

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



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

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FMOS

Année universitaire 2022- 2023

THESE

Thèse N° :2023M..... /

**PERCEPTION DE LA CÉSARIENNE PAR
LES FEMMES EN AGE DE PROCREER AU
CSREF CII**

Présentée et Soutenue publiquement le 20/ 07/2023

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Alassane POUDIOUGOU

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en
Médecine (Diplôme d'Etat)**

JURY

Président : Mr. Sékou BAH, Professeur

Membre : Mr. Abdourahmane COULIBALY, Maître de conférences

Co-Directeur : Mr. Bakary Abou TRAORE, Médecin

Directeur : Mr. Tioukani Augustin THERA, Maître de Conférences

DEDICACES ET REMERCIEMENT

Je dédie ce travail :

A Allah :

Le Tout Puissant, l'omniscient, l'omnipotent, le maître du jour de la rétribution,
le miséricordieux, le très miséricordieux, à lui je dois ce que je suis devenu.

Louanges à lui pour sa clémence et sa miséricorde.

A mon papa **SEYDOU POUDIOUGOU**

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais manqué. Je te suis reconnaissant pour toute ta confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Je resterais toujours un enfant digne de toi et je me souviendrais toujours de tes sages conseils. Que Dieu, le Tout Puissant te bénisse abondamment et te garde le plus longtemps possible à nos côtés.

A ma maman **MALADO TOGO**

Femme dynamique, joviale, généreuse, loyale, sociable et attentionnée. Tu t'es toujours battue pour le bien-être de tes enfants. Tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Maman, merci pour tes prières, tes sacrifices, ton soutien moral, affectif, matériel et tes privations à notre égard. Puisse ce travail te donner toute satisfaction et le couronnement d'une mission accomplie. Que Dieu, le Tout Puissant te bénisse abondamment et te garde le plus longtemps possible à nos côtés.

A mes frères adorés

FOUSSEYNI et ADAMA, ce travail est aussi le vôtre. Que Dieu le Tout Puissant nous donne santé, réussite et longévité tout en préservant et renforçant encore plus notre affection fraternelle à jamais amen.

A tous mes amis

Que je ne puisse nommer de peur d'en oublier, mais je suis sûr qu'ils sauront se reconnaître. Toute ma sympathie.

A mes chers Maîtres du service de gynécologie obstétrique du CSREF de la commune II du District de Bamako

Dr Bakary Abou Traoré, Dr Sakoba Konaté, Dr Seydou Z Dao et Dr Etienne Togo.

Vous nous avez accueillies avec promptitude, votre amour du travail et votre disponibilité nous a conquis. Recevez ici, l'expression de notre profonde gratitude et de notre inébranlable respect.

A tous les internes du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako et particulièrement à notre équipe de garde.

A tous ceux qui m'ont aidé dans ma vie d'une façon ou d'une autre, ne serait-ce qu'un instant. Toute ma reconnaissance :

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur Sékou BAH

- **Maître de Conférences en pharmacologie à la FMOS et FAPH**
- **PHD en pharmacologie**
- **Membre du Comité Technique de Pharmacovigilance**
- **Titulaire d'un Master en Santé Communautaire Internationale**
- **Chef du Service de la Pharmacie Hospitalière au CHU du Point G**
- **Vice Doyon à la Faculté de pharmacie**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous que vous ayez accepté de présider ce Jury.

Votre immense expérience, votre esprit méthodique, vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité font de vous un maître respecté et admirable, votre sagesse, votre accueil toujours courtois et affectif, votre humanisme et votre modestie forcent respect et considération.

Veillez recevoir cher maître, toute notre considération et profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JUGE

Dr Abdramane COULIBALY

Spécialiste en anthropologie médicale

Enseignant chercheur à la FMOS

Cher Maître,

Avec indulgence et gentillesse, vous avez accepté de juger ce travail. Vous nous faites un grand honneur. Votre abord facile, votre disponibilité, votre rigueur et votre sens du travail bien fait, sont des atouts qui nous fascinent. Vous avez réussi avec modestie à concilier en vous l'homme et le grand Maître que vous êtes. Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr Tioukani Augustin THERA

- **Chef du Service de Gynécologie Obstétrique au CHU du Point G**
- **Maître de Conférences agrégé de Gynécologie Obstétrique**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France)**
- **Titulaire d'une Attestation de Formation Spécialisée en Gynécologie Obstétrique : Université Claude Bernard Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude Universitaire en Thérapeutique de la Stérilité-Université Paris IX (France)**
- **Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France)**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude Universitaire en colposcopie et pathologies cervico-vaginales Angers (France)**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'Echographie gynécologique et obstétricale : Université Paris Descartes**
- **Titulaire d'un Certificat d'Etudes Spécialisées en gynécologie Obstétrique : Université Nationale du Bénin**
- **Doctorat d'Etat en Médecine : Université d'Etat de Médecine Pirogov : Vinnitsa (Ukraine)**
- **Membre du Comité Politique du Programme de la Reproduction de la Président de la commission médicale d'établissement du CHU du Point G**

Cher Maître,

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté diriger ce travail. Durant notre travail, vous avez guidé nos pas avec rigueur et simplicité.

Votre dynamisme, votre générosité à transmettre vos connaissances, votre savoir-faire et votre courtoisie nous ont marqué. Faire partie de vos disciples est une

fierté et un honneur pour nous. Retrouvez ici cher maître, toute notre admiration et profonde gratitude. Puisse vos distinctions scientifiques nous servir de modèle.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

A MAITRE ET CO DIRECTEUR DE THESE

Dr Bakary Abou TRAORE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chargé de recherche en gynécologie à la FMOS**
- **Membre de la SOMAGO (Société Malienne de Gynécologie Obstétrique)**
- **Praticien Hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique du
Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako**

Cher Maître,

L'opportunité nous est donnée de faire part de la grande estime et admiration que nous portons à votre égard. Nous sommes honorées que vous ayez accepté de codiriger ce travail. Vos qualités intellectuelles et de pédagogue, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admirable. Votre simplicité et votre accueil nous ont conquis.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

APD : Anesthésie Péridurale

ATCD : Antécédent

BGR : Bassin Généralement Rétréci

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

G : Gramme

HTA : Hypertension Artérielle

Km : kilomètre

mm : Millimètre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFA : Souffrance Foetale Aigue

SA : Semaine d'Aménorrhée

TSF : Téléphone Sans Fil

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des femmes en fonction de l'âge	38
Tableau II : Répartition des femmes selon le milieu de résidence	38
Tableau III : Répartition des femmes selon la profession.....	39
Tableau IV : Répartition des femmes selon le niveau d'étude	39
Tableau V : Répartition des femmes selon les antécédents médicaux.....	40
Tableau VI : Répartition des femmes selon les antécédents chirurgicaux.....	41
Tableau VII : Répartition des femmes selon la gestité	41
Tableau VIII : Répartition des femmes selon la parité	42
Tableau IX : Répartition des femmes selon le nombre d'enfant vivant	42
Tableau X : Répartition des femmes selon leurs connaissances de la césarienne	43
Tableau XI : Répartition des femmes selon l'origine de leurs sources d'information de la césarienne	44
Tableau XII : Répartition des femmes selon leurs connaissances sur avantages de la césarienne	44
Tableau XIII : Répartition des femmes selon leurs connaissances sur les inconvenients de la césarienne	45
Tableau XIV : Répartition des femmes selon leurs connaissances sur les complications de la césarienne	45
Tableau XV : Répartition des femmes césarisées selon les indications	46
Tableau XVI : Répartition des femmes selon le contexte de césarienne	47
Tableau XVIII : Répartition des femmes césarisées selon leur avis après la césarienne	47
Tableau XIX : Répartition des femmes césarisées qui considèrent la césarienne comme mauvaise chose	48
Tableau XX : Répartition des femmes selon les raisons d'acceptation pour la césarienne	49

Tableau XXI : Répartition des femmes selon les raisons de refus de la césarienne
..... 49

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe sagittale de l'utérus gravide et son conceptus	10
Figure 2 : Vaisseaux de l'utérus et rapports du col de l'utérus	14
Figure 3 : Croisement de l'artère utérine et de l'urètre	14
Figure 4 : Anatomie opératoire en gynécologie et obstétrique	
Figure 5 : Carte sanitaire de la commune II du District de Bamako	
Figure 6 : Répartition des femmes selon le statut matrimonial.....	40
Figure 7 : Répartition des femmes selon le nombre d'avortements.....	43
Figure 8 : Répartition des femmes selon leur préférence de la voie d'accouchement ..	46

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
	OBJECTIFS.....	4
	Objectif général.....	4
	Objectifs spécifiques.....	4
II.	GENERALITES.....	6
	2.1. Définition et origine du mot de césarienne.....	6
	2.2. La mise en place des politiques publiques.....	8
	2.3. Rappels anatomiques.....	8
	2.4 Indication de la césarienne.....	
	2.5 Principes à observer pour les soins préopératoires.....	
	2.6 Anesthésie au cours de la césarienne.....	23
	2.7 Technique de la césarienne.....	25
III.	METHODOLOGIE.....	29
	1.1. Cadre d'étude.....	29
	1.2. Type d'étude.....	32
	1.3. Période d'étude.....	32
	1.4. Population d'étude.....	32
	1.5. Echantillonnage quantitatif.....	32
	Variables étudiées.....	32
	1.6. Critères d'inclusion et critères de non inclusion.....	33
	1.7. Techniques et outils de collecte des données.....	34
	1.8. Déroulement de l'enquête.....	34
	1.9. Saisie et analyse des données.....	34
	1.10. Aspects éthiques.....	35
	1.11 Définitions opérationnelles.....	35
IV.	RESULTATS.....	38
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	56
	CONCLUSION.....	63
	RÉFÉRENCES.....	67
	ANNEXES.....	71

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Dans la vie d'une femme, l'accouchement représente souvent un évènement majeur, aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychique [1]. Quand nous citons le mot accouchement, nous pensons la plupart du temps à l'accouchement par les voies naturelles ou « voie basse ». Cependant, il existe également une autre voie d'accouchement, de plus en plus fréquente : la césarienne. Le mot césarienne date de 1581, il vient du verbe latin *Caedere* qui signifie couper. Cette opération est également appelée « accouchement par voie haute en général » [1]. Depuis vingt ans la césarienne est une pratique en forte augmentation dans le monde.

Aujourd'hui en France une femme sur cinq accouche par voie haute ; même si elle n'est pas toujours bien vécue [2]. Il est indéniable que cet acte chirurgical a des effets bénéfiques en termes de mortalité et morbidité maternelle et néonatale, lorsqu'il est réalisé dans les situations où l'accouchement par voie vaginale représente un risque élevé pour la mère ou son enfant. Les taux de césariennes en population atteignent 45% en Amérique latine et dans les Caraïbes, 32,3 % en Amérique du nord, 31,1 % en Océanie, 25% en Europe et 19,2 % en Asie [3]. En Afrique sub-saharienne les taux de césarienne restent inférieurs à 5% dans de nombreux pays, en raison des difficultés d'accès aux services de santé maternelle [3]. Dans l'imaginaire de beaucoup de femmes, l'accouchement ne peut se faire autrement que par voie basse, plus ou moins médicalisé [1]. Dans ce contexte comment peut-on pratiquer la césarienne sans offenser leurs croyances [2]. La littérature souligne les problèmes liés aux refus de césarienne dans les régions à forte densité de population originaire d'Afrique subsaharienne, on observe fréquemment des conflits entre soignants patientes et conjoints [2]. Au Mali, au cours de l'enquête démographique et de santé 2018 (EDSM-VI), les femmes qui en âge de procréer avaient eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, seulement 3 % avait eu lieu par césarienne. C'est dans la capitale de Bamako que le recours à cette intervention est le plus fréquent 7 %

[4]. Les études qualitatives dans ce domaine sont peu nombreuses notamment pour ce qui concerne le niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire, d'où notre intérêt pour le sujet. L'approche qualitative est particulièrement adaptée pour étudier les perceptions des individus car les techniques utilisées favorisent une compréhension plus approfondie des phénomènes à partir de leur vécu. Ce qui nous permet de pouvoir en tirer des renseignements précieux pour permettre de mettre en place des programmes de communication visant le changement comportemental. L'objectif opérationnel de cette étude est de recueillir les informations précises permettant de mieux sensibiliser les femmes en âge de procréer et de contribuer ainsi à lutter contre les idées reçues liées à la pratique de la césarienne.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

- **Objectif général**

Étudier les perceptions de la césarienne par les femmes en âge de procréer au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako

- **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence de la césarienne pendant la période d'étude.
- Décrire le profil sociodémographique et clinique des femmes.
- Décrire les perceptions des femmes sur la césarienne.
- Identifier les déterminants socio-culturels et économiques agissant sur l'acceptation ou le refus de la césarienne.

GENERALITES

II.GENERALITES

2.1. Définition et origine du mot de césarienne

La césarienne est une intervention permettant l'extraction du fœtus et de ses annexes après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie trans-abdominale rarement par voie vaginale [5].

Longtemps considérée comme intervention mythique réservée aux dieux, son nom même prêt à discussion, bien qu'il dérive probablement de Caedere : couper. Un rapprochement a été fait entre le nom de Jules César et la césarienne. Cette hypothèse est peu probable car Jules César même ne naquit pas par césarienne, contrairement à la légende, sa mère Aurélia survécut de nombreuses années à son accouchement et une telle intervention sur femme vivante avec double succès était invraisemblable. L'origine du surnom de la « gens » Julia proviendrait en fait de la naissance d'un ancêtre par césarienne post -mortem « ab-uteromatricecoeso »[6].

Le plus ancien manuscrit de l'Inde antique, le Rig Veda, envisage une telle intervention : Indra, le dieu suprême, refuse de venir au monde autrement qu'en sortant du flanc de sa mère. Bouda est également représenté, naissant de cette façon [6].

De nombreux récits ont rapporté des naissances par « césarienne accidentelle » lors des traumatismes abdominaux des femmes gestantes par cornes de bovidés.

La pratique de la césarienne post-mortem fut codifiée par Numa Pompuleus (715 - 612 avant J-C), roi légendaire de Rome, dans la fameuse « le. Regia » interdisant l'enterrement d'une femme enceinte avant que l'enfant n'ait été extrait. Cette pratique continua à être appliquée sous le régime impérial (le caesarea) puis le catholicisme la recommanda pour baptiser l'enfant conciles de Venise (1280) et Sens (1580). La césarienne post-mortem fut appliquée aussi de loin tout au long

du moyen âge[7]. Après cette période légendaire, la seconde étape de la césarienne durera environ trois siècles entre 1500 et 1800

- **1500** : Jacob Nufer, chartrier suisse de porc, réussit la première césarienne sur une femme vivante, sa propre femme [7].
- **1581** : François Rousset publia « le traité nouveau d’hystérotomie ou enfantement césarien » qui est le premier traité sur la césarienne en France [7].
- **1596** : Mercurio dans « la comare O’riglitrice » préconise la césarienne en cas de bassin barré [7].
- **1721** : Mauriceau, comme Ambroise Paré condamne la césarienne en ces termes :« *cette pratique pernicieuse empreinte d’inhumanité, de cruauté, et de barbarie* » à cause de la mort quasi certaine de la femme [7].
- **1769** : Première suture utérine par Lebas au fil de soie [7].
- **1826** : Césarienne sous péritonéale de Baudelocque [7].
- **1876** : Introduction de l’extériorisation systématique de l’utérus suivie de l’hystérectomie en bloc après la césarienne par PORRO qui pensait ainsi lutter contre la péritonite responsable de la plupart des décès. La troisième étape de la césarienne, celle de la modernisation, s’étale environ sur un siècle. Elle n’aurait pas vu le jour sans l’avènement de l’asepsie et de l’antisepsie [7]. Il y’a eu de nouvelles acquisitions : ENGNAN introduit la notion de suture du péritoine viscéral [7]. Les allemands KHERER et SANGER en 1882 introduisent la notion de suture systématique de l’utérus. FRANCK imagina en 1907 l’incision segmentaire inférieure et sa péritonisation secondaire. Ce fut-là « une des plus belles acquisitions de l’obstétrique moderne selon VOKAER [7].
- **1908** : PFANNENSTIEL proposa l’incision pariétale transversale [7].
- **1928** : découverte de la pénicilline G par ALEXANDER FLEMMING [7]. Parallèlement, les progrès de l’anesthésie réanimation, l’avènement des

sulfamides, les progrès de la transfusion sanguine ont amélioré le pronostic maternel. De même plusieurs techniques d'incision ont vu le jour parmi lesquelles celle de Joël Cohen, proposée dans les années 1970 comme voie d'abord pour les hystérectomies. Elle a été étendue à la césarienne par Stark en 1994, à l'hôpital Misgav Ladach de Jérusalem. La césarienne, considérée aujourd'hui comme inoffensive, tend à être dans certaines mains une solution à tout problème obstétrical.

2.2. La mise en place des politiques publiques pour la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale

La subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

En effet dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale, quelques pays ont mis en place des politiques de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à partir de 2005. Il s'agit entre autres de la Mauritanie, de la Zambie, du Ghana, du Burundi, du Kenya, du Soudan, du Bénin, du Mali, du Sénégal et du Burkina Faso. Au Mali et au Sénégal, les politiques de gratuité de la césarienne ont été mise en œuvre à l'échelle nationale respectivement à partir de 2005 et 2006.

2.3. Rappels anatomiques [8] :

a. Utérus gravide :

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Du point de vue anatomique, l'utérus gravide comprend trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe, dans les derniers mois une portion propre à la gravité, le segment inférieur.

Corps de l'utérus :

L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est avancée. L'augmentation est due à l'hypertrophie des éléments musculaires, par hyperplasie des éléments existants et métaplasie à partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf.

Le poids :

L'utérus non gravide pèse environ 50 g, son poids à terme varie de 900 à 1200 g. La capacité : la capacité de l'utérus non gravide est de 2 à 3 ml. A terme, elle est de 4 à 5 litres.

Epaisseur des parois :

Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient, puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe. A terme, leur épaisseur est de 8 à 10 mm au niveau du fond, de 5 à 7 mm au niveau du corps. Après accouchement, elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

Consistance :

L'utérus non gravide est ferme, il se ramollit pendant la grossesse.

Situation :

Pelvien pendant les premières semaines de grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois.

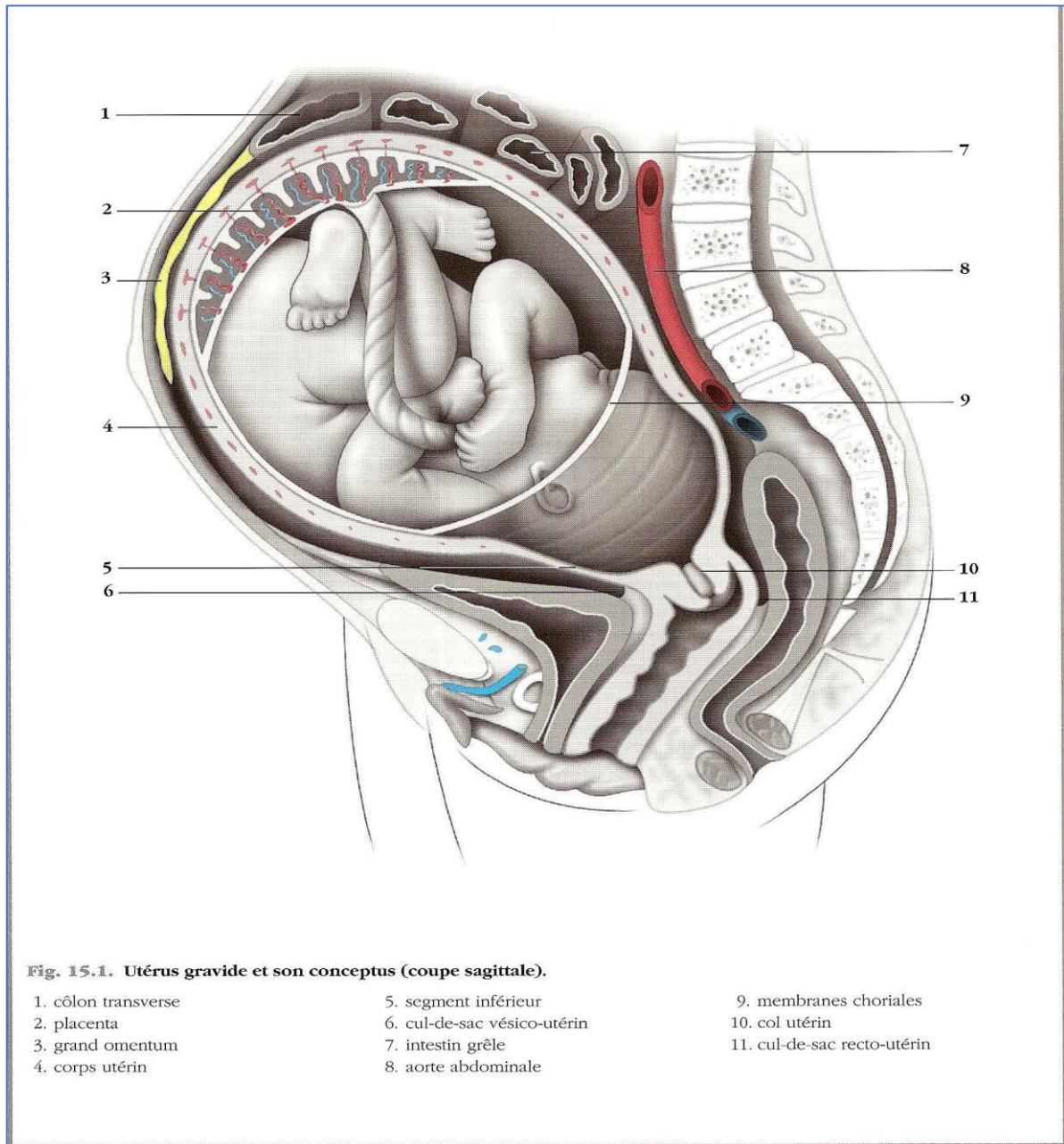


Figure 1 : Coupe sagittale de l'utérus gravide et son conceptus [8].

Le rapport de l'utérus :

Il entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine ; en arrière, l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanqué de la veine cave inférieure et de l'aorte, avec les muscles du psoas croisés par les uretères, avec une partie des anses grêles ; en haut, le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière. A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire ; le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le caecum et le colon ascendant ; le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière, au colon descendant.

Structure :

L'utérus comporte trois tuniques : la séreuse, la musculuse, et la muqueuse.

Segment inférieur :

C'est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide, situé entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois. Son origine, ses limites, sa structure ont donné lieu à des discussions byzantines, dans lesquelles on ne s'engagera pas. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

Forme :

Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la paroi antérieure est bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important, puisque c'est sur la paroi antérieure que porte l'incision de la césarienne segmentaire.

Situation :

Le segment inférieur occupe, au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.

Caractères :

Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4 mm, s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation, circonstance réalisée au maximum dans la présentation du sommet engagée. C'est dire que la minceur du segment inférieur, est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieure, appréciée par la clinique, est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement.

Limites :

La limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, bien visible après l'hystérotomie lors de l'opération césarienne pratiquée avant le travail.

La limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi : c'est la partie corporéale. Cet épaissement donne l'impression d'un anneau musculaire, surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.

Rapports :

En avant, le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire.

Le péritoine, après avoir formé le cul de sac vésico-utérin, tapisse la face postérieure de la vessie, puis devient pariétal, doublant la paroi abdominale antérieure. La vessie vide, est toujours au-dessus du pubis, rapport à connaître lors de l'incision du péritoine pariétal. Latéralement, la gaine hypogastrique contient

les vaisseaux utérins croisés par l'uretère. En arrière, le profond cul de sac de douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.

Structure :

Le segment inférieur est formé essentiellement de fibres conjonctives et élastiques, la musculature est très mince, faite d'une quinzaine de couches musculaires.

2.3.1. Vascularisation de l'utérus gravide

Les artères : branches de l'utérine, augmentent de longueur tout en restant flexueuses. Anastomosées entre elles de chaque côté mais non avec celles du côté opposé, une zone médiane longitudinale peu vasculaire est ainsi ménagée, empruntée par l'incision hystérotomie dans la césarienne corporeale. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexi forme, deviennent rectiligne, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire. Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur.

Les veines : considérablement développées, forment les gros troncs veineux latéraux utérins qui collectent les branches corporelles réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexi forme, soumises ainsi à la rétractilité des anneaux musculaires après la délivrance.

Les lymphatiques : nombreux et hypertrophiés, forment trois réseaux : muqueux, musculaire et sous séreux.

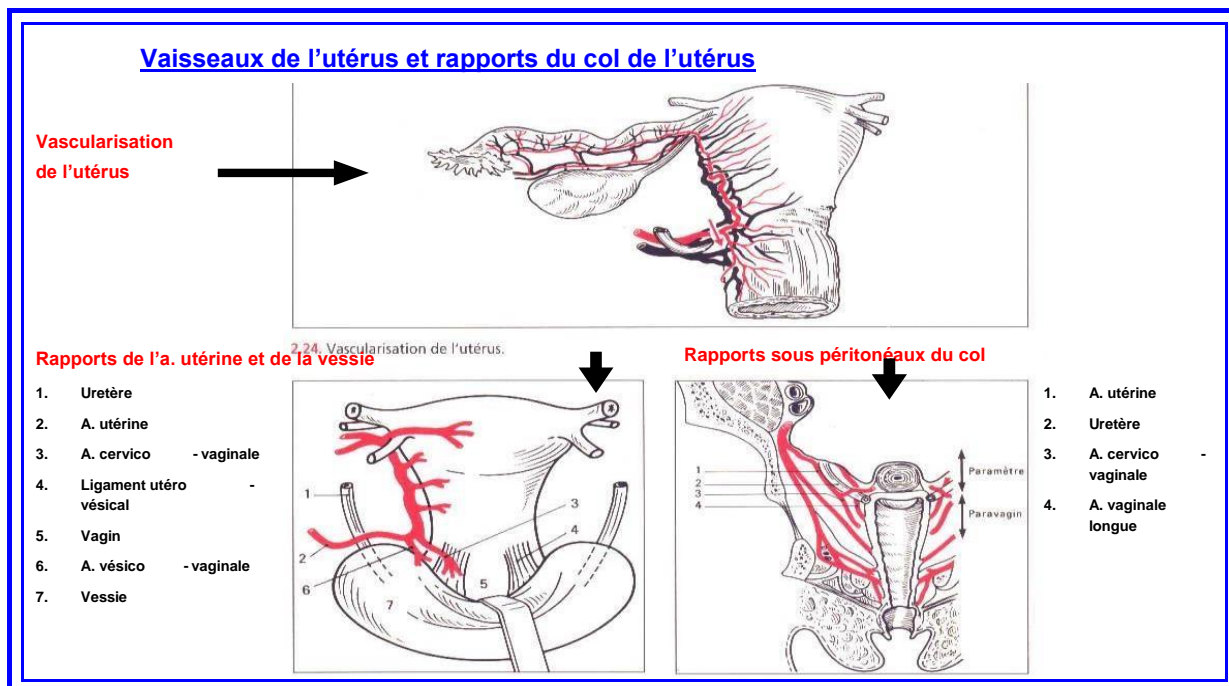


Figure 2 : Vaisseaux de l'utérus et rapports du col de l'utérus [8].



Figure 3 : Croisement de l'artère utérine et de l'urètre [8].

1. A. utérine 2. Uretère 3. A. cervico- vaginale 4. A. vaginale longue

1. Uretère 2. A. utérine 3. A. cervico-vaginale 4. Ligament utéro- vésical 5.

Vagin 6. A. vésico-vaginale 7. Vessie Rapports de l'a. Utérine et de la vessie Rapports sous péritonéaux du col

2.3.2. Innervation de l'utérus gravide

L'innervation de l'utérus gravide est assurée par :

- Les ganglions semi-lunaires
- Le plexus mésentérique
- Le nerf pré- sacré
- Le filet provenant du plexus hémorroïdaire
- Les ganglions sympathiques lombaires
- Les ganglions sympathiques sacrés.
- Le plexus hypogastrique inférieur
- Les racines sacrées

2.4. Indications de la césarienne [9]

Les indications de la césarienne ont beaucoup évolué. Alors que les conditions obstétricales se sont améliorées, que les pathologies osseuses sont devenues à la fois plus rares et moins graves, deux éléments sont venus modifier la situation : d'une part, des raisons médicales qui conduisent à terminer plus souvent la grossesse chirurgicalement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant ; de l'autre, une meilleure surveillance de l'état fœtal par l'imagerie et le monitoring, qui entraînent une augmentation des interventions obstétricales, tant au cours de la grossesse que pendant le travail.

La pensée constante de l'obstétricien de faire naître le nouveau -né dans le meilleur état possible l'a rendu beaucoup plus large dans ses indications de voie haute.

Cette préoccupation essentielle ne doit pas faire oublier les conséquences de la césarienne pour la mère, ainsi que l'hypothèse qu'elle fait peser sur les enfants à venir. De plus, la césarienne ne doit pas être une solution de facilité ou de

couverture par crainte de la responsabilité. On résumera les indications en les présentant par ordre de fréquence.

2.4.1. Cicatrices utérines

Les cicatrices utérines par césarienne antérieure sont aujourd'hui l'indication dominante. Près de la moitié des césariennes avant travail sont faites pour cette raison.

Autres cicatrices utérines non obstétricales celles des myomectomies autoriseront souvent la voie basse, mais il faut être prudent quand il s'agit d'une réimplantation tubaire, d'une Salpingectomie avec résection de la corne utérine ou d'une myomectomie avec ouverture de la cavité utérine.

2.4.2. Anomalies de la progression du travail :

La dystocie dynamique isolée, sans excès de volume fœtal, sans anomalie pelvienne, est actuellement mieux corrigée par la perfusion d'ocytocine associée à l'anesthésie péridurale. En fait cette anomalie isolée est rare. Elle masque bien souvent une dystocie mécanique : légère disproportion fœto-pelvienne, présentation postérieure mal fléchie, défaut d'accommodation, discrète anomalie morphologique du bassin. La dystocie mécanique des bassins très rétrécis (diamètre promonto-sous-pubien inférieur à 9 cm) ou asymétrie forte, conduit à une césarienne de principe avant travail. S'il s'agit d'un bassin « limite » ou d'asymétrie légère avant indiquer l'épreuve du travail, la césarienne relève du non engagement de la tête.

Si toute fois la tête ne s'engage pas (disproportion foeto-pelvienne) la césarienne est indiquée. Excès de volume du fœtus peut justifier en lui seul une césarienne d'emblée, en particulier s'il se présente par le siège.

Le placenta prævia recouvrant relève toujours de la césarienne ; parfois aussi dans les autres situations.

Les tumeurs prævia et qui restent pendant le travail (kyste de l'ovaire, myome) sont des indications de césarienne.

2.4.3. Souffrance fœtale

Au cours de la grossesse la souffrance fœtale est le plus souvent l'aboutissement d'une pathologie chronique de plus ou moins longue durée qui retentit sur la croissance du fœtus.

La décision d'extraction se pose lorsque existent des signes d'hypoxie, associée ou non à une insuffisance de croissance. Cependant il y'a des cas où la pathologie maternelle responsable oblige l'interruption de la grossesse alors que l'état fœtal est encore acceptable.

Au cours du travail un tiers des césariennes sont pratiquées pour souffrance fœtale aigüe. La surveillance électronique du fœtus et la mesure du pH ont permis de mieux dépister cette pathologie, d'en affiner le diagnostic et guider les décisions d'extraction. Si les conditions d'une intervention par voie basse ne sont pas remplies et les signes de souffrance persistent ou s'aggravent, il faut intervenir par césarienne.

2.4.4. Pathologie maternelle

Elle représente un tiers des césariennes en dehors du travail.

Syndromes vasculo-rénaux graves qui sont les pathologies maternelles dominantes, l'interruption est indiquée lorsque l'hypertension devient menaçante ou si la fonction rénale est très altérée ou si l'état fœtal se détériore.

Le diabète : une césarienne de principe était souvent pratiquée vers la 37^{ème} semaine. La tendance actuelle est d'aller au-delà et même d'accepter la voie basse, à condition que le diabète soit bien équilibré et évidemment en l'absence de complications surajoutées.

Les cardiopathies : en dehors des rares cardiopathies cyanogènes où le fœtus est menacé d'anoxie, l'indication de césarienne a diminué du fait de la meilleure tolérance de la grossesse chez les cardiaques ayant bénéficié d'une cure chirurgicale.

2.4.5. Présentations autres que céphalique

Position transversale, la césarienne est indiquée :

- Chez la primipare, à la fin de la grossesse ;
- Chez la multipare, pendant le travail lorsque les membranes sont rompues et l'enfant étant vivant, les conditions de la version ne sont pas remplies, ce qui correspond à la majorité des cas.

Présentation du front, l'indication est formelle dans la forme typique, éventuelle dans la forme bregmatique. Présentation de la face, la césarienne n'est indiquée qu'en cas de dystocie et ou face à menton sacrée.

La présentation du siège, les avis sont encore très partagés sur la place qu'il faut donner à la voie haute.

La césarienne est indiquée si tous les éléments favorables à la voie basse ne sont pas réunis. Elle est nécessaire avant tout si les dimensions du bassin ne sont pas parfaitement satisfaisantes, s'il s'agit de gros fœtus, en cas de rupture prématurée des membranes, si la patiente n'est pas rapidement entrée en travail de façon spontanée. Elle est systématique s'il s'agit d'un utérus cicatriciel.

Pendant le travail, on aura recours très facilement à la voie haute en cas de dystocie dynamique ou de tout autre anomalie, même si le siège plonge dans l'excavation.

Dans les cas grossesses multiples, on assiste, ces dernières années à une augmentation du taux de césarienne. La césarienne est indiquée en cas de présentation dystocique du premier jumeau, d'utérus cicatriciel. Elle est

recommandée par certains lorsque le premier fœtus est en présentation du siège, ou en cas de retard de croissance intra-utérin marqué, même s'il ne concerne qu'un seul fœtus.

1.5 Principes à observer pour les soins préopératoires :



Dimat-medical-bloc-operatoire

S'assurer que :

- La salle d'opération est propre (elle doit être nettoyée après chaque intervention) ;
- Le matériel nécessaire est disponible, en particulier les médicaments et l'oxygène ;
- Le matériel d'urgence est disponible et en état de marche ;
- Il y'a suffisamment de champs, et des blouses chirurgicales pour tous les membres de l'équipe ;
- Il y'a des consommables stériles (gants, gaz, instruments).

1.5.1 Préparer la patiente à une intervention chirurgicale :

- Lui expliquer l'intervention dont elle va bénéficier et le bien-fondé de cette intervention. Si elle est inconsciente, expliquer à la famille de quoi il s'agit.
- La patiente ou la famille doit consentir à l'intervention en connaissance de cause.
- Aider la patiente ou la famille à se préparer à l'intervention.
- Envoyer un prélèvement de sang pour dosage de l'hémoglobine ou l'hématocrite, groupage sanguin et le rhésus.
- Commander du sang au cas où une transfusion serait nécessaire, puis si besoin faire une transfusion sans attendre.
- Nettoyer la zone à inciser avec un antiseptique type Bétadine.
- Ne pas raser la région pubienne car cela accroît les risques de l'infection. Si nécessaire, il est possible de couper légèrement les poils pubiens.
- Surveiller les signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire) et consigner les observations par écrit.
- Administrer une prémédication adaptée au mode d'anesthésie choisie.
- Poser une sonde urinaire et surveiller la diurèse.
- Veiller à ce que les autres membres de l'équipe (médecin, sage-femme, infirmière, anesthésiste, aide, etc.) reçoivent les informations nécessaires.

1.5.2 Position :

Installer la patiente dans la position adaptée à l'intervention de façon à :

- Exposer le champ opératoire le mieux possible ;
- Permettre à l'anesthésiste d'accéder à la patiente sans difficulté ;
- Permettre à l'infirmière de contrôler les signes vitaux et de surveiller les injections intraveineuses et les perfusions ;
- Assurer la sécurité de la patiente en prévenant les traumatismes et en maintenant une bonne circulation sanguine ;
- Préserver sa dignité et respecter sa pudeur.

- ✓ Lavage des mains avant l'intervention chirurgicale (Principes généraux de l'asepsie et de l'antisepsie)
- Retirer tous les bijoux.
- Garder les mains au-dessus du niveau du coude, les mouiller soigneusement et les savonner.
- Savonner en un mouvement circulaire, en commençant par le bout des doigts ;
- Bien nettoyer entre les doigts ;
- Remonter jusqu'au coude en savonnant puis faire de l'autre côté.
- Se rincer les bras l'un après l'autre, en commençant par le bout des doigts et en gardant toujours les mains au-dessus du coude.
- Frotter pendant 3 à 5 minutes.
- Sécher chaque main avec une serviette ou une compresse stérile différente ou les laisser sécher à l'air. Essuyer en commençant par le bout des doigts et en remontant jusqu'au coude puis changer de serviette.
- Une fois les mains propres, veiller à ne pas les mettre en contact avec des objets (par exemple, matériel, blouse de protection) qui ne soient pas désinfectés ou stériles. Si elles touchent une surface contaminée, les nettoyer à nouveau.

1.5.3 Préparation du champ opératoire :

- Préparer la peau avec un antiseptique (Bétadine solution dermique 10%) ;
- Badigeonner trois fois la zone à inciser avec une solution antiseptique à l'aide d'une pince porte tampons stériles et d'une compresse, il convient de veiller à ne pas contaminer les gants en touchant les zones cutanées qui n'ont pas été préparées.
- Commencer par l'endroit à inciser et travailler en direction de l'extérieur en un geste circulaire ;
- Une fois arrivé à la limite de la surface à stériliser, jeter la compresse.

- Ne jamais revenir au centre de la zone à préparer avec la même compresse. Garder les bras et les coudes en hauteur et veiller à ce que la blouse ne touche pas la zone à inciser.

1.5.4 Césarienne segmentaire : classique

1^{er} temps : les champs de bordure étant mis en place, la coeliotomie se fait par incision médiane sous ombilicale ou par incision de Pfannenstiel. La vessie est abdominale à la fin de la grossesse. Le sondage devra donc l'avoir vidé complètement.

2^{ème} temps : la protection de la grande cavité par trois champs abdominaux. Les écarteurs de Hartmann suffisent à exposer le segment inférieur.

3^{ème} temps : l'incision transversale aux ciseaux du péritoine pré-segmentaire dont le décollement se fait sans difficulté.

4^{ème} temps : incision du segment inférieur : Incision transversale ou longitudinale. Nous préférons la transversale parce qu'on n'a pas à décoller la vessie.

5^{ème} temps : extraction du fœtus (après ouverture de l'œuf et aspiration du liquide amniotique). Cette manœuvre doit être exécutée avec douceur. On saisit le menton du fœtus en mettant le pouce dans la bouche et on l'amène en avant par une série de mouvements de flexion et d'extension de la tête, on le fait passer par l'incision segmentaire en évitant le traumatisme contre le matériel métallique d'écartement. On peut aussi aider la sortie de la tête en glissant une main à plat derrière l'occiput. Le reste du corps vient facilement.

Si le fœtus se présente par le siège, ou l'épaule, on saisit un pied. Le fœtus extrait, on sectionne le cordon entre deux pinces.

6^{ème} temps : extraction du placenta par expression du fond utérin à travers les champs abdominaux, ou par délivrance manuelle par l'orifice d'hystérotomie.

7^{ème} temps : on peut en ce moment mettre une valve fixe. Un seul suffit pour la suture du segment inférieur avec un matériel à résorption lente en commençant par les deux points d'angle, les points d'angle seront en X, les points intermédiaires sont de préférence séparés. Ce plan unique doit intéresser soigneusement les lamelles conjonctivo-musculaires qui constituent le segment inférieur.

8^{ème} temps : suture du péritoine pré-segmentaire au fil résorbable par un simple surjet non serré.

9^{ème} temps : on enlève les champs abdominaux. Toilette du péritoine. Ablation des valves ou des écarteurs.

10^{ème} temps : fermeture de la paroi sans drainage, en trois ou quatre plans selon le type d'incision pariétale.

1.5.5 Césarienne de Starkou Misgav Ladach [10]

- Ouverture pariétale selon la méthode de Joël Cohen ;
- Ouverture transversale du péritoine pariétal ;
- Pas de champs abdominaux ;
- Hystérotomie segmentaire transversale ;
- Extraction foetale avec délivrance artificielle ;
- Suture de l'hystérotomie en un plan « extra muqueux » par un surjet non passé.
- Non fermeture des péritoines viscéral et pariétal ;
- Suture aponévrotique par un surjet non passé ;
- Rapprochement cutané par quelques points de « Blair Donati » très espacés.

1.6 Anesthésie au cours de la césarienne [11]

La qualité et le choix du type d'anesthésie dépendent beaucoup de la collaboration obstétricien et anesthésiste. Nous avons vu que le risque majeur de la césarienne est anesthésique, la prévention de ce risque repose sur :

- Le respect par l'équipe obstétricale des précautions simples (patiente à jeun, prise d'antiacide per-os toutes les trois heures, bilan préopératoire).
- L'information de l'anesthésiste afin qu'il suive l'évolution et le degré d'avancement d'un travail difficile et les complications possibles afin de préparer son anesthésie.

a. Principe de l'anesthésie au cours de la césarienne :

Elle ne doit pas faire courir de risque à la mère, ni de danger à l'enfant. Elle doit permettre une opération peu hémorragique.

b. Types d'anesthésie :

Anesthésie générale (AG) :

Elle est la seule solution dans les indications d'urgence. Et elle reste une méthode de choix pour certains, car elle est rapide, fiable et reproductible. Le risque maternel est l'inhalation du contenu gastrique et pour le fœtus celui de la dépression respiratoire. La première partie de la césarienne avant l'extraction de l'enfant se fait toujours sous une anesthésie légère nécessitant une extraction rapide de 10 à 15 mn afin de ne pas imposer à l'anesthésiste une réinjection juste avant la naissance de l'enfant. Après clampage du cordon, l'anesthésie peut être approfondie [12].

Anesthésie péridurale (A.P.D) :

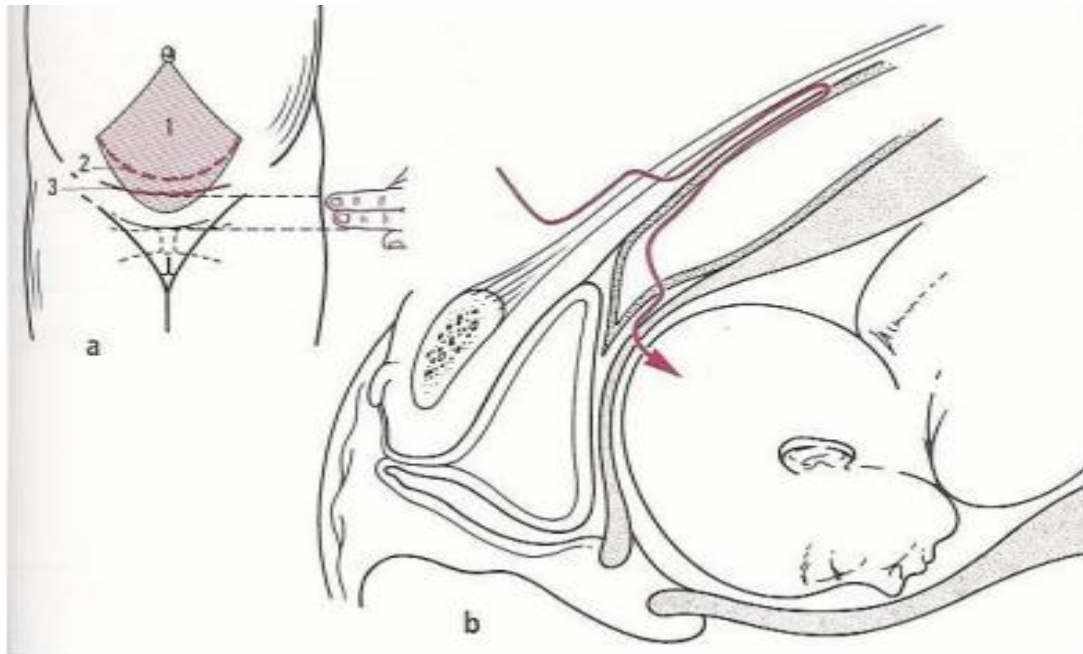
Elle est idéale pour les césariennes programmées ou lorsqu'elle a été utilisée pendant le travail (épreuve de travail) elle permet à la mère de rester consciente, minimise le risque d'inhalation et évite au nouveau-né la dépression médicamenteuse d'une anesthésie générale.

Rachianesthésie :

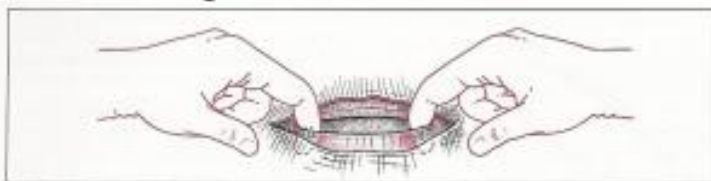
Facile, rapide, peu d'échec. Elle peut être réalisée en urgence [13].

2.7 Technique de la césarienne [9].

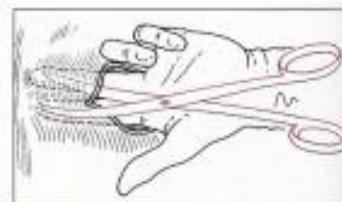
Le but de la césarienne est d'extraire le fœtus facilement, grâce à une exposition correcte du champ opératoire, sans risque d'infection ou de déhiscence ultérieure de la brèche d'hystérotomie sans négliger l'aspect esthétique de la cicatrice abdominale. La césarienne segmentaire répond à ces exigences, elle a remplacé l'ancienne césarienne corporéale depuis Schickele et Brindeau (1921).



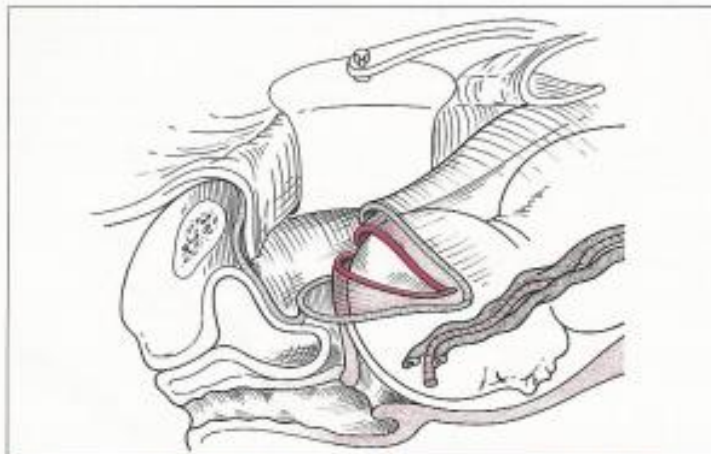
Incision du segment inférieur



Agrandissement de l'hystérotomie au doigt



Agrandissement de l'hystérotomie aux ciseaux



Aspect opératoire de l'hystérotomie juste avant l'extraction



Hystérotomie terminée. Vue opératoire en P.C.

Figure 4 : Technique d'engagement et d'hystérotomie [14]

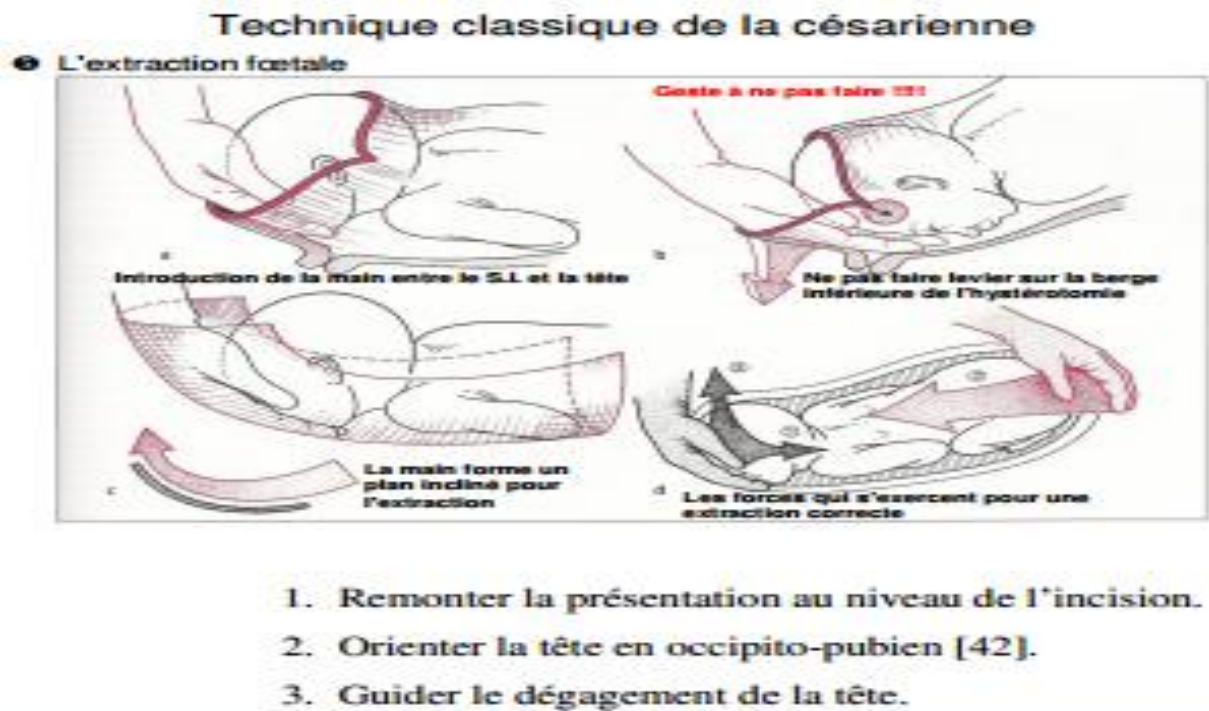


Figure 5: Extraction fœtale [14]

METHODOLOGIE

III.METHODOLOGIE

1.1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako.

La commune II couvre une superficie de 17 km², soit environ 7% de la superficie totale du District de Bamako.

Elle est limitée :

- ✓ Au Nord par la colline du Point G ;
- ✓ Au Sud par le fleuve Niger ;
- ✓ A l'Est par le marigot de Korofina ;
- ✓ A l'Ouest par le boulevard du Peuple.

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médine, Missira, Niaréla, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'Gomi).

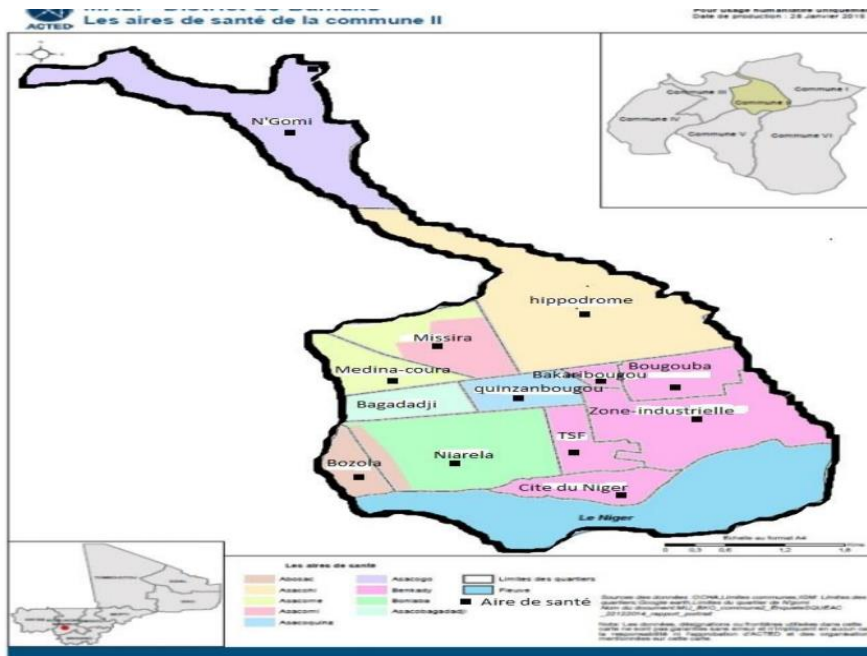


Figure 5 : Carte sanitaire de la Commune II du District de Bamako

Le centre de santé de référence se trouve au quartier sans fil (TSF).

✓ **Infrastructures : le service dispose**

- D'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre.
- D'une salle de consultations gynécologiques et d'une salle des urgences.
- Des unités de planification familiale, de dépistage du cancer du col de l'utérus et des soins après avortement, de consultations pré et postnatales, de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) et de pansement post-opératoire, dirigées par des sages-femmes sous supervision des gynécologues-obstétriciens.
- Quatre salles d'hospitalisation, une salle des suites de couches et une salle de pansement.

✓ **Fonctionnement au quotidien**

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les quatre gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, de deux médecins généralistes, de deux internes, de deux sages-femmes, d'une infirmière obstétricienne et ou d'une aide-soignante, d'un chauffeur de l'ambulance, d'un anesthésiste-réanimateur et deux manœuvres.

Une réunion quotidienne du service (staff) se tient tous les jours ouvrables pour discuter de la prise en charge des patientes et des événements survenus lors des 24 dernières heures. La visite des patientes hospitalisées est quotidienne et est dirigée par un gynécologue obstétricien.

✓ **Ressources humaines du CSREF CII**

Qualifications	Nombre		
	H	F	T
Médecin sante publique	0	1	1
Médecin gynécologue/obstétricien	4	0	4
Médecin pédiatre	1	2	3
Médecin chirurgien généraliste	3	0	4
Médecin chirurgien urologue	1	0	1
Médecin chirurgien-dentiste	1	0	1
Médecin radiologue	1	0	1
Médecin cardiologue	1	0	1
Médecin endocrinologue	1	0	1
Médecin anesthésiste réanimateur	1	0	1
Pharmacien	1	0	1
Médecin généraliste	8	8	16
Assistant médical ORL	3	0	3
Assistant médical Ophtalmologie	3	0	3
Assistant médical Odontologie	2	1	3
Assistant médical Biologie	2	0	2
Assistant médical sante publique	0	2	2
Assistant médical anesthésie Réanimateur	5	0	5
Assistant médical Kinésithérapie	1	0	1
Assistant médical imagerie médical	0	1	1
Ingénieur sanitaire	0	1	1
Technicien supérieur de sante (infirmier d'état)	11	4	15
Technicien supérieur de sante (technicien radiologue)	1	0	1
Technicien supérieur de sante (travail social)	0	1	1
Technicien supérieur de sante (sage-femme)	0	24	24
Technicien supérieur de sante (ophtalmologie)	1	1	2
Technicien supérieur de sante (assainissement)	1	1	2
Technicien supérieur de sante (labo)	0	1	1
Technicien de sante (labo)	1	4	5
Technicien de sante (sante publique)	3	9	12
Technicien de sante (infirmière obstétricienne)	0	12	12

Agent assainissement	0	3	3
Aide-soignant	2	23	25
Matrone	0	1	1
Infirmière auxiliaire	0	1	1
Inspecteur de finances	1	1	2
Contrôleur des finances	2	1	3
Contrôleur du trésor	1	0	1
Aide comptable	3	1	4
Adjoint finance locale	1	0	1
Gestionnaire en informatique	1	0	1
Gestionnaire en ressource humaine	0	2	2
Secrétaire de direction	0	2	2
Adjoint administratif	1	0	1
Standardiste	0	1	1
Chauffeur	4	0	4
Manceuvre	11	1	12
Total			192

1.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive avec collecte prospective des données.

1.3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 1^{er} juin au 31 décembre 2021.

1.4. Population d'étude

La population d'étude était constituée par les femmes en âge de procréer admises dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé et de Référence de la Commune II du District de Bamako, pendant la période d'étude.

1.5. Echantillonnage quantitatif

Variables étudiées

- L'âge ;

- Les antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- L'examen obstétrical ;
- Le niveau de scolarisation
- Le statut matrimonial ;
- Milieu de résidence

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Daniel Schwartz

$$n = Z^2 Pq / i^2$$

Z = test de l'écart réduit (=1,96 pour un risque d'erreur de 5% (0,05).

n = Taille de l'échantillon

P = Prévalence (une étude similaire ou à défaut on prend 0,50)

q = 1-p

i = Précision souhaitée soit (le plus souvent les gens prennent i=0,05)

Notre étude portera sur 210 cas

✓ Echantillonnage qualitatif

Nous avons décidé de recueillir les données qualitatives en interrogeant les 20 premières personnes de l'échantillon quantitatif. Parmi les 20 personnes sélectionnées il y avait 10 femmes instruites et 10 femmes non instruites. La prise en compte du niveau scolaire avait pour objectif de comparer les perceptions de ces deux catégories de femmes. Autres critères : les femmes issues du milieu urbain et du milieu rural ; les femmes de plus de 35ans ; les femmes de moins 20 ans et en fin les conditions socioéconomiques des femmes.

1.6. Critères d'inclusion et critères de non inclusion

✓ Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude toutes les femmes en âge de procréer admises dans le service de gynécologie obstétrique pendant la période d'étude et qui ont accepté de participer à cette étude.

✓ **Critères de non inclusion**

N'ont pas été retenues dans notre étude :

- Les femmes admises dans notre service mais qui n'étaient pas en âge de procréer.
- Les femmes admises dans notre service en âge de procréer mais qui ont refusé de participer à l'étude.

1.7. Techniques et outils de collecte des données

Les données ont été recueillies à travers les questionnaires et les guides entretiens semi directifs réalisés auprès des femmes. Un guide d'entretien standard a été rédigé au début de l'étude avec des questions portant sur les thèmes les plus significatifs liés aux attitudes face à la césarienne.

1.8. Déroulement de l'enquête

Les femmes admises dans le service gynécologie obstétrique en âge de procréer qui ont accepté de participer à l'étude ont bénéficié d'un interrogatoire à travers la fiche d'enquête. Nous avons au préalable présenté une lettre d'introduction au médecin chef du centre avant qu'il nous autorise officiellement à mener l'enquête. Notre familiarité avec le personnel nous a permis d'être facilement accepté et de diminuer la méfiance vis-à-vis de l'enquêteur. Quant aux femmes qui ont participé à l'enquête, elles ont été sélectionnées de façon aléatoire. La conformité aux critères d'inclusion et l'accord préalable de la femme étaient les conditions nécessaires. Les participants à l'enquête qualitative étaient contactés par l'enquêteur qui leur expliquait le sujet dans les grandes lignes avant de recueillir leur consentement éclairé.

1.9 Saisie et Analyse des données

La rédaction du teste a été effectuée sur le logiciel Microsoft Word Office 2016. La saisie et l'analyse des données quantitatives ont été faites avec le logiciel SPSS version 21. Les entretiens individuels ont été entièrement retranscrits et analysés

selon la démarche d'analyse de contenu. Une analyse thématique interprétative a ensuite été effectuée.

1.10 Aspects éthiques

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des patientes ne figuraient sur aucun document relatif à cette étude. Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la gynécologie-obstétrique pour étudier les perceptions de la césarienne. Ceci afin de fournir aux décideurs politiques un certain nombre d'éléments utiles pour agir en vue d'améliorer la prise en charge. Nous avons aussi tenu à recueillir le consentement éclairé des participants en leur expliquant notamment tous les détails de l'enquête (sujets abordés les risques et bénéfices etc.) Les données produites à l'issue de l'enquête ont été également anonymisées.

2.11. Définitions opérationnelles

Pour la clarté de l'étude, nous avons adopté les définitions opérationnelles suivantes:

- **La césarienne : elle** est une intervention permettant l'extraction du fœtus et de ses annexes après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie trans-abdominale rarement par voie vaginale.
- **Gestité** : elle se définit comme étant le nombre de grossesse
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement
- **Primipare** : c'est une patiente ayant accouché une fois.
- **Pauci pare** : c'est une patiente ayant accouché entre 2 et 3 fois.
- **Multipare** : c'est une patiente ayant accouché entre 4 et 5 fois.
- **Grande multipare** : c'est lorsque le nombre d'accouchement est supérieur ou égal à 6.
- **L'accouchement** : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 6 mois (28 SA) [5].

- **Accouchement par voie basse** : il regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres
- **Age de procréer** : selon l'OMS l'âge de la procréation se situe entre 15 et 49 ans
- **Perception** : selon le dictionnaire de français Larousse la perception est une idée, une compréhension plus ou moins nette de quelque chose.
- **En sociologie**, la perception c'est la façon dont les institutions sociales les manières de voir, de penser et de sentir des individus

RESULTATS

IV- RESULTATS

Dans notre étude nous avons interrogé 210 femmes.

1.11 Fréquence de la césarienne

Du 1^{er} Juin au 31 décembre 2021, soit 6 mois, nous avons réalisé 359 césariennes sur un total de 1745 accouchements, soit une fréquence de **20,57 %**

1.12 Profils sociodémographiques et cliniques des femmes :

Tableau I : Répartition des femmes en fonction de l'âge

Tranches d'âges (an)	Effectifs	Fréquence (%)
≤ 19	56	26,50
20 à 34	128	60,70
≥ 35	26	12,4
Total	210	100

La tranche d'âge de 20 à 34 ans était la plus représentée avec **60,7%**. L'âge moyen était de **25,8 ± 5ans** avec les extrêmes de 16 et 42 ans.

Tableau II : Répartition des femmes selon le milieu de résidence

Résidence du sujet	Effectifs	Fréquence (%)
Milieu rural	30	14,2
Milieu urbain	180	85,7
Total	210	100,0

La majorité des femmes soit 85,7% résidaient en milieu urbain.

Tableau III : Répartition des femmes selon la profession

Profession des femmes	Effectifs	Fréquence (%)
Femmes au foyer	88	41,7
Couturières	21	10,0
Elèves	20	9,5
Commerçantes	18	8,5
Personnels de soins	17	8,1
Coiffeuses	14	6,6
Etudiantes	15	7,1
Teinturières	10	4,7
Aides ménagères	7	3,3
Total	210	100,0

Moins de la moitié des femmes soit 41,7% étaient des femmes au foyer.

Tableau IV : Répartition des femmes selon le niveau d'étude

Niveau d'instruction	Effectifs	Fréquence (%)
Primaire	83	39,3
Secondaire	32	15,2
Supérieur	20	9,5
Non scolarisées	75	35,5
Total	210	100,0

Parmi les femmes interrogées, soit 39,3% avaient un niveau d'instruction primaire.

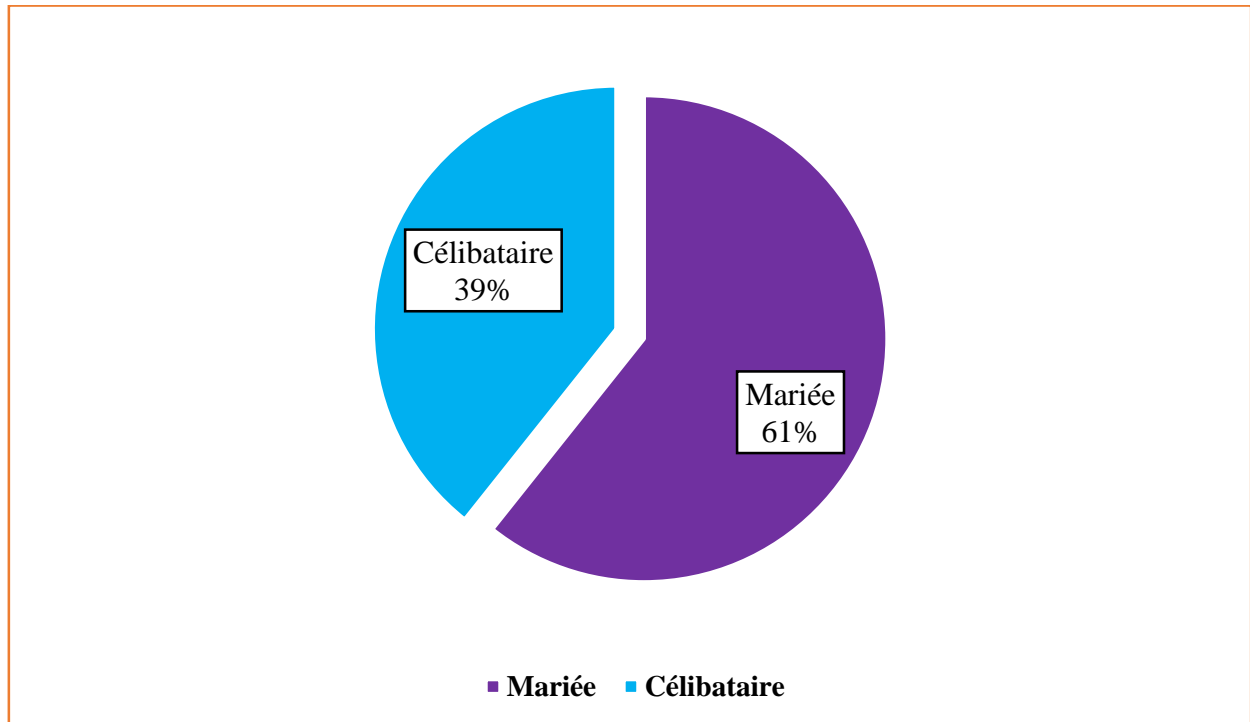


Figure 6 : Répartition des femmes selon le statut matrimonial

Parmi les femmes interrogées, **61%** étaient mariées.

Tableau V : Répartition des femmes selon les antécédents médicaux

Antécédent médicaux	Effectifs	Fréquence (%)
HTA	14	6,6
Drépanocytose	2	0,9
Asthme	10	4,7
VIH	1	0,5
Hépatite B	12	5,7
Diabète	6	2,8
Sans antécédent	165	78,5
Total	210	100,0

L'hypertension artérielle était retrouvée chez 14 femmes soit **6,6%** des cas suivi de l'hépatite B avec **5,7%** des cas.

Tableau VI : Répartition des femmes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédent chirurgicaux	Effectifs	Fréquence (%)
Césarienne	60	28,5
Salpingectomie	6	2,8
Myomectomie	8	3,8
Appendicectomie	2	0,95
Kystectomie	2	0,95
Sans antécédent	132	63,0
Total	210	100,0

Vingt-huit virgule cinq pourcent (**28,5%**) des femmes, soit 60/210 avaient un antécédent de césarienne.

Tableau VII : Répartition des femmes selon la gestité

Nombre de gestité	Effectifs	Fréquence (%)
Nulligeste	72	34,1
Primigeste	36	17,1
Paucigeste	45	21,3
Multigeste	34	16,2
Grande multigeste	22	10,9
Total	210	100,0

Les nulligestes étaient les plus représentées avec **34,1%** des cas.

Tableau VIII : Répartition des femmes selon la parité

Parité	Effectifs	Fréquence (%)
Nullipare	100	47,4
Primigeste	51	24,2
Paucipare	31	14,7
Multipare	20	9,5
Grande multipare	8	3,8
Total	210	100,0

Les nullipares étaient les plus représentées avec **47,4%** des cas.

Tableau IX : Répartition des femmes selon le nombre d'enfant vivant

Nombre d'enfant vivant	Effectifs	Fréquence (%)
1 à 2	67	31,8
3 à 4	17	8,09
5 à 6	12	5,7
7 et plus	3	1,4
Sans enfant	111	52,6
Total	210	100

Plus de la moitié des femmes soit 52,6% n'avaient pas d'enfant vivant.

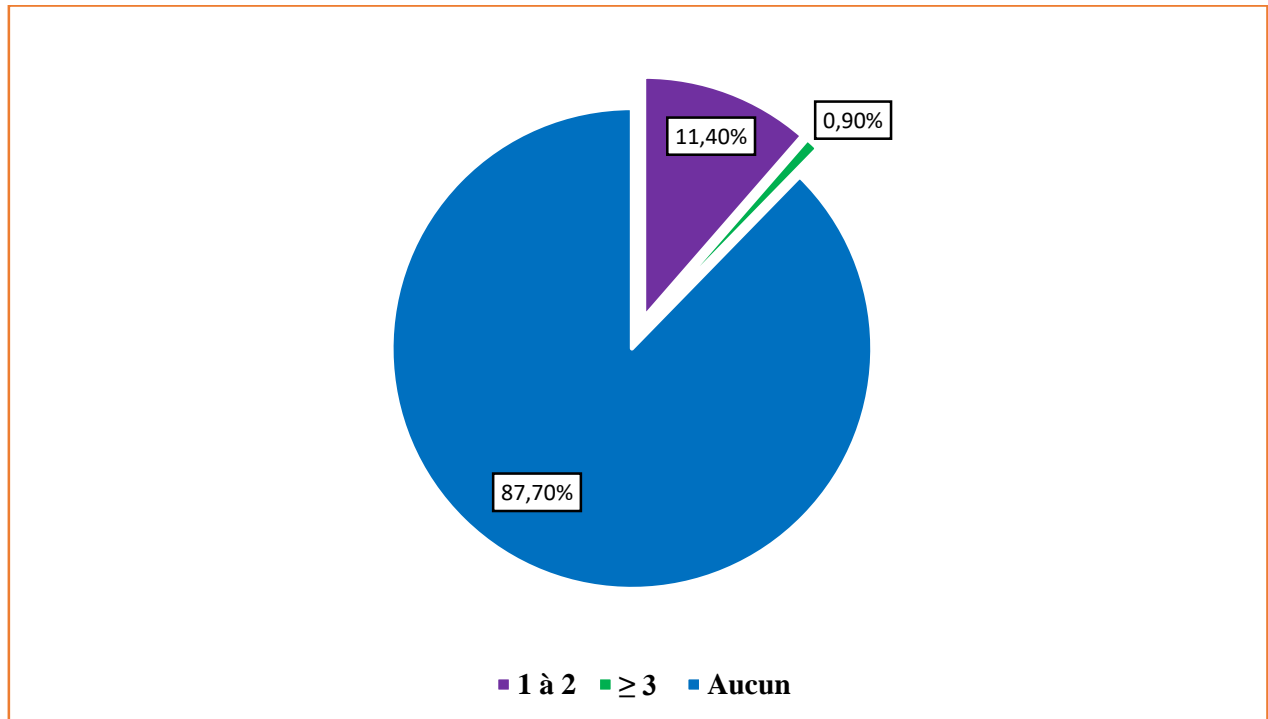


Figure7 : Répartition des femmes selon le nombre d'avortements

Le nombre d'avortements était de 1 à 2 dans 11,4% des cas.

1.13 La perception des femmes sur la césarienne

Tableau X : Répartition des femmes selon leurs connaissances de la césarienne

Connaissances de la césarienne	Effectifs	Fréquence (%)
Oui	210	100
Non	0	0
Total	210	100

Toutes les femmes avaient déjà entendu parler de la césarienne.

Tableau XI : Répartition des femmes selon l'origine de leurs sources d'information de la césarienne

Sources d'informations	Effectifs	Fréquence (%)
Médias	10	4,76
Entourage	100	47,6
Agent de santé	20	9,5
Ecole	80	42,8
Total	210	100

L'entourage était la principale source d'information sur la césarienne, soit 47,6%. Suivi de l'école dans 42,8% des cas.

Tableau XII : Répartition des femmes selon leurs connaissances des avantages de la césarienne

Avantage de la césarienne	Effectifs	Fréquence (%)
Évitement de souffrance fœtale	100	47,6
Conserve la sexualité	10	4,7
Accouchement sans douleur	79	37,6
Planifier la date d'accouchement	21	10,0
Total	210	100,0

Parmi les femmes interrogées, l'avantage de la césarienne était l'évitement de la souffrance fœtale, soit 47,6%.

Tableau XIII : Répartition des femmes selon leurs connaissances des inconvénients de la césarienne

Inconvénients de la césarienne	Effectifs	Fréquence (%)
Dépendance sociale	137	65,0
Risque d'une autre césarienne	5	25,0
Cicatrice sur le ventre	8	3,8
Douleur post césarienne	53	25,2
Limite du nombre de grossesse	7	5,0
Total	210	100,0

La dépendance sociale a été signalée dans **65%**.

Tableau XIV : Répartition des femmes selon leurs connaissances des complications de la césarienne

Complications de la césarienne	Effectifs	Fréquence (%)
Infections	164	78,10
Hémorragie	16	7,62
Décès maternel	20	9,52
Décès du nouveau-né	10	4,76
Total	210	100,0

L'infection a été évoquée dans 78,10% suivi de décès maternel dans 9,52% des cas.

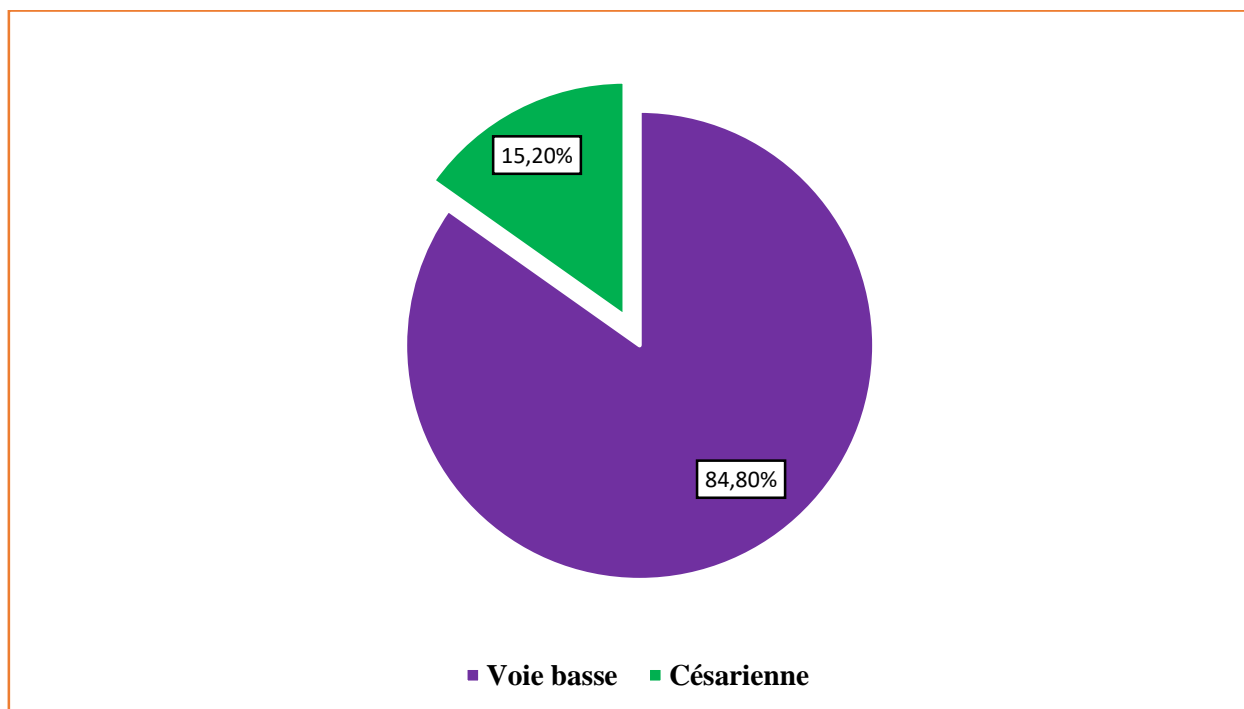


Figure 8 : Répartition des femmes selon leur préférence de la voie d'accouchement.

La voie basse était la voie d'accouchement préférée dans **84,8%** des cas.

Tableau XV : Répartition des femmes césarisées selon les indications de la césarienne

Indication de la césarienne	Effectifs	Fréquence (%)
BGR	20	33,33
SFA	35	58,33
HTA gravidique	5	8,33
Total	60	100,0

La souffrance fœtale était l'indication de la césarienne la plus fréquente avec 58,33%.

Tableau XVI : Répartition des femmes selon le contexte de césarienne

Contexte de césarienne	Effectifs	Fréquence (%)
Urgence	34	56,6
Programmée ou prophylactique	26	43,3
Total	60	100,0

La césarienne a été réalisée dans une situation d'urgence avec un taux de **56,6%**.

Tableau XVII : Répartition des femmes césarisées selon leur avis après la césarienne

Avis après la césarienne	Effectifs	Fréquence (%)
Mauvaise chose	37	76,3
Bonne chose	13	17,5
Pas de réponse	10	6,2
Total	60	100,0

Parmi les femmes césarisées **76,3%** ont noté que la césarienne était une mauvaise chose.

Tableau XVIII : Répartition des femmes césarisées qui considèrent la césarienne comme mauvaise chose

Raisons	Effectifs	Fréquence (%)
Limitation du nombre d'accouchement	7	18,9
Risque d'une autre césarienne	28	75,7
Risque des complications	2	5,4
Total	37	100,0

Le risque d'une autre césarienne (75,7%) était la raison principale qui explique la perception négative de la césarienne.

N.B : Toutes les patientes ayant noté que la césarienne était une bonne chose avait comme raison le sauvetage de la mère et du fœtus soit 100% des cas.

1.14 Les déterminants socio culturels et économiques agissant sur l'acceptation ou le refus de la césarienne

Tableau XIX : Répartition des femmes qui sont favorables ou non à la pratique de la césarienne

Favorable ou non à la pratique de la césarienne	Effectifs	Fréquence (%)
Oui	60	28,5
Non	150	71,4
Total	210	100

Parmi les femmes interrogées 28,5% étaient favorable à la pratique de la césarienne

Tableau XIX : Répartition des femmes selon les raisons d'acceptation pour la césarienne

Raisons d'acceptabilité	Effectifs	Fréquence (%)
Avoir un enfant en bonne santé	49	81,67
Crainte de l'accouchement	8	13,33
Crainte de la mort	3	5,00
Total	60	100,0

Les femmes qui voulaient avoir un enfant en bonne santé étaient les plus représentées, soit 81,67%.

Tableau XXI : Répartition des femmes selon les raisons de refus de la césarienne

Raisons de refus	Effectifs	Fréquence (%)
Crainte d'une dépendance sociale	65	43,0
Crainte des complications	16	21,2
Crainte de la douleur post opératoire	20	13,2
Crainte la mort	17	11,3
Crainte de la cicatrice	14	9,9
Coût économique	2	1,3
Incapacité de célébrer le baptême	16	10,6
Total	150	100,0

La crainte d'une dépendance sociale a été la principale raison de refus de la césarienne citée par les femmes interrogées, soit **43%** des cas.

Résultats de l'analyse des données qualitatives

Les perceptions et expériences vécues des femmes autour de la césarienne

Il ressort de notre étude certains propos : la douleur de l'accouchement par voie basse comble la féminité et que la césarienne est une solution de derniers recours « *toute femme brave doit accoucher d'elle-même, par contre d'autre profite de la gratuite de la césarienne afin d'éviter la douleur de l'accouchement par voie basse* » (madame d., 29 ans sans enfant)

« *Je préférerais un accouchement par voie basse parce que je crois aux médicaments traditionnels, qui peuvent atténuer la douleur* » (madame d., 30 ans).

Certaines femmes (7/10) ont déclaré avoir accouché par césarienne pour elles, la césarienne permet d'éviter les souffrances fœtales. « *Je suis enseignant et j'opte pour césarienne comme voie d'accouchement non seulement pour éviter les souffrances, mais aussi pour sa gratuité* ». (Madame g., 26 ans sans enfant)

Dans notre étude la majorité des femmes résidait dans une zone urbaine, soit 80%. Cela pourrait avoir un impact sur le niveau de connaissance de la césarienne. « *C'est à travers les médias que j'ai connu la césarienne et le fait que ma belle-sœur avait bénéficié d'une césarienne.* » (Madame s 20 ans)

Un handicap social, reproductif et physique

La césarienne était perçue comme un acte dangereux. Certaines personnes interrogées y voient un frein à la reproduction (15/20), soit 75% :

« *Au cours de l'entretien, elle a pleuré parce que la césarienne s'est compliquée d'hystérectomie (wolonougou bo)... On m'a dit que le nombre de grossesse est limitée et le risque d'une autre césarienne est élevé.* » (Madame M., 30ans, 1 enfant vivant).

Cette conséquence est d'autant plus mal vécue par les femmes que l'enfantement compte comme un attribut essentiel de la féminité.

« *La césarienne rend stérile car le nombre de grossesse est limitée* » (Madame M., 25 ans ,1 enfant vivant, 1 décès)

« *Mon premier accouchement était la voie basse juste après 6 heures de surveillance je suis rentré chez moi ; mais après mon 3-ème accouchement qui était par césarienne, je suis restée plusieurs jours à l'hôpital pour des raisons indéterminées et une femme accouchée ne doit pas être vue par plusieurs personnes jusqu' au jour du baptême* » (Madame O.,28 ans, mère de 3 enfants)

« *Pour moi faire la césarienne, c'est rester handicapé durant toute ta vie, je veux accoucher par voie basse car je suis la femme d'un paysan et nous vivons des travaux champêtres* » (Madame D., 35 ans, 7 enfants vivants et 2 décès).

« *Toute femme qui accouchera par césarienne, aura un problème de santé, de méfiance au sein de la famille, mon mari m'a divorcée parce que j'ai un bassin rétréci, il disait qu'il souhaite avoir 7enfants et moi je ne suis qu'à 2 qui étaient tous nés par césarienne* » (Madame O., 23 ans ,2 enfants vivants, 3 avortements).

Une de nos enquêtée (5% des cas) avait fait allusion à des raisons matrimoniales.

« *Je suis la première femme. C'est à cause de mes accouchements par césarienne que mon mari a épousé une deuxième femme. Il prétend dire qu'il me sent incapable de mener certaines activités, et moi-même je me sens malade pour avoir bénéficié d'une césarienne* » (Madame M., 29 ans, 4 enfants vivants).

Subir la césarienne par la décision des soignants

Nous avons enregistré 65% des cas de femmes qui ont souligné qu'elles se sont simplement fiées à la décision des soignants. Elles perçoivent les professionnels comme des personnes investies de la légitimité médicale pour décider la conduite à tenir.

Les extraits d'entretien suivants illustrent le manque d'alternatives pour les femmes qui s'en tiennent alors à la décision des soignants.

« *On ne m'a jamais parlé de césarienne dans ma vie, c'est le jour de mon accouchement que la sage-femme dit que l'accouchement se fera par césarienne*

car l'enfant souffre ; sincèrement j'avais peur mais le choix revenait à l'opérateur pour sauver mon bébé et moi » (Madame C., 22 ans 3 enfants vivants)

Ce choix n'intervient généralement que quand la femme ne peut plus faire autrement.

« J'ai eu 9 enfants accouchés par la voie basse au village. C'est quand je suis venu en ville que j'ai bénéficié une césarienne car le médecin m'a dit que le fœtus est en position transversale. Après la césarienne j'ai eu l'occasion de demander si la césarienne est faite par ordre d'enfant. C'est ici en ville sinon au village mon enfant allait sorti sans problème » (Madame C., 37ans).

L'expérience de la césarienne est plutôt vécue positivement, soit 64% des cas.

« Je voulais que mon accouchement soit par voie basse mais après plusieurs tentatives au village qui fut soldé par des mort-nés frais je suis venue en ville au cours d'une grossesse et le médecin m'a dit pour sauver cet enfant. Il faut faire la césarienne pour problème de bassin, j'avais peur. Aujourd'hui tout va bien pour moi et le bébé » (Madame w., 28 ans, 3 décès)

La légitimation médicale et sociale de la césarienne

Toutes les femmes interrogées ont noté que la césarienne était une bonne chose se basant sur le fait que c'était un moyen d'assurer le sauvetage maternel et fœtal.

« C'est après la myomectomie (Kourou bo) que j'ai contracté une grossesse à l'âge de 41ans, le jour de la naissance du petit, l'opérateur fut pour moi un Dieu » (Madame k., 1 enfant vivant, 4 avortements)

« On dit chez nous au village vaut mieux perde l'eau que le canari, j'ai eu à faire un hématome retro placentaire qui fut soldé par une césarienne mais Aujourd'hui je remercie l'opérateur de m'avoir sauvé la vie » (Mme B., 19 ans, 1 enfant vivant)

« J'ai accouché par césarienne parce que mon bassin est immature » (Madame R., 16 Ans ,1 enfant vivant)

Plus de la moitié des femmes interrogées, soit 80% des cas lors de cette enquête étaient favorables à la césarienne. Certaines d'entre elles ont trouvé que c'est rassurant, soit 20%.

« Je suis sage-femme âgée de 32ans avec 4enfants vivants 1 avorté. J'ai été opérée pour SFA et je préfère la voie basse qui est rassurante » (personnel de soins).

Parmi les femmes interrogées soit 40% des cas, certaines ont justifié leur préférence pour la césarienne par des raisons liées à la sexualité après accouchement.

« J'ai toujours aimé accoucher par césarienne parce que je crois que les relations sexuelles sont bien conservées et le risque de prolapsus génital est minimise » (Madame N.,3 enfants vivants, 1 décédé)

Une pratique qui montre les limites de la médecine

En plus d'être un moyen de sauvetage, certaines participantes (8/20), soit 40% ont souligné que la césarienne confronte la science médicale à ses propres limites comme le souligne l'extrait ci – après :

« La césarienne c'est accouché autre que par voie basse, j'ai 4 enfants vivants 3 décédés le dernier fut la césarienne, à mon avis la césarienne c'est l'incapacité du personnel de faire accoucher par voie basse » (Madame d., 36 ans)

Quelques défis liés au parcours de soins des femmes césarisées

La durée d'hospitalisation a été signalée comme facteur de stress pour la famille et pour la patiente dans 80% des cas :

« Juste après la césarienne de ma sœur, ma mère a fait une crise et le fait que je sois à l'hôpital me rend malade » (Madame B., 20 ans, sans enfant).

D'autres raisons ont été citées notamment les dépenses liées à la césarienne dans 72% des cas ainsi que les raisons sanitaires dans 60% des cas comme le montrent les deux extraits suivants.

« *Après la césarienne les frais des pansements et des transports étaient difficiles* » (Madame SA., 25 ans, 1 enfant vivant). Nos femmes interrogées, soit 80% des cas (17/20) ont noté qu'il existe une différence entre une femme accouchée par césarienne et une femme accouchée par voie basse.

« *J'ai été aidé pour l'accouchement de mon bébé, je suis basketteuse et je continue avec mes activités sportives* » (Madame AD., 20 ans ; 1 enfant vivant).

Madame T., 1 enfant vivant « *la cicatrice sur le ventre empêche mon mari d'investir dans nos relations sexuelles par ce que le nombre d'enfant est limité* »

« *Je n'ai pas d'enfant mais j'ai entendu dire que la césarienne diminue plus de 3 fois la capacité physique* » (19 ans).

Vingt pourcent (4/20) des femmes ont affirmé qu'il existe une différence entre un enfant né par césarien et un enfant né par voie basse.

« *J'aime plus l'enfant né par voie basse que celui né par césarienne, et je ne sais pas pourquoi* ». (Madame K., 25 ans, 4 enfants).

« *On préfère l'hôpital qui est une structure publique où la prise en charge est presque gratuite* » (Madame P., 27 ans, 3 enfants).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

La méthodologie utilisée au cours de notre étude est la prospection qui nous a permis d'avoir les informations auprès des femmes.

L'ensemble des femmes admises dans le service de gynécologie obstétrique en âge de procréer ont été incluses dans notre d'étude.

Au total nous avons collecté des informations auprès de 210 femmes répondant à nos critères. Les 20 premières personnes ont aussi été sélectionnées pour les entretiens semi- directifs en plus des questionnaires quantitatifs. Les limites de notre étude sont celles d'une étude prospective sans dossiers remplis où certaines variables ne figurent pas.

1. Fréquence de la césarienne

Dans notre étude la fréquence de la césarienne a été de 20,57 %. Ce taux est différent à celui de Shukla M et al [15] qui ont rapporté une fréquence de 9,7% de césarienne dans leur étude basée sur l'évaluation des inégalités géographiques et économiques des taux de césariennes entre les districts du Bihar, en Inde en 2019.

Une prévalence de 2,1% de césarienne avait été rapporté par Adewuyi EO et al [16] en 2019 dans son étude basée sur l' accouchement par césarienne au Nigeria. Il a été révélé que les plus riches, les plus instruites, les assurées, les cadres, les résidents urbains et celles qui ont accouchés dans une mission ou des établissements privés avaient comparativement 1,4 à 1,9 fois plus de chances d'accouchement par césarienne [17]. Ce qui indique que l'augmentation des naissances par césarienne n'est pas nécessairement motivée par une seule indication médicale, comme le recommande l'OMS [17].

Dans notre contexte ce taux élevé de la césarienne pourrait s'expliquer d'une par l'augmentation de l'âge maternel moyen, la peur du manque de soutien, le manque de confiance en soi dans la capacité de passer un accouchement vaginal à cela s'ajoute à la présence d'un conflit psychosomatique ou sexuel non résolu et la

gratuité de la césarienne peuvent également jouer un rôle et renforcer la décision d'opter pour une césarienne.

2. Profils sociodémographiques et clinique des femmes

Dans cette étude la tranche d'âge de 20 à 34 ans a été la plus représentée avec une fréquence de **60,7 %**. La fréquence élevée de cette tranche âge pourrait s'expliquer par le fait qu'elle constitue la période la plus active sexuellement.

Notre résultat est supérieur de celui de Woon YH et al [18] qui ont trouvé que **56,3%** des répondantes dans leur étude étaient âgées de 31 à 40 ans suivi de 20 à 30 ans avec 35,6% des cas. Torloni MR et al [19] ont noté une préférence plus élevée de césarienne chez les femmes plus jeunes (près de 35% des moins de 25 ans) que celles plus âgées (moins de 16% des plus de 25ans). Ce qui peut être due à des facteurs tels que la peur de la douleur de l'accouchement par voie basse, le manque d'expérience de l'accouchement.

- **Niveau d'instruction**

Dans notre étude **35,5%** ne sont pas instruites et **39,3%** ont un niveau primaire les femmes instruites niveau secondaire ont plus préféré accoucher par césarienne. Le faible niveau d'instruction est un facteur associé à la préférence de la césarienne dans l'étude de Torloni MR et al [19] en Italie. L'instruction est un élément important dans la prise de décision concernant la prise en charge des patientes. Plus les femmes sont instruites plus elles ont connaissance de leur droit dans la prise de décision des conduites thérapeutiques leur concernant.

- **Parité**

Dans notre étude les nullipares ont été les plus représentés avec un taux de **47,4%**. Ce résultat est contraire à celui de Woon YH et al [18] qui avaient trouvé la multiparité dans **57,5%** des cas. Selon une étude Italienne la nulliparité est associée à la préférence de la césarienne. Par contre selon la littérature plus de femmes multipares ont déclaré préférer la césarienne par rapport aux nullipares (p

< 0,01) [21]. De même que Woon YH et al [18] qui ont rapporté une prédominance des femmes multipares. Dans une méta-analyse Mazzoni A et al [22] ont observé une préférence plus élevée de césarienne chez les femmes multipares que les nullipares

- **Antécédents**

Dans notre série **28,5%** des femmes ont un antécédent de césarienne. Ce taux est supérieur à celui de Woon YH et al [18] qui ont rapporté l'antécédent de césarienne chez **21,8 %** des femmes dans leur étude sur la perception des femmes concernant la césarienne mais inférieur à celui de Torloni MR et al [19] en Italie qui ont trouvé 40% des femmes ayant des antécédents de césarienne. Une préférence plus élevée a été observée par Mazzoni A et al [22] dans une méta-analyse sur la préférence des femmes pour la césarienne. Le risque de rupture utérine est très élevé au cours d'un accouchement par voie basse chez les femmes déjà césarisées, il est donc important de choisir la césarienne comme voie d'accouchement pour minimiser les risques de complications.

3. Perception des femmes sur la césarienne

- **Avantage de la césarienne**

Parmi les femmes interrogées, l'avantage de la césarienne a été l'évitement de la souffrance fœtale, soit 47,6% suivi de l'accouchement sans douleur dans 37,6% des cas. Stoll KH et al [23] ont rapporté une proportion de 77,8% des cas de l'accouchement sans douleur, maintenir l'intégrité vaginale dans 62,5% des cas et la capacité à planifier l'heure de la naissance dans 26,3% des cas dans leur étude portant sur la préférence pour la césarienne chez les jeunes femmes nulligravides dans huit pays de l'OCDE (Australie, Canada, Chili, Angleterre, Allemagne, Islande, Nouvelle-Zélande, États-Unis) en 2015. Selon plusieurs études, une césarienne médicalement indiquée, réduit la mortalité et la morbidité maternelles/néonatales, y compris les complications de l'accouchement telles que

la fistule obstétricale mais lorsqu'elle est non médicalement indiquée n'a pas d'avantages supplémentaires associés pour les mères et les nouveau-nés, plutôt que toute intervention chirurgicale, elle comporte des risques pour la santé à court et/ou à long terme [2]

- **Inconvénients de la césarienne**

La dépendance sociale a été signalée dans 65% suivi de la douleur post césarienne dans 25,2% des cas. De nombreuses études ont décrit les coûts directs et indirects associés aux procédures de césarienne comme des obstacles potentiels à l'accès. Des études en Iran et au Burkina Faso ont rapporté les implications économiques des coûts directs d'une césarienne qui pourraient être assez importants pour la famille [24]. Des études menées dans d'autres pays ont fait état de préoccupations concernant les coûts indirects. Celles-ci étaient principalement liées à l'incapacité des femmes à travailler après une césarienne, ce qui entraînait une situation économique difficile et une perte d'autonomie [25]. Selon la littérature l'incapacité à s'acquitter des rôles et des responsabilités familiales des femmes a également été identifiée comme des inconvénients majeurs de la césarienne [26]. La perturbation de la vie familiale causée par une période de récupération plus longue après une césarienne était de considération majeure, tout comme le besoin d'aide des membres de la famille et les difficultés de la garde des enfants.

4. Déterminants de l'acceptation de la césarienne

Dans notre étude 15,2% des femmes ont une préférence de la césarienne. Ce taux de préférence est comparable à celui de Mazzoni et al. [22] qui ont mené une revue systématique et une méta-analyse de 38 études observationnelles en Amérique latine et du Nord, en Europe, en Asie et en Afrique en 2011, et ont rapporté une préférence globale des femmes pour la césarienne de 15,6 % (IC à 95 % de 12,5 % à 18,9 %). De plus, Mazzoni et al [22] Inclut les préférences regroupées stratifiées

pour les femmes multipares (17,5 %, IC à 95 % de 13,4 % à 21,8 %) et les femmes ayant déjà eu une césarienne (29,4 %, IC à 95 % de 24,4 % à 34,8 %).

Deux études transversales ont rapporté que 48,7 % et 44,6 % des femmes préféraient la césarienne lorsqu'elles avaient des visites prénatales pour la grossesse en cours [27]. Dans l'étude de Long Q [28], 10% des femmes ont déclaré une préférence pour la césarienne en fin de grossesse, cette préférence est passée à 28 % après l'accouchement. Wang L et al [29] ont trouvé une préférence de la césarienne chez 15,09% des femmes.

La composante qualitative de cette étude a porté sur les raisons de préférence et de refus de la césarienne. Parmi les femmes ayant opté pour la césarienne comme voie d'accouchement, l'envie d'avoir un enfant en bonne santé était la principale raison, (40%) suivie de la crainte du travail d'accouchement (65%).

La peur de la douleur est une dimension importante dans l'accouchement par voie basse, avec d'autres facteurs tels que la fatigue, le manque de soutien, les facteurs de stress quotidiens et l'anxiété maternelle [30]. La peur de la douleur est une raison courante pour demander une césarienne, en particulier chez les nullipares et les femmes plus jeunes [31] [32]. La crainte de la mort de l'enfant ou de la maman (5,0%) était la raison évoquée par 5% des femmes.

Dans l'étude de Torloni MR et al. [19] 64 % des femmes qui préféraient une césarienne étaient tout à fait d'accord pour dire que cette voie d'accouchement était plus sûre pour la mère et qu'elle causait moins de souffrance au bébé. Environ 40 % ont convenu qu'elles préféraient une césarienne parce qu'elle permettait un retour plus rapide à l'activité sexuelle,

5. Déterminants de refus de la césarienne

La crainte d'une dépendance sociale a été la principale raison de refus de la césarienne citée par les femmes interrogées, soit 43% des cas. Ce taux élevé de refus de la césarienne pourrait s'expliquer par les croyances socioculturelles

autour de la valeur de la procédure, un séjour plus long à l'hôpital, un manque de confiance quant à la sécurité des césariennes et la peur de la mort, aux préoccupations concernant les complications, ceux-ci concourent à la perception négative de la césarienne comme mode d'accouchement anormal.

CONCLUSION

CONCLUSION

A l'issue de cette étude il ressort que la césarienne était fréquente. La majorité de femmes enquêtées avait un niveau d'instruction primaire. Certaines de ces femmes avaient un antécédent de césarienne.

Toutes les femmes enquêtées avaient déjà entendu parler de la césarienne. La majorité des femmes ont signalé l'éviction de la souffrance fœtale comme un des avantages de la césarienne et la dépendance sociale comme inconvénient de la césarienne. L'accouchement par voie basse a été noté comme la voie préférentielle. Parmi les femmes césarisées, la plupart a déclaré la césarienne étant comme une mauvaise chose. La composante qualitative nous a permis d'avoir une connaissance plus approfondie des choix des femmes et des attitudes et pratiques dans ce domaine. Nous avons compris que l'approche quantitative à elle seule ne suffit pas pour expliquer les raisons d'agir des acteurs sociaux. Pour étudier les pratiques, il est opportun d'adopter une approche mixte

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

À la fin de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités socio-sanitaires :

- Mettre en place un programme de sensibilisation des femmes sur toutes les questions de la césarienne ;
- Assurer la formation et la répartition harmonieuse des spécialistes en gynécologie

Obstétrique et des sages-femmes.

- Amélioration du plateau technique du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako pour donner à la césarienne tout son entrain.
- Le renforcement et la formation continue du personnel sanitaire de la maternité du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako et celui des CSCOM de son aire de santé en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Aux personnels de santé :

- Expliquer les avantages et les inconvénients des voies d'accouchements aux femmes.
- Prendre en considération le pronostic materno-fœtal dans la prise de décision de la voie d'accouchement.
- La promotion d'un suivi prénatal de qualité afin de dépister précocement les facteurs de risque.
- Promouvoir la consultation pré anesthésique chez toutes les femmes enceintes au 3^{ème} trimestre de la grossesse.

Aux populations :

- Faire régulièrement les consultations prénatales durant la période de la grossesse ;

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

1. Emily B., Atuheire D. N. O., Kadobera D., Ario A. R., Matovu J. K. B., Harris J. Lilian bulage, blandina nakiganda, nazarius mbona tumwesigye, bao-ping zhu & frank kaharuza spatial and temporal trends of cesarean deliveries in Uganda: 2012-2016. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019;19(132).
2. Camille Bras. Regards sur la césarienne : témoignages de femmes originaires d'Afrique subsaharienne. *Gynécologie et obstétrique*. 2011.ffdumas-00651482f.
3. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990 -2014. *PloS One*. 2016;11(2):e0148343.
4. M Abdourahamane B étude de la césarienne au centre de santé de référence de kita. Faculté de médecine, [Thèse de Médecine], Bamako 2009 ; N°400, 108p.
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27, Suisse 2014.
6. Melchior J, Bernard N, Raoul A I. Évolution des indications de césariennes mises à jour en gynécologie et obstétrique. Vigot, Paris 1988, 319- 337.
7. Barrat. Histoire de la césarienne : son implication dans la conduite obstétricale actuelle. *Rev Fr Gynecol obstét* 1988 ; 83 :225-30.
8. Kamina P. Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine : Paris, 1996: p383-399.
9. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6ème éd ; Masson : Paris, n 2004 ; 137-419.
10. Stark M. Technique de césarienne: la méthode Misgav Ladach. In: Pop King D.R. Peddle L. J. *Women health to day. Perspectives on cure research and clinical practice* 1994 ; 81-85.
11. Koné A. facteurs de risque des complications maternelles post-césariennes à l'hôpital Gabriel Touré et au Point G. USTTB. [Thèse de médecine] , Bamako 2004 ; N° 67 : 84-43.
12. Liabsuetrakul T.P. Lunbigana, V. chongsuvivatwarg, Boonsom and P.Wannaro. État actuel de l'utilisation prophylactique de l'agent

- antimicrobien pour la césarienne en Thaïlande. *J.Obstet. Gynecol* octobre 2002 ; n°5 : 262-268.
13. Stringer J, Reveillez D, J. Goldberg R.L. livraison césarienne prophylactique pour la prévention de transmission du virus de l'immunodéficience humaine prénatale : les cas pour retenu. *J. EST Med Assoc* 1999; n° 281: 1946-1949.
 14. KAMINA P. Anatomie gynécologique et obstétricale Maloine Paris 1984 :p 513.
 15. Shukla M, Mohan M, van Duinen A, Gadgil A, Bakker J, Bhushan P, et al. Assessing geographical and economic inequalities in caesarean section rates between the districts of Bihar, India: a secondary analysis of the National Family Health Survey. *BMJ Open*. 5 janv 2022;12(1):e055326.
 16. Adewuyi EO, Auta A, Khanal V, Tapshak SJ, Zhao Y. Cesarean delivery in Nigeria: prevalence and associated factors—a population-based cross-sectional study. *BMJ Open*. 17 juin 2019;9(6):e027273.
 17. Ochieng Arunda M, Agardh A, Asamoah BO. Cesarean delivery and associated socioeconomic factors and neonatal survival outcome in Kenya and Tanzania: analysis of national survey data. *Glob Health Action*. 13(1):1748403.
 18. Woon YH, Suhaini SA. Survey dataset of women perception on caesarean section. *Data Brief*. avr 2021;35:106501.
 19. Torloni MR, Betrán AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A, et al. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 26 mars 2013;13:78.
 20. Xie J, Covassin N, Fan Z, Singh P, Gao W, Li G, et al. Association Between Hypoxemia and Mortality in Patients With COVID-19. *Mayo Clin Proc*. juin 2020;95(6):1138-47.
 21. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Bjog*. mars 2011;118(4):391-9.
 22. Stoll KH, Hauck YL, Downe S, Payne D, Hall WA. Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education. *Reprod Health*. 12 sept 2017;14:116-120.

23. 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. *Médecine d'Afrique Noire*, 1998, 45(6) : 359-364.
24. Husby AE, van Duinen AJ, Aune I. Caesarean birth experiences. A qualitative study from Sierra Leone. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives*. oct 2019;21:87-94.
25. Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, et al. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. *Reprod Health* 2013 Jan 14;10(1):2. doi: 10.1186/1742-4755-10-2.
26. Yan MQ, Wang J, Liu YN, Wang J. Survey of willingness of choice of delivery way in re-pregnancy women after cesarean section. *Chin Nurs Res*. 2018;32(4):640-2.
27. Long Q, Kingdon C, Yang F, Renecke MD, Jahanfar S, Bohren MA, et al. Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in China: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 16 oct 2018;15(10):e1002672.
28. Wang L, Xu X, Baker P, Tong C, Zhang L, Qi H, et al. Patterns and Associated Factors of Caesarean Delivery Intention among Expectant Mothers in China: Implications from the Implementation of China's New National Two-Child Policy. *Int J Environ Res Public Health*. juill 2016;13(7):686-690.
29. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. oct 2009;38(5):567-76.
30. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. mars 2003;82(3):201-8.
31. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(7):807-13.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Q1= Age :

a-âge ≤19ans b-âge entre : 20 à 34ans c -âge > 35 ans

Q2= Résidence :

a- Sans fil b- Bozola c Zone industrielle d- Bagadadji e- Hippodrome f- Missira
g -Niarela h- Ngolonina i- autres communes j -Hors Bamako

Q3= Profession /..... /

a- femme au foyer b- coiffeuse c- couturière d- Elève d- Etudiante e-
commerçante f-teinturière g- personnels de soins h-Autres

Q4= Ethnie : a-Bambara b-Soninké c-Minianka d -dogon e-peuhl f-senoufo g-
bozo h-kakolo i- Bowa j – sonrhaï k- Autres

Q 5=Religion /...../

a -Islam b-animisme c-christianisme d-athée

Q6= Niveau d'instruction/...../

a- Non scolarisée b- Primaire c-Secondaire d- Supérieur

Q7= Statut Matrimonial/...../ a- Mariée b- célibataire

ATCD Médicaux /..... /

a-HTA b- Drépanocytose c- Diabète

d- asthme e-VIH f- hépatite g- Autres à préciser h-Aucun

Q8=chirurgicaux a-césarienne b-Salpingectomie c-Myomectomie

d- appendicectomie e- kystectomie f-aucun

ATCD obstétricaux :

a-nulligeste b-primigeste c-paucigeste d- multigeste e-grande multigeste

Q9 a-nullipare b-primipare c-paucipare d-multipare e- grande multipare

Q10- Nombre d'enfants vivants

A-(1 à 2) b- (2 à 3) c-(3 à 4) d- (5 à 6) e- (7et plus) f- (0)

Q-11 Nombre d'enfants décédés

a-(1 à 2) b-(3 à 4)

Q12-Nombre d'avortement

a-(1 à 2) b-(3 et plus)

Q13 -Avez-vous déjà entendu parler de la césarienne /...../

a- oui b - non

Q14=par quel moyen l'avez-vous fait connaissance /...../

a - Médias b- entourage c - agent de sante d - l'école

e plusieurs sources

Q15= selon vous que peut être le but de la césarienne /...../

a - sauvetage maternel b - sauvetage du fœtus c - sauvetage maternel et fœtal

Q16- Quelles sont les avantages de la césarienne selon vous ? /...../

a - évite la souffrance fœtale b - conserve la sexualité c- accouchement sans douleur d - connaissance de la date d'accouchement

Q17- Pour vous que peut être l'inconvénient de la césarienne ? /...../

a - dépendance sociale b- risque d'une autre césarienne c - cicatrice sur le ventre d - douleur post césarienne e - limite le nombre de grossesse

Q18 -Que peut être les complications de la césarienne selon vous ? /...../

a -infections b - hémorragie c -- décès maternel - d décès du nouveau ne

Q19- Avez-vous une préférence de la voie d'accouchement ? voie basse ou césarienne

Pourquoi la césarienne ; /...../ a- crainte du travail d'accouchement b- avoir un enfant en bonne santé c-craindre la mort d -pas de décision e-choix du mari

f-autres

Q19= pourquoi voie basse : /...../ a-craindre la mort b-crainte des complications c-crainte de la douleur post opératoire d -crainte d'une dépendance sociale

e- crainte de la cicatrice f- cout économique g -raisons culturelles h-autres

Quelle(s) information(s) avez-vous eu sur la césarienne au tour de vous:/...../

a -sauvetage maternel et néonatal b -acte traumatisant c – limite de l'accoucheur

Q20 -Ya-il des raisons particulières qui justifient qu'une femme doit faire la césarienne ? quelles sont ces raisons ? /...../

a - souffrance fœtale b - problème de bassin c - hypertension au cours de la grossesse

Q21-Condition césarienne/...../

a- programmée b- urgence

AVIS APRES LA CESARIENNE :/...../

a- bonne chose b-mauvaise chose

Q 21= si bonne chose pourquoi /...../ a- sauvetage maternel b -sauvetage néonatal c-autres

c-sauvetage maternel et fœtal

Q 22= si non pourquoi /...../ a- limitation du nombre d'accouchement

b- risque d'une autre césarienne c -risque des complications d-refus du mari

e-autres

Guide d'entretien semi directif

Niveau d'instruction :

Non scolarise

Scolarise : primaire, secondaire, supérieur

Représentation de la perception de la césarienne :

Définition et idée sur la pratique

1. qu'est-ce que c'est que la césarienne ? qui vous l'a expliquée ?

Aviez-vous une préférence de la voie d'accouchement ? voie basse ou césarienne ? pourquoi ?

Avez-vous déjà eu des expériences médicales antérieures ?

Selon vous, qui doit décider de la césarienne ?

Comment réagirait votre entourage à l'annonce d'une césarienne ?

2. Avez-vous déjà pratiqué une césarienne ? dans quelles circonstances l'avez-vous pratiqué ? qui vous l'a expliqué ? Pendant vos consultations a-t-on abordé le sujet de la césarienne ? Un accouchement par césarienne est-il plus douloureux qu'un accouchement par voie basse ? plus sûr qu'un accouchement par voie basse ? pour vous ? pour le bébé ?

Avez-vous compris l'indication de la césarienne ?

3. qu'est-ce que cela vous a-t-il fait ?

La césarienne bonne ou mauvaise ?

4. selon vous est-ce que la césarienne était nécessaire dans votre cas ? pourquoi ?

5. Ya-il des raisons particulières qui justifient qu'une femme doit faire la césarienne ? quelles sont ces raisons ?

Avantages et inconvénients de la césarienne

6. Quelles peuvent être les avantages selon vous ? (Esthétique, relation avec le conjoint, avec les coépouses, etc.) ?

7. quelles sont les inconvénients de la césarienne selon vous ? les conséquences à court terme ? les conséquences à moyen terme ?

Césarienne et différenciation sociale

8 : y a-t-il une différence entre une femme qui accouche par césarienne et une femme qui accouche par voie basse ? Laquelle ?

9. Il Y a-t-il une différence entre un enfant né par césarienne et un enfant né par voie basse ?

Relation avec les soignants

10. Ou avez-vous pratiqué la césarienne ? (Centre de santé public, clinique, confessionnel etc.)

Pourquoi avez-vous choisi ce lieu ?

11. pouvez-vous me dire ce qui s'est passé durant votre hospitalisation notamment vos relations avec l'administration, les soignants

Fiche signalétique

Nom : Alassane

Prénom : POUDIOUGOU

Email :

Pays : Mali

Titre : Perception de la césarienne par les femmes en âge de procréer au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique ; Santé publique.

Résumé :

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

But : Étudier les perceptions de la césarienne par les femmes en âge de procréer au Centre de Santé de Référence de la Commune II

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale descriptive avec collecte prospective des données portant sur les perceptions de la césarienne par les femmes en âge de procréer au centre de santé de référence de la commune II. Au total nous avons enquêté 210 femmes. Ont été incluses dans cette étude toutes les femmes en âge de procréer admises dans le service de gynécologie obstétrique pendant la période d'étude et qui ont accepté de participer à cette étude. Note étude s'est déroulée du 1^{er} juin au 31 décembre 2021.

Résultats : Nous avons réalisé 359 césariennes sur un total de 1745 accouchements soit une fréquence de 20,57 %. L'âge moyen des femmes enquêtées était de $25,8 \pm 5$ ans avec les extrêmes de 16 et 42 ans. Plus du 1/3 des femmes n'étaient pas scolarisées soit 35,5%. Les mariées ont représenté 61% des

cas. Les nullipares étaient les plus représentées avec 47,4% des cas. Toutes les femmes avaient déjà entendu parler de la césarienne et leur entourage était la principale source d'information soit 47,6% suivi de l'école dans 42,8% des cas. Dans 47,6% l'évitement de la souffrance fœtale était évoqué comme l'avantage de la césarienne et la dépendance sociale comme Inconvénients de la césarienne dans 65%. L'infection a été évoquée dans 78,10% suivi de décès maternel dans 9,52% des cas comme complication de la césarienne. La majorité des femmes enquêtées préférait l'accouchement par la voie basse avec un taux de 84 ,8% des cas.

Après la césarienne 76,3% ont noté que la césarienne était une mauvaise chose et comme raisons d'acceptabilité de la césarienne 81,67% des femmes voulaient avoir un enfant en bonne santé.

Conclusion : Toutes les femmes enquêtées avaient déjà entendu parler de la césarienne. La majorité des femmes ont signalé l'éviction de la souffrance fœtale comme un des avantages de la césarienne et la dépendance sociale comme inconvénient de la césarienne.

Mots clés : Césarienne, perception, Procréation, Mali.

Summary:

Introduction: Caesarean section is an intervention allowing the extraction of the fetus and its appendages after surgical opening of the uterus by trans-abdominal route rarely by vaginal route.

Purpose: To study perceptions of cesarean section by women of childbearing age at the commune II health center.

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study with prospective data collection on the perception of cesarean section by women of childbearing age at the commune III referral health center. A total of 210 women were surveyed. All women of childbearing age admitted to the obstetrics and gynecology department during the study period who agreed to participate in the study were included. Our study ran from June 1 to December 31, 2021.

Results: We performed 359 cesarean sections out of a total of 1745 deliveries, i.e., a frequency of 20.57%. The average age of the women surveyed was 25.8 ± 5 years with extremes of 16 and 42 years. More than 1/3 of the women had no schooling (35.5%). Married women represented 61% of the cases. Nulliparous women were the most represented with 47.4% of cases. All women had heard of cesarean section and their family and friends were the main source of information (47.6%), followed by the school (42.8%). In 47.6% of the cases, the avoidance of fetal suffering was mentioned as an advantage of cesarean section, and social dependence was mentioned as a disadvantage of cesarean section in 65%. Infection was mentioned in 78.10% followed by maternal death in 9.52% of cases as a complication of cesarean section. The majority of women surveyed preferred vaginal delivery with a rate of 84.8% of cases.

After the cesarean section 76.3% noted that the cesarean section was a bad thing and as reasons for the acceptability of the cesarean section 81.67% of the women wanted to have a healthy child.

Conclusion: All women surveyed had heard of cesarean section. The majority of women reported avoidance of fetal suffering as an advantage of cesarean section and social dependence as a disadvantage of cesarean section.

Key words: Caesarean section, women's perception, Mali.

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 confrères si j'y manque.

Je le jure