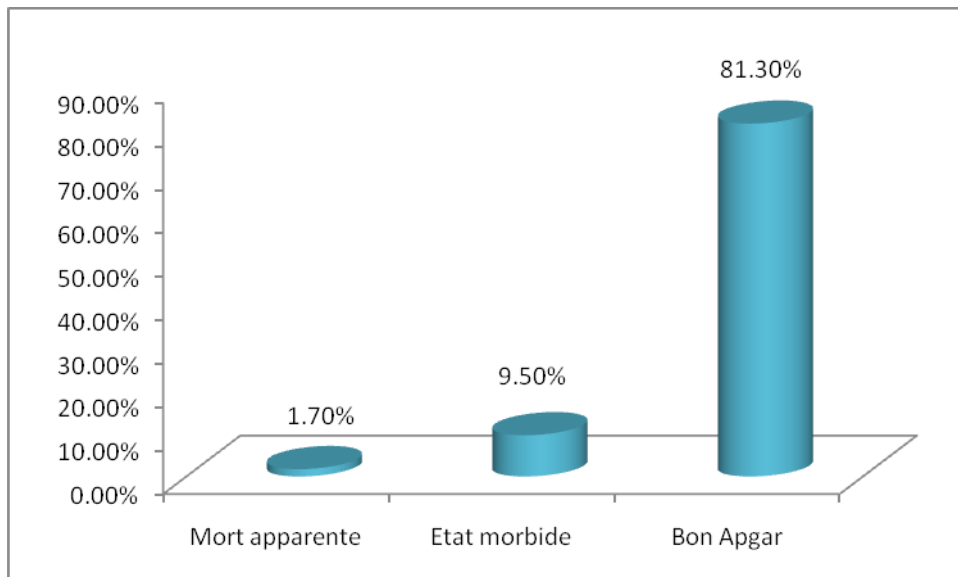
- une multigeste référée pour l'hémorragie sur grossesse ayant un HRP compliqué de CIVD.

2 - Pronostic fœtal :

Les 232 césariennes de notre série ont permis d'extraire 241 nouveau-nés dont 223 sont issus de grossesses uniques, 18 issus de grossesses gémellaires.

2-1- La morbidité :

Nous avons recodé l'Apgar en quatre modalités : Mort-né (Apgar 0) ; état de mort apparente (1 à 3) ; état morbide (4 à 7) ; bon état général (>7).



Graphique 6 : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'Apgar à la première minute

La majorité des nouveau-nés soit 81,3% avait un bon Apgar à la naissance contre 7,5% qui étaient des mort-nés.

Tableau XXIV: Répartition des nouveau-nés en fonction de l'Apgar à la 5^e minute

Apgar	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
0	18	7,5
1-3	1	,4
4-7	5	2,1
> 7	217	90
Total	241	100,0

Entre la 1^è et la 5^e minute les fréquences de mort apparente ; d'état morbide et d'état satisfaisant sont passés respectivement de 1,7% à 0,4% ; de 9,5% à 2,1% et de 81,3% à 90%.

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'Apgar à la 10^e minute

Apgar	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
0	18	7,5
1-3	0	0
4-7	2	,8
> 7	221	91,7
Total	241	100,0

Entre la 5^e et la 10^e minutes, les fréquences d'état de mort apparente et d'état morbide sont passées respectivement de 0,4% à 0% et de 2,1% à ,8%.

10 minutes après leur naissance, 91,7% des nouveau-nés ont un bon état général.

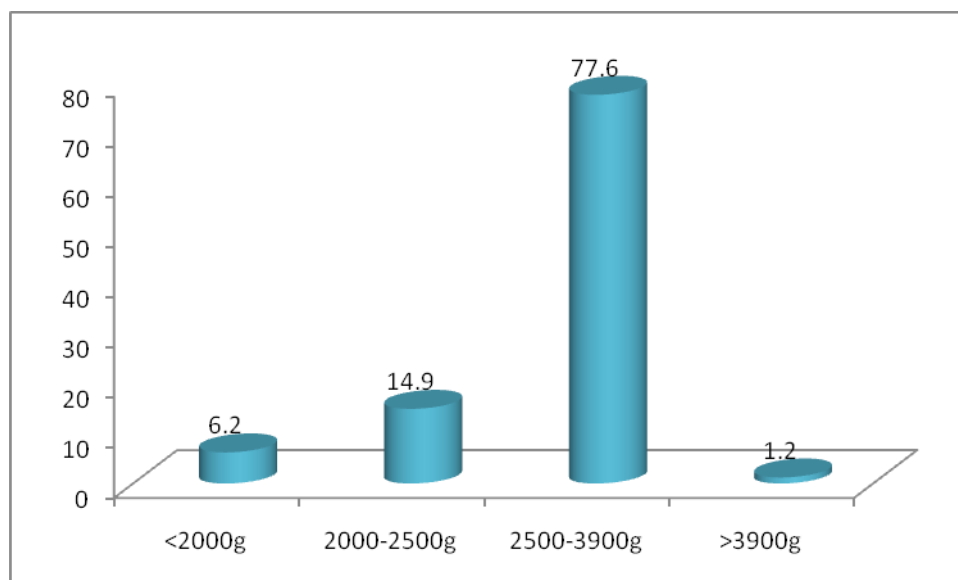
➤ ***Terme à la naissance :***

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés en fonction du terme à la naissance

Terme à la naissance	Fréquence Absolue	Fréquence relative (%)
A terme	233	96,3
Prématuré	9	3,7
Total	241	100,0

96,3% des nouveau-nés sont issus d'une grossesse à terme.

➤ ***Poids de naissance :***

***Graphique 7 : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids de naissance.***

77,6% des nouveau-nés avaient un poids compris entre 2500-3900grammes.

➤ ***le sexe :***

Tableau XXVII : Répartition des naissances selon le sexe

Sexe	Effectif	Fréquence
Masculin	132	54,8%
Féminin	109	45,2%
Total	241	100%

Parmi les nouveau-nés de césarienne, le sexe masculin prédominait 54,8%.

2.2- *Les complications néo-natales :*

172 nouveau-nés soit 78,5 % de l'ensemble des naissances n'ont souffert d'aucune complication périnatale (Tableau N°XXVIII).

Tableau N° XXVIII : Nombre de naissances en fonction des complications fœtales.

Complication	Notre Série	
	Nombre	%
Aucune	177	73,4
SFA	37	15,3
Mort né	18	7,5
Mort av. j7 vie	4	1,7
Détresse respiratoire (Prématurité)	4	1,7
Malformation	1	0,4
Total	241	100

Nous relevons 1cas de malformations congénitales soit 0,4 % de l'ensemble des naissances : Hydrocéphalie.

- Nous recensons 37 cas de SFA, soit 15,3%. Elle est la complication prédominante. Les 26 décès fœtaux sont survenus dans un tableau de : souffrance fœtale (22 cas) ; détresse respiratoire (prématurité) (4 cas).

LE COUT DE LA CESARIENNE.**➤ Coût total de la prise en charge d'une césarienne :**

Le coût total de la prise en charge d'une césarienne est gratuit.

B- RESULTATS ANALYTIQUES :**ANALYSE DISCRIMINATOIRE DU NIVEAU DE LA QUALITE DE LA CESARIENNE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE DIOILA.****Conditions de prise en charge des parturientes**

- **Analyse discriminatoire de la qualité des « conditions de prise en charge des patientes »**

Tableau XXIX: Répartition des césarisées en fonction de la qualité « du délai de prise en charge, de la disponibilité du kit, du personnel, du bloc opératoire et du sang »

Variables	Qualité		Non Qualité		Total
	Nombre	%	Nombre	%	
Délai de prise en charge	226	97,4	6	2,6	232
Disponibilité du kit	232	100	0	0	232
Disponibilité du personnel	229	98,7	3	1,3	232
Disponibilité du bloc opératoire	227	97,8	5	2,2	232
Disponibilité du sang	10	100	0	0	10

Le kit et le sang étaient disponibles dans 100% des cas ; par contre la qualité de la disponibilité du bloc opératoire était à 97,8%.

La réalisation et les résultats de l'intervention.

- **Analyse discriminatoire de la qualité de « la réalisation et les résultats de l'intervention »**

Tableau XXX: Répartition des césariées en fonction de la qualité de la réalisation et les résultats de l'intervention.

Variables	Qualité		Non Qualité		Total
	Nombre	%	Nombre	%	
Qualité opérateur	232	100	0	0	232
Qualité anesthésiste	232	100	0	0	232
Indications					
opératoires correctes	232	100	0	0	232
Complications per-					
opératoires	232	100	0	0	232
Vie mère enfant	206	88,8	26	11,2	232
Apgar du nouveau-né					
1 ^{ère} minute	196	81,3	45	18,7	241

On remarque que toutes les césariennes ont été pratiquées par les médecins généralistes ; 81,3% des nouveau-nés avaient un Apgar > 7 donc d'assez bonne qualité. $\chi^2 = 175,14$ $p < 0,000001$

LE SUIVI POST-OPERATOIRE.

- **Analyse discriminative de la qualité du « suivi post-opératoire »**

Tableau XXXI: Répartition des césariées en fonction de la qualité du suivi post-opératoire.

Variables	Qualité		Non Qualité		Total
	Nombre	%	Nombre	%	
Respect du protocole post-opératoire	232	100	0	0	232
Surveillance post-opératoire immédiate	128	98,3	4	1,7	232
Exécution sans délai de l'ordonnance post opératoire	232	100	0	0	232
Complications post-opératoires	209	90,1	23	9,9	232
Durée moyenne d'hospitalisation	232	100	0	0	232
Ré hospitalisation	232	100	0	0	232

Le protocole post-opératoire était correctement exécuté. $\chi^2 = 89,79$
 $p < 0,000000$

LE NIVEAU DE LA QUALITE DE LA CESARIENNE

▪ Analyse du niveau de qualité de la césarienne au CSRéf de Dioila

Nous avons classé le niveau de la qualité en quatre groupes suivant le score obtenu par chacune d'elle :

- Qualité faible* : score inférieur à 13
- Qualité moyenne* : score entre 13 et 15
- Qualité assez élevée* : score entre 16 et 18
- Qualité élevée* : score entre 19 et 20

Le tableau ci-dessous nous indique la répartition des césariennes en fonction du niveau de qualité.

Tableau XXXII : Répartition des césariennes par niveau de qualité.

Qualité	Score	Effectif absolu	Effectif relatif (%)
Faible	< 13	0	0
Moyenne	13 - 15	1	,4
Assez élevée	16 - 18	74	31,9
Elevée	19 - 20	157	67,7
Total		232	100,0

67,9% de césarienne sont de bonne qualité contre 31,9% de césarienne d'assez bonne qualité et 0,4% de qualité moyenne.

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1- METHODOLOGIE

Dans notre pays il n'y a pas eu de travaux de consensus pour élaborer des critères de qualité de la césarienne ; les références à des travaux effectués dans d'autres pays pour évaluer une démarche de qualité de la césarienne sont rares.

Nous avons fondé notre étude sur trois indicateurs composés chacun de 5 à 6 critères qui sont :

➤ ***Les conditions de prises en charge :***

- le délai de prise en charge,
- la disponibilité du kit,
- la disponibilité du personnel soignant,
- la disponibilité du bloc opératoire,
- la disponibilité du sang.

➤ ***La réalisation et les résultats de l'intervention :***

- la qualité de l'opérateur,
- la qualité de l'anesthésiste,
- la pertinence des indications opératoires,
- les complications per-opératoires,
- la vie de la mère et de l'enfant,
- l'Apgar du nouveau-né à la naissance.

➤ ***Le suivi post-opératoire :***

- le respect du protocole post-opératoire,
- la surveillance du post-opératoire immédiat,
- l'exécution sans délai de l'ordonnance post-opératoire,
- les complications post-opératoires,
- la durée moyenne d'hospitalisation,
- la ré hospitalisation.

Une démarche méthodologique semblable a été adoptée par Ouédraogo. C et Coll. [36] au service de Gynécologie et d'Obstétrique du centre hospitalier

Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) mais ils ont retenu comme critères de césarienne de bonne qualité : toutes césariennes ne comportant pas de complication (Morbidity et Mortality) chez la mère, enfant vivant ; par Cissé C.T. et Coll. [37] dans une étude intitulée « Césarienne de qualité au Sénégal : Couverture des besoins et qualité des services » par Quenum G, Memadji M. et Coll. [38] au service de Gynécologie et d'Obstétrique du C.H.U de Yopougon Abidjan (Cote d'Ivoire) ; par Togora M. [39] dans une thèse intitulée « Etude qualitative de la césarienne au CSREF CV du district de Bamako de 2000-2002 : à propos de 2883 cas » et par Dembélé M.[21] dans une thèse intitulée « Etude qualitative de la césarienne au service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital de Sikasso »

2- FREQUENCE DE LA CESARIENNE :

Les résultats que nous avons obtenus entre le 1^{er} Octobre 2010 au 31 Septembre 2011 (232 césariennes pour un nombre total d'accouchement de 1083 soit une fréquence moyenne de 21,42%), ont été commentés et discutés à la lumière de la littérature selon le plan suivant :

Fréquence globale :

Notre période d'étude a été réalisée dans la période de gratuité de la césarienne sur toute l'étendue du territoire national depuis le 23 juin 2005. Le tableau N°33 ci-dessous présente la fréquence de la césarienne selon la littérature. Les comparaisons sont par ailleurs délicates du fait des diverses approches méthodologiques qu'il s'agisse d'une étude en population (taux national ou taux d'un district sanitaire.) C'est ainsi que l'enquête MOMA réalisée de décembre 1994 à juin 1996 dans 7 districts sanitaires de la sous région (Bamako, Nouakchott, Ouagadougou, Abidjan, Kaolack, Niamey, Saint Louis) a rapporté des taux inférieurs aux normes fixées par l'OMS (5 à 15%) pour la prise en charge optimale des urgences obstétricales. Le même constat s'est révélé dans certains pays pauvres comme le Mali, la Bolivie, le Guatemala, Haïti où les taux

nationaux sont respectivement 0,8% ; 4,9%; 4,9% ; 1,6%.

Cependant les taux nationaux les plus élevés ont été rapportés par le Brésil et le Chili qui sont des pays dits en voie de développement.

Lors qu'on s'intéresse aux études dans les structures, les taux variaient selon le niveau de la pyramide sanitaire. Au Mali Téguté I. [17] à l'HNPG et Koné A. [40] à l'HGT ont trouvé des taux plus élevés comparés à ceux de Togora M. [39] et Cissé B. [15] qui ont réalisé leurs études dans les structures de références.

Tableau N° XXXIII : Augmentation de la fréquence des césariennes selon les pays. [20]

Auteur	Pays	Année	%
CISSE B. (15)	Mali	2001	8,0
TEGUETE I. (17)	Mali	1996	24,05
TOGORA M. (39)	Mali	2005	12,82
KONE A. (18)	Mali	2005	21,3
FOURN (41)	Bénin	88-89	7,6
GAYE A. (42)	Sénégal	2000	6,7
FAGNISSE A.(43)	Bénin	2001	22,4
EZEGWUI (44)	Nigeria	2004	20,4
MARCOUX (45)	Canada	1979	13,6
PETER J.(46)	France	1982	15,9
TURNER (47)	Grande Bretagne	1983	11,0
DOBSON (48)	Angleterre	2000	21,3
FLORICA (49)	Suède	2001	16
NOTZON (50)	USA	1990	24,0
RONALD (51)	USA	2004	27
LIN H.C. (52)	Taiwan	2000	31,2

Cette évolution s'est fait remarquer dans la plupart des séries de la littérature.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de l'augmentation des taux des césariennes notamment :

- * La surveillance de la grossesse et le monitoring électronique.
- * La banalisation de cette intervention chirurgicale due à l'amélioration de la technique opératoire, de l'asepsie, de l'antibiothérapie, de l'anesthésie et de la transfusion sanguine, lesquelles permettent d'obtenir une bonne sécurité pour la mère et l'enfant.
- * Les progrès de la réanimation néonatale autorisant l'extraction d'enfants hypotrophiques et de prématurés avec de bonnes chances de survie sans séquelles neurologiques.

* L'amélioration du niveau socio-économique, ce qui explique que l'augmentation de la fréquence des césariennes est plus importante dans les pays développés que dans les pays en voie de développement dont l'équipement sanitaire est limité.

* La diminution du nombre des grossesses pour chaque femme grâce à la planification familiale leur donne un caractère "précieux". Le moindre accident ou incident entraîne une menace d'attaques médico-légales. Le médecin pose alors plus facilement l'indication de césarienne [53].

* Le perfectionnement du monitoring fœtal au cours du travail, le meilleur dépistage et la surveillance des grossesses à risque, et le recul des manœuvres instrumentales et des grandes extractions réputées traumatisantes et délabrantes pour la mère, tous ces facteurs impliquent souvent une préférence pour la césarienne par rapport à la voie basse.

Par ailleurs, cette augmentation de fréquence des césariennes est due à la lutte contre la mortalité périnatale qui s'est améliorée ; mais la césarienne n'est pas le seul facteur de cette réduction de mortalité puisque la mortalité périnatale continue à décroître malgré une stabilisation.

3. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES PATIENTES

3-1-Age

Dans notre série, l'âge des parturientes variait entre 16 et 38 ans avec une moyenne de 27,7 ans. Les femmes qui avaient un âge optimal pour la procréation (20-34 ans) représentaient 51,3 % alors que celles aux âges extrêmes de la vie qui constituaient un risque pour la gravidité ne représentaient que 25,4%. Dans la

littérature nous constatons une prédominance de la fréquence relative des césariennes entre 20 et 34ans (tableau XXXIV), ce qui n'est pas à confondre avec le taux réel de césarienne qui au contraire est élevé aux âges extrêmes de la vie. Togora M. [39], Koné A.I. [18], Zarouk [54], Klouz [55], Chuong [56] , Fourn [57] et Dembélé M[21] ont trouvé respectivement 67.3% ; 62.1% ; 64% ; 70% ; 87% ; 67.6% ; 65,6% .

Selon Martel [58], l'âge de la mère augmente la fréquence de la césarienne, qu'il explique par la crainte des complications qui peuvent survenir au cours du travail lorsque la femme est âgée.

Selon Parrish [59], le risque de césarienne augmente à partir de 20 ans chaque fois que l'âge augmente de 5 ans. Cependant, l'âge en lui seul ne peut pas être un facteur de risque de césarienne mais plutôt un facteur de confusion car lié à la fois aux variables indépendantes comme le bassin rétréci et à la variable dépendante qui est la césarienne.

Tableau N° XXXIV : Fréquence relative des césariennes pour les femmes de 20 à 34 ans selon la littérature.

Auteur	Pays	Année	Taux (%)	Tranche d'âge
DIALLO C.H. (60)	Mali	1990	88,75	De 20 à 34 ans
TEGUETE I. (17)	Mali	1996	79,3	De 20 à 34 ans
COULIBALY I. (61)	Mali	1999	82,75	De 20 à 34 ans
CISSE B. (19)	Mali	2001	61,7	De 20 à 34 ans
KONE AISSATA (18)	Mali	2005	62,1	De 20 à 34 ans
TOGORA M. (39)	Mali	2005	67,3	De 20 à 34 ans
Dembélé M(21)	Mali	2006	65,6	De 20 à 34 ans
MESTIRI (62)	Tunisie	1986-88	81,7	De 21 à 35 ans

BEN TAIEB (63)	Tunisie	1987-88	51,4	De 26 à 35 ans
KHLASS (64)	Tunisie	1987-89	90,0	De 21 à 35 ans
DERBAL (65)	Tunisie	1990	63,9	De 25 à 34 ans
KRAIEM (66)	Tunisie	1994	57,6	De 25 à 35 ans
ZAROUK (54)	Tunisie	1994-95	64	De 25 à 34 ans
KLOUZ (55)	Tunisie	1993-95	70	De 25 à 34 ans
MARCOUX (45)	Canada	1979	49,3	De 25 à 34 ans
BOUTALEB (67)	Maroc	1980	52,5	De 25 à 35 ans
CHUONG (56)	USA	1986	87,0	De 20 à 35 ans
SPERLING (53)	Danemark	1987	62,0	De 20 à 29 ans
FOURN (57)	Bénin	1988-89	67,6	De 25 à 35 ans
BERTHE Y. (68)	Cote d'Ivoire	1992	66,06	De 20 à 34 ans
Notre série	Mali	2011	51,3	De 20 à 34 ans

3-2- La situation matrimoniale :

Les femmes mariées représentaient 98,7% de nos patientes. Ce résultat est supérieur à celui de Dembélé M. [21] 90,6% ; de Cissé B. [19] 90,7% ; et de Togora M. [39] 96,6%.

Les célibataires constituent 1,3% de nos patientes césarisées. Ce taux est inférieur à celui de Cissé B. [19] 8,7% ; de Togora M. [39] 6,2% et de Diallo C.H [60] 5,6% et de Téguté I. [17] et Dembélé M. [21] 9,4%.

3-3- La profession des patientes :

La plupart de nos patientes (93,1%) sont des ménagères ou exercent une profession libérale informelle (Vendeuse, Artisane) comme l'avaient noté Téguté I. [17] 86,01% et Togora M. [39] 80%.

3-4- La résidence :

Toutes nos patientes résidaient dans le district sanitaire ; contrairement au taux retrouvé par Togora M. [39] et Sankaré I. [69] dont la majorité des patientes résidaient hors aire soit 56,1% Dembélé M. [21] 40,1%.

4-LES MODALITES DE REFERENCE :

4-1- Les motifs d'évacuation :

D'une manière générale, les motifs de référence étaient en rapport avec les urgences obstétricales. Il s'agit :

- les CUD sur utérus cicatriciel : 28%

- la dilatation stationnaire : 8,6%
- la présentation vicieuse : 10,9%

Ces résultats diffèrent de ceux de Dembélé M. [21] où les références/évacuations étaient motivées par :

- les CUD sur utérus cicatriciel : 30,2%
- de la DFP : 16,8%
- l'éclampsie/HTA : 10,9%

4-2- Le mode d'admission :

Dans notre série 63,4% des patientes césarisées avaient été évacuées ; 11,2% référées et 25,4% sont venues d'elle-même.

Tableau N° XXXV : la fréquence des évacuations parmi les césariennes dans la série malienne

<i>Auteur</i>	<i>Fréquence relative (%)</i>
TEGUETE I. (17)	49,35
CISSE B. (15)	46
COULIBALY I. (61)	60,56
KONE AI (18)	58,3
TOGORA M. (39)	51,8
Dembélé M. (21)	42
Notre série	63,4

Cette prédominance des évacuations retrouvée par la plupart des auteurs maliens est l'œuvre d'une politique nationale basée sur un système de référence/évacuation dans le but de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. Dans ce programme il ressort que les grossesses et les accouchements à risque doivent être pris en charge par des structures de niveau 2 ou 3 ce qui explique la prédominance des évacuations sur références parmi les admissions du service.

5- CARACTÉRISTIQUES OBSTÉTRICALES :

5-1- La parité :

Les primipares représentent 42,7% de notre échantillon. Ce taux est supérieur à celui de Togora M. [39] 33,2% et de Aouanou [70] 30,1%, mais inférieur à celui de Dembélé M. [21] 54,2%

Il ressort de notre étude que la parité varie entre 0 et 11 avec une moyenne de 3,2.

Tableau N° XXXVI : fréquence relative des primipares parmi les césariennes.

Auteur	Pays	Année	Taux (%)
DIALLO C.H (60)	Mali	1990	25
TEGUETE I. (17)	Mali	1996	19,7
CISSE B. (15)	Mali	2001	22
KONE AISSATA (69)	Mali	2005	33,5
TOGORA M. (39)	Mali	2002	33,2
KLOUZ (55)	Tunisie	1993-95	44,6
BOUTALEB (67)	Maroc	1980	34,6
BOISSELIER (71)	France	1980	46,6
CHUONG (56)	USA	1980-81	29,9
SOLDATI (72)	USA	1984-86	23,0
FOURN (57)	Benin	1988-89	58,8
BERTHE Y. (67)	Cote d'Ivoire	1992	66,06
Dembélé M. [21]	Mali	2005	54,2
NOTRE SERIE	Mali	2011	40,9

En ce qui concerne les primipares, les différentes statistiques nationales et étrangères montrent un risque accru d'accouchement par césarienne. Cela s'explique par le fait qu'elle est associée le plus souvent à un autre facteur aggravant le pronostic d'accouchement par voie basse comme une pré éclampsie ou le rétrécissement du bassin (immaturité du bassin) très fréquent dans notre contexte du fait de la sexualité précoce avec la première grossesse et l'accouchement à un âge où la mère n'a pas terminé sa croissance.

5-2- Les consultations prénatales :

Dans notre série, 85,3% des parturientes avaient au moins bénéficié d'une CPN. 26,7% des femmes avaient fait au moins 4 CPN ou plus. Au mali cette tendance est également retrouvée par Togora M. [39] 86,1% et Dembélé M. [21] 87,2%. Kraiem [66] en Tunisie, Annie F. [73] de Cotonou, Berthé Y [67] en Côte d'ivoire ont trouvé respectivement : 86% ; 94,9% ; 93.1%.

Dans notre série, le suivi prénatal de 85,3% de nos patientes a permis de référer 11,2% des patientes dont la césarienne était prévisible. Ce taux est supérieur à celui de Togora M. [39] 3% et inférieur à celui de Dembélé M. [21] 13,1%, à celui de Sénégal qui était de 28% dans la série de Cissé C.T. [37]

La diminution du taux de CPN faite par des sages femmes était prévisible (26.7%) du fait de leur mauvaise répartition sur l'étendue du territoire qui est profitable à la population citadine.

Au sein de notre échantillon, les césariennes itératives représentaient 22,4% des césariennes effectuées. Ce taux est supérieur de celui de Cissé B. [15] en 2001 12,4% de Dembélé M. [21] 2006 16,9% et de Annie F. [73] 21,5%; mais inférieur à celui de Togora M. [39] 29,2%.

6- LA CESARIENNE

6-1- Le délai d'exécution :

Ce délai s'étendait de l'heure de la prise de décision au début de l'intervention. Dans notre contexte, les césariennes sont dans la majorité des cas effectuées en urgence 97,4%. Ce résultat est comparable à celui de Togora M. [39] et Cissé B. [15] qui ont respectivement trouvé 97,3% et 93,6% ; mais supérieur à celui de Annie F. [73] ; de Tegueté I. [17] et de Dembélé M. [21] qui a trouvé 88,3% 83,6% et 76,4%.

Ce délai moyen d'exécution dans notre étude était de 35minutes.

6-2- Les indications de la césarienne :

Ne dit-on pas que toute femme en travail est une césarisée potentielle ?

Dans notre maternité, les indications de la césarienne se sont considérablement élargies comme dans beaucoup d'autres centres hospitaliers.

Le souci constant de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie ou de traumatisme, tout en ménageant au mieux la santé de la mère, l'amène à être plus large sur les indications.

La dystocie mécanique, la souffrance fœtale aiguë et les anomalies liées à l'état génital au cours du travail ont été rapportées par la plupart des auteurs de la sous région comme étant les trois principales indications par leur fréquence.

Le plus souvent, l'indication de la césarienne était double dans notre série.

MELCHIOR et Coll. [74] avaient trouvé la même situation ainsi que Togora M. [39]

Les indications les plus fréquentes dans notre étude sont :

- les dystocies : 46,1%
- les souffrances fœtales : 11,6%
- les utérus cicatriciels : 22,4%

Il s'agit là des dystocies dynamiques ; par contre, les dystocies mécaniques par leur définition (les présentations dystociques associées à la disproportion fœto-pelvienne et aux obstacles prœvia) représentent 58,9%

Ces indications ont été diversement appréciées par plusieurs auteurs, dont la plupart ont relevé la fréquence élevée de la dystocie mécanique et des indications fœtales. Ainsi, Togora M. [39] en 2002 a trouvé les indications par l'ordre de fréquence :

- les dystocies : 50,9%
- les souffrances fœtales : 25,7%
- les hémorragies : 9,6%

Dembélé M. [21] en 2006 rapportait :

- les dystocies : 42,4%
- les souffrances fœtales : 16,9%
- les utérus cicatriciels : 16,9%

JAMET [75] dans une revue de la littérature sur la césarienne en situation précaire en milieu Africain a retrouvé :

- la dystocie mécanique : 30%
- la dystocie dynamique : 16%

- la présentation dystocique : 9,4%
- la SFA : 4,2%.

Une étude de Alihonou E. et Coll. [76] a prévu que le taux des césariennes par souffrance fœtale allait évoluer ce qui confirme notre étude.

Breda [77] rapporte :

- la dystocie mécanique : 30%
- la SFA : 8,7%
- les utérus cicatriciels : 3%.

Mann [78] retrouve :

- DFP : 40%
- SFA : 28,2%
- les présentations de sièges : 21%.

Ott [79] collige 466 césariennes et retrouve 42,6% de disproportion foeto-pelvienne dans les césariennes pour utérus non cicatriciel.

Dembélé M. [21] à Sikasso ; Longombe et Coll. [80] en zone rurale au Zaïre, Téguété I. [17] à Bamako ; Treguer [81] à N'Djamena ; Marcoux [45] au Canada ; Klouz [55] en Tunisie ; Sow A. et Koné A.I. [18] à Bamako ; Anoma M. [82] au CHU de Cocody trouvent respectivement pour la dystocie osseuse 40,06% ; 37% ; 36,7% ; 27,4% ; 26,5% ; 11,1% ; 37,93% ; 15,1% ; 10,02% contre 23,4% de notre série.

Le Roy J. [83] ; Champault G. [84] ; Najah [85]; Téguété I. [17]; Dembélé M. [21] ; Cissé B. [15] ; Togora M. [39] et Boutaleb [86] trouvent respectivement pour la souffrance foetale 4,5% ; 5% ; 7,0% ; 16,06% ; 16,9% ; 18% ; 25,7% ; 30% contre 11,6% dans notre série.

Dans la classification par groupe d'indication, on constate que les indications de césariennes obligatoires étaient plus fréquentes (45,3%) que les indications de césariennes de prudence (27,9%), l'urgence absolue (15,1%), la césarienne de nécessité (2,6%) et la césarienne abusive (7,3%).

Cette constatation a été faite par :

Togora M. [39] au CSREF de la commune V du district de Bamako qui trouve :

- Césariennes obligatoires : 48%
- Césarienne de prudence : 32,8%
- L'urgence absolue : 15,3%
- Césariennes de nécessité : 2,9%.

Ouédraogo C. [36] au Burkina qui trouve :

- Césariennes obligatoires : 54,8%
- Césariennes de prudence : 36,4%
- Césariennes de nécessité : 8,8%
- Césariennes abusives : 23,6%.

Cissé C.T. [37] au Sénégal qui trouve :

- Césariennes obligatoires : 43,8%
- Césariennes de prudence : 30,8%
- Césariennes de nécessité : 25,4%.

Comme Bouillin [87], nous avons préféré cette classification car elle permet de faire la part entre les indications de nécessité qui sont plutôt le reflet de la qualité de la prise en charge des parturientes lors de la grossesse et de l'accouchement et les indications de prudence dont l'objectif vise principalement la diminution du risque périnatal, et dans une moindre mesure du risque maternel (utérus cicatriciel). Dans notre série, nous avons retrouvé 16,3% des indications abusives de césariennes contre 1% dans la série de Togora M. [39] ; Dembélé M. [21] 16,03% et 23,6% dans la série de Ouédraogo C. [36] Ce pourcentage de césariennes abusives semble un peu élevé dans notre série ; cela s'explique d'une part par le fait le plus souvent d'une inobservance d'épreuve de travail dans certains cas et d'autre part par le non affinement du diagnostic de la souffrance fœtale.

6-3- Le pronostic :

6-3-1- Le pronostic maternel :

6-3-1-1-La morbidité maternelle :

Décrire avec précision et objectivité la morbidité induite par la césarienne reste très difficile. En effet, la plupart des publications trouvent des chiffres et des résultats éminemment variables puisque certains retiennent dans les complications, ne serait ce qu'un prélèvement avec bactériurie sans aucun signe clinique et que d'autres ne conservent que des anomalies imposant une hospitalisation [88].

Dans notre échantillon, les suites opératoires ont été simples dans 90,1% et compliquées dans 9,9%.

Comparé aux données de la littérature, notre taux est inférieur à celui de bon nombre d'auteurs. Ainsi, Tissot et Coll. [89], Haddad [90] ont respectivement trouvé : 13% ; 19,2%.

Notre taux est supérieur à celui de Cissé B. [15] qui a trouvé 5% de complications post-opératoires en 2001 au CSREF de la commune V du district de Bamako ; Togora M. [39] 7,6% et de Dembélé M. [21] 5,2%.

Les complications infectieuses viennent au premier plan avec 22 cas sur 23 soit 9,9% des césariennes et 95,7% de nos complications. Ce constat a été le même chez d'autres auteurs.

Cela justifie aisément l'instauration d'une antibiothérapie précoce. Ainsi, Jakobi et ALL cités par Mares [88] ont démontré dans une étude que l'utilisation de l'antibioprophylaxie permettait de réduire de moitié les problèmes infectieux post-césariennes qui passaient de 17,9% chez les femmes non traitées à 9% chez celles qui avaient une antibioprophylaxie.

Ces complications se résument en :

- suppuration pariétale dans 6cas/23
- endométrite du post-partum dans 5cas/23
- choc septique dans 1cas/23
- paludisme avec goutte épaisse positive dans 10cas/23
- décès maternel dans 1cas/23

Le paludisme occupe la première place avec 43,5% des complications infectieuses.

La suppuration pariétale vient en 2^é position comme l'avait noté Téguté I. [17] après les endométrites.

Ce taux est comparable à celui retrouvé par Togora M. [39] 10,9%.

6-3-1-2- La mortalité maternelle :

« La naissance d'un nouveau-né est un événement heureux qui se déroule le plus souvent dans une atmosphère de joie. Lorsque le décès survient, c'est le drame ; drame d'autant plus intense que cette éventualité est actuellement considérée comme impossible ».

Dans notre série, nous avons noté 3 cas de décès maternel soit 1,3%. Ce taux est comparable à celui de Cissé B. [15] qui a trouvé 1,3% en 2001 et Togora M. [39] 0,9% en 2002. Le tableau donne la fréquence de la mortalité maternelle post césarienne selon la littérature.

Tableau N° XXXVII : Fréquence de la mortalité maternelle post césarienne selon la littérature.

Auteurs	Taux (%)
NAJAH (85)	0,3
GORDAH (91)	0,1
BEN TAIEB (63)	0,0
MARK (92)	0,04
KHLASS (64)	0,4
DERBAL (65)	0,3
KRAIEM (66)	0,0
ZAROUK (54)	2,0
KLOUZ (55)	0,0
CIRARU VIGNERON (93)	0,0
AUDRA (94)	0,0
PICAUD (95)	1,0
CISSE CT. (37)	1,4
KONE AI. (18)	1
TEGUETE I. (17)	3,88
DIALLO C.H. (60)	10,62
COULIBALY I. (61)	3,5
CISSE B. (15)	1,3
CAMARA Y. (25)	3,45
NOTRE SERIE	1,3

Dans notre contexte au Mali, l'importance de la morbidité et de la mortalité traduit d'une part l'insuffisance dans le suivi des femmes en travail au niveau des CSCOM; d'autre part la pauvreté des patientes et de leurs partenaires.

6-3-2- Le pronostic fœtal :

L'appréciation du pronostic fœtal est faite pendant le séjour post opératoire de la mère dans le service.

Les 232 césariennes de notre série ont permis d'extraire 241 nouveau-nés dont 223 issus de grossesses uniques et 18 issus de grossesses gémellaires.

6-3-2-1- La morbidité :

En considérant comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar ≤ 7 ; comme l'ont précédemment fait d'autres auteurs (Togora M., Annie F., Berthé Y.), notre taux de morbidité s'élève à 18,7%. Il est inférieur à celui de Togora M. [39] 21,7% ; de Téguté I. [17] 16,9% et de Dembélé M. [21] 12,9%. Berthé Y. [68] a trouvé 68,77% qui est largement inférieur au notre.

Nous avons dégagé les principales complications néonatales observées dans le service ; il s'agit entre autres de :

- la souffrance néo-natale aigue avec 7,5%
- l'infection néonatale avec 2,1%
- les malformations fœtales avec 0,4%.
- la détresse respiratoire avec 1,8%

6-3-2-2- La mortalité :

Au cours de notre étude, nous avons recensé 26 cas de décès périnatal ce qui fait un taux de mortalité périnatale de 10,8%. Il est comparable à celui de Togora M. [39] 9,8% et de Dembélé M. [21] 9,1%; supérieur à celui de Coulibaly M.B. [96] 5,27% en 2001 au CSREF CV mais plus bas comparativement à ceux retrouvés dans d'autres études Africaines :

- 15,9% dans la série de Ouédraogo C. [34]
- 18% dans la série de Gaye [42]
- 18% dans la série de Boutaleb [86]
- 24% dans la série de Boullin [87]
- 24,61% selon Téguté I. [17]
- 54% dans la série de Picaud [95]

Ces taux sont nettement supérieurs à ceux des pays développés. En France, Racinet C. et Favier M. [8] retrouvent un taux à 0,93%.

Cette forte mortalité dans notre contexte s'expliquerait par le poids de l'évacuation mal organisée ; la distance très longue qui sépare certaines localités de l'hôpital ; le sous équipement de la réanimation néo-natale (il n'est possible de faire tout au plus qu'une aspiration et une oxygénation).

La diminution des taux de mortalité périnatale passe obligatoirement par :

- des consultations prénatales régulières,
- le dépistage et la prise en charge des grossesses à risque,
- une surveillance fœtale au cours du travail notamment par le monitoring du rythme cardiaque fœtal et une meilleure réanimation néonatale.
- La disponibilité constante des kits de césarienne et la stabilité du personnel qualifié.

6-5- La durée d'hospitalisation post-césarienne :

Dans notre série, la durée moyenne d'hospitalisation après césarienne était de 7 jours comparables à celui de Dembélé M. [21]. Ce résultat est inférieur à celui de Téguté I. [17] et Cissé B. [15] qui ont trouvé respectivement 9,3 et 8 jours ; et supérieur à celui de Togora M. [39] qui a trouvé une durée moyenne d'hospitalisation estimée à 4 jours au CSREF CV. Selon Renate et al. en 2004 cette durée est de 6,1 jours [97]. Cela pourrait s'expliquer par une insuffisance de place en hospitalisation imposant la sortie des patientes dont les suites de couches sont favorables dès Jour3 ou Jour4 post-opératoire selon les critères suivants : reprise du transit ; apyrexie ; involution utérine normale ; mollets souples et indolores ; seins normaux. La disponibilité constante des produits en suite opératoire a écourté la durée d'hospitalisation tout en réduisant la morbidité infectieuse qui était la principale cause de prolongation du séjour hospitalier.

6-6- Le type d'anesthésie :

Toutes les césariennes ont été faites sous l'anesthésie générale. Togora M. [39] avait trouvé 96,9% d'AG ; 2,5% de RA et 0,6% d'AP.

DIALLO O. [98] trouve selon une étude faite en 1998 à l'HNPG 60,35% pour l'AG et 23% pour la RA.

6-7- Interventions associées à la césarienne :

Elles sont dominées par la ligature des trompes avec 66,7% des interventions associées et 2,6% de l'ensemble de nos césariennes. Ce taux est comparable à celui retrouvé par Togora M. [39] en 2004, 5,7% et par Cissé B. [15] en 2001, 4,49%. Il est inférieur à ceux de Téguté I. (13,6%) [17] ; Kouam et Coll. (10,26%) [99] mais inférieur à celui de Coulibaly I. (2,2%) [61].

La kystectomie est la 2^{ème} intervention associée à la césarienne constituant 0,9% de l'ensemble des césariennes. Notre taux est comparable à ceux de Togora M. (0,10%) ; Cissé B. (0,16%) mais inférieur à celui de Coulibaly I. (2,81%).

6-8- Coût de la césarienne et accessibilité aux soins :

Lorsqu'on se rappelle du revenu bas de la population et du contexte d'urgence dans lequel sont admises les patientes, on peut comprendre les difficultés et le retard accusé à honorer les prescriptions médicales et leur répercussion sur la qualité des soins et le suivi post-opératoire. C'est ainsi que le gouvernement malien a rendu la césarienne gratuite au Mali dans les établissements publics sanitaires depuis le 23 Juin 2005. La prise en charge de la césarienne est gratuite dans le CSRéf de Dioila.

Tableau N° XXXVIII : Répartition selon le coût total de la prise en charge selon la littérature.

<i>Auteur</i>	<i>Pays</i>	<i>Année</i>	<i>Taux</i>
CISSE C.T. (37)	SENEGAL	1995	90 000F CFA
TEGUETE I. (17)	HPG	1996	22 837,92F CFA
COULIBALY I.(61)	HGT	1999	37 280F CFA
CISSE B. (15)	CSREF CV	2001	64 860F CFA
AOUANOU G.B.K. (70)	BENIN	2001	90 975F CFA
TOGORA M. (39)		2005	76 000F CFA
	CSREF CV		
Dembélé M. (21)	Hopital de Sikasso	2005	59078,85F CFA
NOTRE SERIE	CSREF de Dioila	2010	0F CFA

7-ETUDE ANALYTIQUE DE LA QUALITE DE LA CESARIENNE :

7-1- Analyse discriminatoire :

- Les conditions de prise en charge :

Notre étude a montré 97,4% de délai de prise en charge inférieur à 1 heure ; 100% de disponibilité du kit ; 98,7% de disponibilité du personnel soignant ; 97,8% de disponibilité du bloc opératoire ; 100% de disponibilité du sang.

En analysant la littérature, on retrouve :

Dembélé M. [21] a trouvé 89,6% de délai de prise en charge inférieur à 1 heure ; 100% de disponibilité du kit ; 93,9% de disponibilité du personnel soignant ; 100% de disponibilité du bloc opératoire ; 57,1% de disponibilité du sang.

Togora M. [39] retrouve un retard à l'intervention chirurgicale (chirurgien absent, équipe incomplète, kit incomplet, problèmes techniques) dans 8,9% des cas ; le kit disponible en urgence sur place dans 100% ; et dans 15,9% des cas la transfusion était impossible par manque de sang.

Ouédraogo C. [36] retrouve un retard de prise en charge dans 52,3%.

Gaye [42] recense 37% de retard à l'intervention (manque d'obstétriciens ou d'anesthésistes.)

Les conditions de prise en charge étaient de bonne qualité dans notre centre.

- La réalisation et les résultats de l'intervention :

Au cours de notre étude, les césariennes ont été réalisées dans la totalité des cas par des médecins généralistes.

L'indication n'était pas de bonne qualité (césarienne abusive) dans 7,3%.

Nous avons noté 3 cas de décès maternels en post-opératoire, soit 1,3% de l'ensemble des césariennes.

Dans 45 cas, soit 18,7% on a noté un Apgar du nouveau-né inférieur à 7 ; par contre 81,3% de nos nouveau-nés avaient un état satisfaisant à la naissance.

Comparé aux données de la littérature, on note :

Togora M. [39] révèle dans son échantillon que l'intervention a été pratiquée par un gynéco obstétricien dans 1,1% des cas ; 45 patientes soit 1,6% des cas ont présenté des complications per-opératoires dont 4 cas de complications anesthésiques ; 21,7% des nouveau-nés avaient un Apgar ≤ 7 et il a déploré 6 cas soit 0,2% de décès de la mère et de l'enfant.

Ouédraogo C. [36] retrouve des difficultés liées à la réalisation de l'anesthésie dans 0,5% ; un non respect de l'indication opératoire (césarienne abusive) dans 23,6% des cas ; un score d'Apgar < 7 dans 40,4% des cas.

- Le suivi post-opératoire :

Dans notre série, le protocole post-opératoire a été respecté dans 100% des cas (car il y a les médicaments du post-opératoire dans le kit) ; la surveillance post-opératoire immédiate a été insuffisante dans 1,7% des cas.

23 femmes, soit 9,9% de nos patientes opérées ont présenté au moins une complication post-opératoire.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours. Aucune ré-hospitalisation n'a été enregistrée.

le suivi post-opératoire était de bonne qualité dans notre Centre.

Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés par Togora M. [39] où le retard au traitement a été noté dans 2,7% ; une complication post-opératoire notée dans 7,6% des cas. Ouédraogo C. [36] rapporta que le retard au traitement fut noté dans 11 cas soit 2,3% ; et une complication post-opératoire notée dans 18,8% des cas.

7-2- Niveau de qualité :

En appliquant les critères de qualité, on retrouve :

- 67,7% des césariennes de qualité élevée (Bonne qualité) ;
- 31,9% des césariennes de qualité assez élevée ;
- 0,4% des césariennes de qualité moyenne ;
- 0% des césariennes de qualité faible.

Nos résultats sont différents de ceux de Togora M. [39] qui retrouve :

- 72,5% des césariennes de Bonne qualité ;
- 25,4% des césariennes de qualité assez élevée ;
- 2% des césariennes de qualité moyenne ;
- 0,1% des césariennes de qualité faible.

Et des ceux de Ouédraogo C. [36] dont le critère de qualité est l'absence de complications et décès maternel et enfant vivant a trouvé :

- 66,9% des césariennes de bonne qualité ;
- 33,1% des césariennes de mauvaise qualité.

V- CONCLUSION ET RECOMMANDATION :

1- CONCLUSION :

Du 1^{er} Octobre 2010 au 30 Septembre 2011 soit une période de 12 mois, s'est déroulée dans le CSRéf de Dioila une étude prospective sur la contribution de l'étude de la césarienne.

Nous avons utilisé le postulat d'Adevis DONABEDIAN sur l'évaluation de la qualité des soins et des services comportant l'évaluation des résultats.

Nous avons colligé 232 césariennes pour 1083 accouchements soit une fréquence de 21,42%.

Le délai moyen d'intervention de 35minutes.

La proportion des parturientes évacuées dans notre échantillon est de 63,4% ; ainsi la plupart des interventions s'effectuent dans un contexte d'urgence.

Les indications de césarienne les plus fréquentes ont été :

- les césariennes obligatoires avec 45,3%
- les césariennes de prudence avec 29,7%
- les césariennes pour urgence absolue avec 15,1%
- les césariennes abusives avec 7,3%
- les césariennes de nécessité avec 2,6%.

La césarienne est toujours mal perçue par la population ; cependant, l'impression globale après l'intervention est positive.

Nous avons déploré 3 décès maternels ; 9,9% des femmes césarisées ont présenté des complications post-opératoires.

Le pronostic foetal est marqué par un taux de morbidité à 18,7% ; un taux de mortalité périnatale à 7,5%.

La détresse respiratoire (4 cas), la souffrance fœtale (22 cas) et l'infection materno-fœtale (5 cas) sont les principales complications survenant en période néonatale.

Certains critères ont été retenus pour évaluer la qualité de la césarienne dans notre service à savoir :

- les conditions de prise en charge
- la réalisation et les résultats de l'intervention,
- le suivi post-opératoire.

L'analyse discriminatoire des différentes composantes de la césarienne révèle une bonne qualité dans l'ensemble pour les conditions de prise en charge, la réalisation et le suivi post-opératoire ; par contre les résultats de l'intervention sont de qualité moyenne.

En effet, l'évaluation du niveau de qualité de la césarienne montre :

- 67,7% des césariennes de qualité élevée (Bonne qualité) ;
- 31,9% des césariennes de qualité assez élevée ;
- 0,4% des césariennes de qualité moyenne ;
- 0% des césariennes de qualité faible.

La santé maternelle et infantile constitue un bon reflet du niveau de développement d'un pays ; sans une politique sanitaire adéquate et volontariste, il ne saurait y avoir un quelconque développement. Avec les programmes d'ajustement en cours, la santé des femmes et des enfants est souvent laissée pour compte, alors que ce sont eux les véritables moteurs du développement. Investir dans ce secteur, c'est sûrement jeter les bases pour un développement durable.

Nous ne prétendons pas avoir tout dit sur ce sujet ; nous sommes conscients de nos limites et des limites de notre étude. Toutefois au regard de tout ce qui précède, nous formulons les recommandations suivantes afin d'améliorer la qualité de la césarienne et des soins obstétricaux en général.

2- RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, quelques suggestions nous paraissent nécessaires pour améliorer nos résultats et aspirer à une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement.

➤ ***A l'endroit du gouvernement de la république du Mali en général et aux autorités sanitaires en particulier :***

- Former et recycler le personnel de la santé notamment les sages femmes, les infirmières et les matrones sur l'intérêt de la consultation prénatale et ses objectifs, la référence en temps utile et sur la qualité de la surveillance du travail.
- Poursuivre le développement des infrastructures routières pour permettre aux parturientes évacuées des centres périphériques de voyager dans de bonnes conditions.

➤ ***Aux personnels socio sanitaires :***

- Référer les parturientes à temps pour minimiser les risques qui sont doubles (maternels et fœtaux), donc regrettables quand ils surviennent. Généraliser l'utilisation correcte du partogramme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour améliorer la qualité de la prise en charge des parturientes.
- Améliorer la qualité des soins et le suivi régulier des patientes en post-opératoire.
- Promouvoir des études de recherche et de documentation à la maternité du CSRéf de Dioila par : l'informatisation des archives ; le bon remplissage et la bonne tenue des dossiers médicaux.

➤ ***A la population :***

- Encourager la scolarisation des filles ;
- Fréquenter les centres de santé afin de bénéficier d'une surveillance adéquate de la grossesse. Accoucher en milieu médicalisé.

VI-REFERNCES :

1- OMS: Nouvelles estimations de la mortalité. Relevé épidémiologique hebdo. 1996; 71:97-100.

2-Enquête démographique et de santé Mali II : EDSM-II 1995-1996. Page181

3-Enquête démographique et de santé Mali IV: EDSM-IV 2001-2006.Page199

4- Enquête démographique et de santé Mali III : EDSM-III de 2001. Page183

5- Sénégal, PNUD, OMS, Université Colombia.

Rapport de la deuxième mission d'identification pour la réduction de la mortalité maternelle au Sénégal, Réf SEN/86/007 ; Dakar, sept1989 :99-100.

6- Lara J. et al. Maternal Morbidity associated with vaginal versus caesarean delivery. Obst. Gynecol. 2004, 103: 907-12.

7- Ministère de la santé, Direction nationale de la santé. Guide pour la mise en œuvre de la gratuite de la césarienne, Août 2005.

8- Racinet C, Favier M. « La césarienne : indications, techniques, complications. » Masson Paris 1984, 185pp

9- Diarra S. Monographie de la commune I .Bamako septembre 2002, 13 pages.

10- Nzeyimana N.I.

“Les complications de la chirurgie effectuée par voie haute en obstétrique à propos de 1677cas recensés à la CUGO et à la maternité lagune de Cotonou pour la période du 1^{er}Janvier au 31 Décembre 1997.”

Thèse Méd., Cotonou, 1998, N°788.

11- Dujardin B., Delveaux T. H., De Bernis L. :

La césarienne de qualité, Analyse des déterminants. Communication au V^{ème} congrès de la SAGO Dakar, Sénégal Décembre 1998.

12- Population reports.

« Programme de planification familiale : améliorer la qualité.» Série J., N°47. 39pages.

13- augmentation-des-césariennes-la-polémique-continue.

14- Garmaroudi G, Eftekhar H, Batebi A. Caesarean section prevalence in Tehran, Iran, Submitted papers, June 23; 2003.

15- Cissé B. La césarienne : Aspect clinique épidémiologie et prise en charge des complications post-opératoires dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commun V. Thèse médecine : Bamako, 2001 M-27

16- Diallo FB, Diallo MS, Bangoura S, Diallo AB, Camara Y. Césarienne : Facteur de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternelle. Au centre hospitalier universitaire IGNACE DEEN de Conakry (Guinée). Médecine d'Afrique noire 1998, 45(6) ,359-363.

17- Tegueté I. Étude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point « G » de 1991 à 1993. à propos d'une étude de cas témoins de 1544 cas. Thèse méd., Bamako (Mali) 1996, No 17, 133P.

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

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

- 20- Guirou B** Etude de la césarienne dans le service de gyneco-obstetrique de l'hôpital de régional Sominé Dolo de Mopti. Thèse médecine: Bamako, 2006 , 79p.
- 21- Dembélé M.** Étude qualitative de la césarienne au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso en 2005 à propos de 212cas. Thèse médecine : Bamako, 2008, 55p.
- 22- Vokaer R, Barrat J, Bossart H.** La grossesse pathologique et l'accouchement dystocique. Traité d'obstétrique, Tome 2. Paris: Masson 1985: 312-457.
- 23- Houtzager HL.** Cesarean section until the end of the 16th century. Europ J Rep Biol 1982; 13: 57-8.
- 24- Barrier J, Elhaik S.** « La césarienne, ses indications actuelles sont-elles trop nombreuses » ? Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1979 ; 74(5), 33-347.
- 25- Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris : Maloine 1986 : 383-99.
- 26- Merger R, Levy J, Melchior J.** Intervention par voie haute : césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. Masson 1979 : 618-27.
- 27. DE MUYLDER X:** "Caesarean section morbidity at district level in Zimbabwe".Journal of tropical Medicine and hygiene, 1989(92) 2, 89-92.
- 28. LANSAC J, BODY G. :** Pratique de l'accouchement.
Paris : Simep 1990 : 335.
- 29- Albright GA, Fergusson JE, Joyce M, Stevenson DK.** Anesthesia in obstetrics: maternal, fetal and neonatal aspects. Second edition. New York: Ed. Butterworths 1986 : 325-63.
- 30- Henry M, Seebacher J.** L'anesthésie péridurale. La revue du praticien 1987 ; 37 : 1779-85.

31- Sénégal, PNUD, OMS, Université Colombia.

Rapport de la deuxième mission d'identification pour la réduction de la mortalité maternelle au Sénégal, Réf SEN/86/007 ;Dakar,sept1989 :99-100.

32- Chestnut DH.: Does epidural analgesia increase the incidence of cesarean section ? Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 1398-9, 1401-10.

33- Datta S, Alper MH. Anesthesia for cesarean section. Anesthesiology 1980 ; 53 : 142-60.

34- Tovell HMM, Dank LD. Operative surgery. New York: " Harper and Row " editions 1978 : 7-19.

35- Centre de santé de Dioïla : Plan quinquennal de développement sanitaire du cercle de Dioïla 1997-2001, Version amendée Septembre 1997 P112

36- Ouedraogo, ZounGrana T., Dao B., Dujardin B., Ouedraogo A., Thieba B., Lankoande Kone. La césarienne de qualité : au centre hospitalier yalgado Ouedraogo de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. Médecine d'Afrique noire, 2001 ,48 (11), 443-450.

37- Cisse C.T, Faye E.O, De Bernis L, Dujardin B, Diadhiou F.

Césariennes au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services. Cahiers santé 1998 ; 8(5) :369-77

38- Quenum G., Memadji M., Konan Ble R., Nigue L., Welffens-Ekrac.

Césarienne de qualité: Analyse des facteurs et des déterminants au CHU de YOPOUGON. Revue international de sciences médicales Vol.3. N°2. 2001.pp.109-115. Presses Universitaires de Côte d'Ivoire (PUCI)

39- Togora M. Etude qualitative de la césarienne au CSRéf CV du district de Bamako de 2000 a 2002 a propos de 2883 cas. Thèse médecine : Bamako, Mali2004 M-40.

- 40- Kone A.** Etude comparative de la césarienne classique et de la césarienne de misgaf ladach. Thèse médecine : Bamako, 2005-100P-75
- 41- GAYE A. DE BERNIS L.:**Césariennes et qualités des soins. Etude de 177 césariennes en 6 mois au centre de santé Roi Baudouin de Guedia Waye (Dakar) Sénégal. Communication, 5eme congrès SAGO, décembre 1998, Dakar, Sénégal.
- 42. FOURN L, ALLIHONOU E, SEGUIN L, DUCIC S.**
Incidence et facteurs associés à la césarienne primaire au Bénin (Afrique). Rev Epidem et Santé Publ 1994 : 42 :5
- 43- FAGNISSE ANNIE SELOME:**L'opération césarienne à la maternité Lagune de Cotonou :Etude rétrospective de 1995 à 1999 et prospective d'Avril à juin 2000 à propos de 5702 cas. Thèse Méd. ; Bamako, 2001, N° 53.
- 44- EZEH UO, PEARSON M.:** The control of blood loss at cesarean section with intramyometrial prostaglandin F2 alpha analog versus intravenous synthetic oxytocin. Am J Obstet Gynecol 1995 ; 173 : 353-4.
- 45- MARCOUX S., FABIA J.:** Fréquence et indications des césariennes dans la région du Québec Canada, en 1973 et 1979. Rev Epidem Santé Publ 1983 ; 31 : 459-68.
- 46- PETER J, MARTAILLE A, RONAYETTE D.:** Les indications de la césarienne. A propos de 1000 cas. Rev Fr Gynécol Obstét 1982 ;77:175-82.
- 47- TURNER M.J., BRASSIL M., GORDON H.:** Active management of labor associated with a decrease in the caesarean rate in nulliparas. Obstet. Gynecol. 1988;71:
- 48- DOBSON R.:** Cesarean section rate in England and wales hits 21%. BMJ 2001 ; 323 : 951.
- 49- FLORICA M. et al.:** Indications liées a l'augmentation du taux de césariennes dans un hôpital suédois. Journal international de gynécologie obstétrique (2006) 92,181-185.

- 50- NOTZON FC, CNATTINGIUS S, BERGSJO P, COLE S, TAFFEL S.:** Caesarean section delivery in the 1980: international comparison by indication. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 495 – 504.
- 51- RONALD M., CYR M.D.:** Mythe du taux de césarienne: commentaire et perspective historique. Journal américain de gynécologie obstétrique (2006) 194,932-6.
- 52- LIN CH, XIRASAGAR S.:** Institutional Factors in cesarean delivery rates: Policy and research implications. Pubmed: Obstet.Gynecol.2004 Jan.;103(1):128-36.
- 53- Sperling LS, Henriksen TB, Ulrichsen H et al.** Indications for cesarean section in singleton pregnancies in two Danish countries with different cesarean section rates. Acta Obstet Gynecol Scand 1994 ; 73 : 129-35.
- 54- Zarouk S.** Les complications de la césarienne à propos de 1470 cas. Thèse médecine 1996, n° 49, Tunis.
- 55- Klouz Mourad.** Les indications de césariennes à la maternité de l'hôpital militaire de Tunis à propos de 150 cas. Thèse médecine 1998, Tunis.
- 56- Chuong CJ, Lee CY, Chuong MC.**
- Does 24-hour supervisory staff coverage in the labour and delivery area change the emergency caesarean section rate? British J Obstet Gynecol 1986; 93 : 983-42.
- 57- Fourn L, Allihonou E, Seguin L, Ducic S.** Incidence et facteurs associés à la césarienne primaire au Bénin (Afrique). Rev Epidem et Santé Publ 1994 : 42 : 5-12.
- 58- Martel M, Wacholder S, Lippman A., Brohan J, Hamilton E.** Maternal age and primary cesarean section rates : a multivariate analysis. Am J Obstet Gynecol 1987; 156: 305-8.

59- Parrish KM, Holt VL, Easterling TR, Connell FA, LoGerfo JP. Effect of changes in maternal age, parity, and birth weight distribution on primary cesarean delivery rates. JAMA 1994; 271: 443-7.

60- Diallo C.H. Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série continue de 160 cas au service de gynéco-obstétrique de l'HGT du 1 octobre 1989 au 30 septembre 1990. Thèse médecine : Bamako, 1990 ;160p-37.

61- Coulibaly I .G. La césarienne dans le service de gyneco-obstetrique de l'HGT de Bamako de 1992 a 1996 a propos de 3314 césariennes. Thèse médecine: Bamako, 1999-78 p-78p-85.

62- Mestiri A (née Ghazouani). Evolution des indications de la césarienne à la Maternité du CHU de Monastir (à propos de 805 cas de 1986 à 1988). Thèse médecine 1990, Tunis.

63- Ben Taieb MA.: Une année de césarienne au Centre de Maternité et de Néonatalogie de Bizerte. Indications et pronostic materno-foetal à propos de 350 cas. Thèse médecine 1990, Tunis.

64- Khlass K. Etude analytique des indications de la césarienne et pronostic materno-foetal à propos de 277 cas de césariennes pratiquées à la maternité du nouveau CHU Habib Thameur (du 4 Avril 1987 au 31 Janvier 1989). Thèse médecine 1989, Tunis.

65- Derbal S. Complications materno-foetales per et post-opératoires précoces des opérations césariennes. A propos de 1045 cas. Thèse médecine 1991, n°128, Tunis.

66- Kraiem J. Les opérations césariennes. Epidémiologie. Indications. Complications maternelles et foetales à propos de 457 cas. Thèse médecine 1996, Tunis.

67- Boutaleb Y. ;Lahlou D. ; Lahlou N.

« La césarienne. » J. Gynécol Obstét. Biol Reprod., 1982 ; 11(1) : 84-86.

68- Berthé Y. : Pronostic foeto-maternel dans les accouchements par césarienne a propos de 218 cas enregistrés au service de gynéco-obstétrique du CHU de Bouaké en un an. Thèse médecine: Abidjan 1992.

69- Sankaré I« Organisation du systeme de reference au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.»Thèse Med., Bamako (Mali), 2001 M.

70- Aouanou G.B.K.

« Contribution à l'étude de l'opération césarienne à Cotonou »

Thèse Méd., Cotonou, 1988 N°373.

71- Boisselier, Moghioracos. P. ; Marpeau L. ; Hajali B, Barrat J. Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983, à propos de 18605 accouchements. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1987 ; 16 : 251-60

72- Soldati HJ. Cesarean sections. Am J Obstet Gynecol 1987; 7: 262.

73- Annie Selome Fagnisse.

L'opération césarienne à la maternité Lagune de Cotonou.

74- Melchior J. et al: Evolution des indications de césarienne. CNGOG. Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Vigot ed.; 1988; (13); PP. 251-265.

75- Jamet F., Beno P., Hedon B., Laffargue f.

« La césarienne en situation precare.» Rév. Fr. Gynécol. En situation precare.

76- Alihonou E, Takpara I, Bouyer J, et Al.

Mortalité maternelle en République Populaire du Bénin: Causes et stratégies de lutte In : réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement. Paris INSERM/CIE, 1989 : 6784

77- Breda Y., Eagleton K., Cazenave J.C., Mianne D.

« les indications actuelles de césariennes en Afrique tropicale ».

Méd. Afr. Noire 36 :42-46,1989.

78- Manm L.T., Gallant J.M.: Modern indications for caesarean sections. Am. J. Obstet. Gynecol. 1979, 135,437-440.

79- Ott W.J.

Primary cesarean section: a critical analysis. Obstet. Gynecol., 1981, 58691-695.

80- Longombe A.O., Wood P.B., Dix R.: “Cesarean section: indication and risks in rural Zaire” Int. J. Gynécol. Obst. 1990; 33(3);pp 1992-202.

81- Treguer J., Bellier G., Gossingar A.

“390 césariennes en 2 ans à la maternité de N’Djaména”

Rév. Fr. Gynécol. Obstet., 1991; 86: 294-300.

82- Anoma M.

Les césariennes : réflexions à propos de 4000cas opérés au CHU. de Cocody « 1^{er} Janvier 1975- 31 Décembre 1979 » Thèse Méd. ; Abidjan (Côte d’Ivoire), 1980 ; N°283, 51 pages.

83- Leroy J. et Amoros J.P. : « Césarienne pratiquée chez l’Africaine à Dakar » Méd. Trop. 1975 ;35(3) :209-217.

84- Champault G.

« La mortalité maternelle existe-elle encore ? » Méd. d’Afr. Noire, 1978;25(5): 309-313.

85- Najah S. Les césariennes : Indications, pronostic maternel et fœtal. Etude de 1775 observations (1978-1982) à la maternité de l’hôpital Charles Nicolle de Tunis. Thèse médecine 1985 n°92, Tunis.

Thèse Méd., Cotonou, 1999, N°850.

86- Boutaleb Y. ;Lahlou D. ; Lahlou N.

« La césarienne. » J. Gynécol Obstét. Biol Reprod., 1982 ; 11(1) : 84-86.

87- Bouillin D., Founier G., Gueye A., Diadhiou F., Cisse CT.

Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Sénégal. Cahiers santé 1994 ; 4 :399-406

88- Mares Perre: “mortalité et morbidité de la césarienne ». Dexièmes journées d’obstétrique du collège de Gynécologie de bordeaux et du sud-ouest. 18 Novembre 1995 BORDEAUX.

89- Tissot Guerraz F., Mouy L., Aagniel F., Andre A., Reverdy M.E., Miellet C.C., Udra P., Putet C., Sepetjan M., Dargent D :

« Infection hospitalière en maternité : trois années de surveillance portant sur 9204 accouchements dont 1333 césariennes. »

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1990 ; 19, (1)pp. 19-24.

90- Haddad H., Lundy L.

“Changing indications for caesarean section” Gynecol. Obst. 1978 ; 51 :133-137. Deuxième journée d’obstétrique du collège de Gynécol de bordeaux et du sud-ouest. 18 Novembre 1995 Bordeaux.

91- Gordah N. Les opérations césariennes : épidémiologie, indications, complications maternelles et fœtales. A propos de 1333 césariennes réalisées au CMNRT (1986-1987). Thèse médecine 1989, n°142, Tunis.

92- Mark B. et al. Maternal and prenatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. The New England journal of medicine: December 16,2004,351,25.

- 93- Ciraru-Vigneron N, Guyen Tonlung RM, Elhaik S.** Evolution des indications de césariennes. Comparaison entre 1971-1976 et 1976-1979 à la Maternité de l'hôpital Louis-Mourier. Revue de la littérature J Gynécol Obstét Biol Reprod 1985 ; 14 : 375-84.
- 94- Audra Ph.** Complications infectieuses et hémorragiques de la césarienne. Rev Fr Gynécol Obstét 1995 ; 90 :111-3
- 95- Picaud A, Nlome-NZE A.R., Kouvahe V, Faye A, Ondo-mve R.** Les indications de césarienne et leur évolution au Centre Hospitalier De Libreville. Rev Fr Gynécol Obstét 1990 ; 85 : 393-8.
- 96- Coulibaly M.B.** Profil épidémiologique de l'enfant née par césarienne dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CSRéf CV du district de Bamako a propos de 200 cas. Thèse médecine : Bamako, 2001-73p-91.
- 97- Renate M. et al. :** Complications of cesarean deliveries :Rates and risk factors. American journal of obstetrics and gynecology 2004; 190: 428-34.
- 98- Diallo O. :** « Approche nouvelle de la vulgarisation de l'anesthésie péridurale en milieu hospitalier Bamakois .» Thèse de Médecine. Bamako (République du Mali) 98-M-14.
- 99- Kouam L. et coll.** « Controverse sur la méthode de stérilisation au cours de la césarienne » ligature des trompes ou hystérectomie contraception Fertilité Sexualité. 1994-vol.22(3) pp. 167-172.

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1. Localité :

Q2. Structure :

Q3. Dossier n° :

Q4. Date d'entrée/...../.....heure:.....

Q5. Nom et prénoms:

Q6. Age

Q7. Ethnie:

Q8. Adresse (domicile / résidence)

Q9. Statut matrimonial:

1) Mariée

2) Célibataire

3) Divorcée

4) Veuve

Q10. Niveau d'instruction:

1) Analphabète

2) Primaire

3) Secondaire

4) Supérieur

Q11. Profession:

1) Ménagère

2) Elève ou étudiante

3) Salariée

4) Commerçante

5) Autres

Si autre, précise.....

Q12. Procréateur:

1) Age:.....

2) Adresse:

3) Profession:

4) Niveau d'instruction:

II. ADMISSION:

Q13. Mode d'admission:

1) évacuée

2) référée

3) venue d'elle même

Q14. Moyen d'admission:

1) par ambulance

2) transport en commun

3) voiture personnelle

4) autres

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

Q15. Provenance (lieu et distance parcourue en Km):.....

.....

Q16. Délai entre décision d'évacuation et admission au centre de référence (délai D'admission):

Q17. Horaire de départ effectif de la patiente:

Q18. Motif d'admission:

III. ANTECEDANTS:

Q19. MEDICAUX:

1) FAMILIAUX:

a) Gémellité b) HTA c) Diabète d) Drépanocytose e) Aucun f) Autre

Si autre, préciser.....

2) PERSONNELS:

a) HTA b) Asthme c) Diabète d) Drépanocytose e) Aucun f) Autre

Si autre, préciser

Q20. CHIRURGICAUX:

.....

Q21. GYNECOLOGIQUES:

a) Fibrome b) Fistule vésico-vaginale c) Périnéorraphie d) Salpingectomie e) Plastie tubaire f) Autre

g) Aucun

Si autre, préciser

Q22. OBSTETRICAUX:

a) Gestité:

e) Parité:

b) Avortement:

f) Mort-né(s):

c) Enfant vivant:

g) Intervalle inter gènesique:

d) Césarienne antérieure (nombre, date, indication):

.....
.....**IV. GROSSESSE ACTUELLE:**

Q23. DDR :

Q24. AG :

Q25. DPA :

Q26. CPN: Oui Non

Si Oui

a) Nombre :

b) Auteurs :

c) Lieu :

Q27. VAT (nombre):.....

Q28. BPN : Oui Non

NB : groupe-Rhésus, sérologie VIH, NFS ou taux d'hémoglobine.

Q29. Echographie obstétricale faite : Oui Non

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

Q30. Pathologies au cours de la grossesse:

Q31. Prophylaxie à la SP : Oui Non Nombre de prise Q32. Supplémentation en fer / acide folique: Oui Non

Q33. Début du travail date/...../..... Heure.....

Q34. Rupture de la poche des eaux: Oui Non

Si oui préciser le délai de la rupture:

V. EXAMEN PHYSIQUE:

1. EXAMEN GENERAL:

Q35. TA (mm Hg) :

Q39. Poids (en Kg) :

Q36. Température (en degré Celsius) :

Q40. Taille (en m):

Q37. FR (cycle/mn) :

Q41. Pouls (pulsation / mn)

Q38. Conscience : Lucide

Obnubilée

Altérée

Q42. Etat général : Bon

Passable

Mauvais

Q43. Muqueuses : Bien colorées

Moyennement colorées

Pâles

Ictériques

Q44. Présence d'œdème: Oui

Non

2. EXAMEN OBSTETRICAL:

Q45. Présence de cicatrice: Oui Non

Q46. Axe de l'utérus: Longitudinale Transversale Oblique

Q47. HU (en cm):.....

Q48. CU: oui non

Si oui, nombre de CU /10 mn:

Q49. Position du dos: à droite à gauche

Q50. BDCF: Oui Non

Si oui, donner la fréquence des battements / mn

Q51. BDCF: réguliers irréguliers

Présentation: Céphalique Transversale Siège

Q52. Aspect du col au toucher vaginal:

- a) Consistance: Ramolli Ferme
- b) Longueur (en Cm):
- c) Position: Antérieur Postérieur Central Latéral
- d) Dilatation (en cm)

Q53. Engagement de la présentation oui non

si oui donner le degré d'engagement

Q54. Variété de la présentation.....

Q55. Poche des eaux: intacte rompue fissurée

si rompue, donner la date et l'heure de la rupture

.....

Q56. Liquide amniotique: Clair Méconial Sanguinolent Teinté

Q57. Bassin: Normal Limite Rétréci Autre

Si autre, préciser.....

Q58. Voie d'accouchement : Césarienne

VI. CESARIENNE:

Q59. Indication:

a) Travail prolongé par: Oui Non

Si oui, préciser la cause :

- 1) Disproportion fœto-pelvienne
- 2) Echec de l'épreuve du travail
- 3) Bassin rétréci
- 4) Echec de l'épreuve utérine

b) Présentation anormale: Oui Non

Si oui, le type:

- 1) Transversale
- 2) Front
- 3) Dystocique
- 4) Potentiellement dystocique

c) Hémorragie au cours du travail : Oui Non

Si Oui, préciser la cause :



- 1) Placenta prævia
2) Hématome retro-placentaire
- d) Souffrance fœtale: Oui Non
Si oui, préciser 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) Hémoglobinopathie
5) HTA sévère
6) Autres
Si autre, préciser:
- Q60. Type de césarienne: Urgence Programmée
Q61. Délai entre admission et décision de césarienne:
Q62. Délai entre décision et début de l'intervention:
Q63. Durée d'extraction en minute:
Q64. Durée de l'intervention:
Q65. Retard de la césarienne: Oui Non
Si oui, préciser le motif du retard:
Kit non disponible Opérateur absent
Kit incomplet Bloc occupé
Kit non payé pour manque de moyen Autre
Si autre, préciser.....
- Q66. Type d'incision cutanée:
1) Médiane sous ombilicale
2) Transversale
- Q67. Type d'hystérotomie:
1) Segmentaire transversale
2) Segmentaire verticale
3) Corporéale
4) Corporo-segmentaire
- Q68. Geste associé à la césarienne:
Q69. Qualification de l'opérateur:.....
Q70. Type d'anesthésie:
1) anesthésie générale
2) anesthésie loco-régionale
- Q71. Qualification de l'anesthésiste:
Q72. Incidents et accidents: Oui Non
Si oui, préciser.....
- Q73. Transfusion: Oui Non
Si Oui, nombre de poche.....

VII. NOUVEAU-NE:

- Q74. Nombre de fœtus:
- Q75. Sexe : masculin féminin
- Q76. Vivant: Oui Non
- Si oui, donner l'Apgar à la 1^{ère} mn : et à la 5^{ème} mn :
- Q77. Réanimé: Oui Non
- Q78. Mesures anthropométriques :
 Poids (en g) : Taille (en cm) : PC (en cm) : PT (en cm) :
- Q79. Transféré en pédiatrie: Oui Non
- Si oui, donner : a) Le motif de référence:.....
 b) La durée du séjour:
- c) L'évolution: Favorable décédé
- Q80. Malformation: Oui Non
- Si oui, préciser.....

VIII. EVOLUTION:

- Q81. SUITES: simples compliquées
- Si oui préciser le type de complications:
- a) Hémorragique:
 1) hémorragie interne
 2) hémorragie externe
- b) Infectieuses:
 1) suppuration pariétale
 2) endométrite
 3) péritonite/ pelvipéritonite
 4) septicémie
- c) Thromboemboliques: Oui Non
- d) Urinaire:
 1) blessure de la vessie
 2) fistule urinaire
- e) Autres complications: Oui Non
- Si oui, préciser.....
- f) Décès maternel : Oui Non
- Si Oui, préciser la cause du décès:
- g) Anesthésiologiques: Oui Non

- 1) antibiothérapie
 2) antibioprophylaxie

--	--	--	--	--

- 3) transfusion sanguine
- 4) thérapie martiale
- 5) autre

Si autre, préciser

Q83. DUREE D'HOSPITALISATION:.....

Q84. FRAIS D'HOSPITALISATION:

Q85. FRAIS D'INTERVENTION:.....

Q86. FRAIS DES MEDICAMENTS EN POST-OPERATOIRE:

Q87. FRAIS DE TRANSPORT:.....

Q88. COUT TOTAL DE LA PRISE EN CHARGE:

IX. PROFIL PSYCHOLOGIQUE:

Q89. Avis de la patiente par rapport à la césarienne :

Favorable Non favorable

Si non, pourquoi

Q90. Ressentiment à l'annonce de la césarienne:

- a) Crainte de la mort
- b) Crainte de la douleur
- c) Autre

Si autre, préciser

Q91. Y a-t-il eu préparation à ce mode d'accouchement: Oui Non

Q92. La patiente est-elle satisfaite de la césarienne: Oui Non

Si non pourquoi ?

.....
.....
.....

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : DRAME.

Prénom : MALICK.

TITRE DE LA THESE : Contribution à l'étude de la césarienne au service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital de Sikasso du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2005.

Année Universitaire : 2011-2012.

Ville de Soutenance : BAMAKO.

Pays d'Origine : MALI.

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la FMPOS.

Secteurs d'intérêt : Gynécologie Obstétrique, Santé Publique.

RESUME :

Du 1^{er} Octobre 2010 au 30 Septembre 2011 soit une période de 12 mois, s'est déroulée dans le CSRéf de Dioila une étude prospective sur la contribution de l'étude de la césarienne. Il a porté sur l'évaluation des résultats. En l'absence de critères réels d'évaluation, nous avons élaborés des critères propres à notre contexte basés sur les conditions de prise en charge, la réalisation et les résultats de l'intervention, le suivi post opératoire.

Nous avons colligé 232 cas de césarienne sur un nombre total de 1.083 accouchements durant la période d'étude soit une fréquence de 21,42% ; venant toutes du district sanitaire. Il ressort également que les référées/évacuées sont les plus nombreuses avec 74,6%.

L'utérus cicatriciel sur bassin limite a été la première cause de césarienne avec une fréquence relative de 22,4%.

Parmi les groupes d'indications, les indications obligatoires constituent le premier motif de césarienne avec 45,3% de cas. Il y a une indication abusive de césarienne dans 7,3% de cas.

9,9% de nos césariennes s'accompagnent de complications maternelles dont 1,3% de décès maternel.

22,4% de nos césariennes s'accompagnent de complications néo-natales et 3,3% de mortalité périnatale.

Il aurait eu 3 cas d'interventions associées avec 6 cas de ligature des trompes soit 66,7% des interventions associées.

Le retard à l'intervention chirurgicale a été retrouvé dans 2,6%

Le suivi post opératoire est satisfaisant à 100%

Le séjour hospitalier moyen a été de 7 jours.

La césarienne n'était pas de bonne qualité dans 0,4% de cas.

Mots clés : Evaluation, qualité des soins, césarienne.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce 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 condisciples si j'y manque.

Je le jure.