

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DU MALI

Direction Nationale de l'Enseignement Supérieur

\*\*\*\*\*

Année : 2000-2001

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE- UN BUT- UNE FOI

N° .53.....

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**TITRE**

**L'OPERATION CESARIENNE A LA  
MATERNITE LAGUNE DE COTONOU**

**ETUDE RETROSPECTIVE DE 1995 A 1999 ET  
PROSPECTIVE D'AVRIL A JUN 2000 A PROPOS DE 5702 CAS**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le .....  
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

**PAR**

**Annie Sèlomè FAGNISSE**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)

**JURY**

**Président :**

Pr Mamadou Marouf KEITA

**Membres :**

Pr Gangaly DIALLO

Dr Mamadou TRAORE

**Codirecteur de thèse :**

Pr René Xavier PERRIN

**Directeur de thèse :**

Pr Amadou Ingré DOLO

# SOMMAIRE

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| I- INTRODUCTION                                                | 1   |
| II- GENERALITES                                                | 5   |
| 1- Rappel anatomique                                           | 6   |
| 2- La césarienne                                               | 10  |
| 3- Prise en charge des soins au Bénin : «Initiative de Bamako» | 24  |
| III- CADRE ET METHODES D'ETUDE                                 | 26  |
| 1- Cadre de l'étude                                            | 27  |
| 2- Méthodes d'étude                                            | 30  |
| 3- Coût de la césarienne à la maternité Lagune                 | 34  |
| IV- RESULTATS                                                  | 36  |
| ETUDE RETROSPECTIVE                                            | 37  |
| ETUDE PROSPECTIVE                                              | 54  |
| V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS                                 | 72  |
| VI- CONCLUSION ET SUGGESTIONS                                  | 87  |
| CONCLUSION                                                     | 88  |
| SUGGESTIONS                                                    | 90  |
| REFERENCES                                                     | 92  |
| ANNEXES                                                        | 104 |

☞ A tous mes camarades de front et mes camarades de promotion.

Je vous souhaite une heureuse carrière

☞ A la famille GBOVIDEMLAN

Affection profonde.

☞ Aux familles FRUCTUEUX et YATTASSAYE

Profonde gratitude.

☞ A BEHZANZIN Godefroy E.

Pour toutes tes attentions et ton soutien infailible .

Sentiments sincères.

☞ A Mr William CREPPY

Tu m'as beaucoup encouragé et aidé pour la bonne réalisation de ce travail.

Sincères remerciements.

☞ A Monsieur KIKI - HOUZE Joseph

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

☞ A tous les médecins et sages femmes de la maternité lagune de Cotonou.

Vous avez approfondi mes connaissances en médecine, surtout en gynécologie obstétrique.

Toutes mes considérations.

☞ A tout le personnel de la maternité lagune de Cotonou

Votre disponibilité et votre collaboration ont permis la réalisation de ce travail.

Sincères remerciements.

☞ A Dieu, le tout Puissant, le Miséricordieux.

Tu as voulu, faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Que ta volonté soit faite.  
Amen.

☞ A l'Afrique toute entière.

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

☞ A mon pays natal , le BENIN.

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

Profonde gratitude.

☞ A mon pays hôte, le MALI.

Pays de paix et d'hospitalité, l'humanisme de ton peuple fait de toi une terre d'accueil de référence. Tu m'as donné un savoir incommensurable.

Remerciements infinis.

☞ A la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du MALI.

Plus qu'une faculté d'études médicales tu as été pour nous une école de formation pour la vie.

Profonde gratitude. Nous ferons partout ta fierté.

☞ A toutes les femmes césarisées et à tous les enfants issus d'un accouchement par césarienne.

Heureuse et longue vie.

☞ A toute la famille FAGNISSE.

Pour votre soutien sans faille.

Que ce travail fasse votre fierté.

**☞ A notre maître et président du Jury :**

Professeur Abdel Karim KOUmare, Professeur de chirurgie viscérale et

d'anatomie, chef de service de chirurgie B à l'Hôpital National du Point G.

Vous faites un grand honneur en acceptant de présider ce Jury malgré vos multiples occupations. Vous nous avez donné un enseignement de qualité à travers vos cours d'anatomie qui constituent la base de notre formation. Votre rigueur scientifique et vos qualités humaines forcent notre admiration

Recevez ici l'expression de nos hommages respectueux.

**☞ A notre maître et juge :**

Professeur Mamadou Marouf KEITA, agrégé de pédiatrie chef service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE, président de l'association malienne de pédiatrie, président de l'association des pédiatres de l'Afrique francophone.

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury. Vos qualités intellectuelles et vos capacités pédagogiques font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Veuillez accepter cher maître toute notre reconnaissance.

**☞ A notre maître et juge :**

Docteur Mamadou TRAORE, assistant chef de clinique de gynécologie obstétrique à la FMPOS, gynécologue obstétricien à l'Hôpital National du Point G.

Nous avons pu bénéficier de votre enseignement de qualité lors de vos cours de gynécologie obstétrique. Votre abord facile, votre disponibilité, votre simplicité nous ont toujours séduit. Nous sommes très fiers d'être votre élève.

Merci d'accepter de juger ce travail.

**☞ A notre maître et codirecteur de thèse :**  
Professeur René-Xavier FERRIN, professeur titulaire de gynécologie- obstétrique, médecin chef de la maternité Lagune de Cotonou.  
Vous avez accepté de codiriger ce travail, malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre calme, votre simplicité, votre esprit de synthèse et votre sollicitude nous fascinent. Nous espérons être dignes de votre encadrement.  
Sincère reconnaissance et profonde admiration.

**☞ A notre maître et directeur de thèse :**  
Professeur Amadou Ingré DOLO, agrégé de gynécologie obstétrique , chef du service de gynécologie- obstétrique de l'HNPG, président fondateur de la SOMAGO.  
Vous nous avez fait aimer la gynécologie obstétrique. La formation que nous avons reçue de vous est une illustration parfaite de votre compétence d'enseignant et d'encadreur dévoué pour la culture de l'excellence.  
Cher maître, la rigueur, le sérieux, l'intégrité, la compréhension, le sens social élevé sont des vertus rares que vous incarnez et qui font de vous une personnalité admirable.  
Recevez nos hommages et notre profonde gratitude.

✉ A Monsieur OUATTARA Adama et Madame OUATTARA Aïssata.

Vous êtes pour moi comme un père et une mère. Votre amour, votre gentillesse et votre soutien ne m'ont jamais fait défaut. Vous m'avez donné une vraie famille. Recevez ici l'expression de ma gratitude.

✉ A Aminata, Fatou, Bintou, Khadidia, Moussa et Cheick OUATTARA.

Puisse le tout Puissant vous accorder beaucoup de bonheur et renforcer les liens fraternels qui nous unissent.  
Soyez assurés de mon affection.

✉ A mes oncles et Tantes

Recevez à travers ce travail l'expression de mon attachement filial.

✉ A mes cousins et cousines.

✉ A Mes amis d'enfance KIKI-HOUEZE Colette, ODJO Aubierge et ALE Georges.

Vous m'avez entouré d'une amitié sincère.

✉ A Fatoumata Coulibaly, Saran Touré et Fatoumata Dicko.

Plus que des amies vous êtes des sœurs. Nous avons partagé tant de moments de joie et de peine.

Ce travail est le fruit de notre acharnement quotidien.

✉ A mes compagnons de galère : Rébecca KOKODE, Lebon ASSOGBA et Georges GOUDOTE.

Les sacrifices valaient bien la peine. Heureuse carrière et bonne chance.

✉ A mes aînés Nadin, Gilles, Black et Alhouss.

Pour tout ce que vous avez fait pour moi.

✉ A tous les étudiants béninois au Mali (anciens et actuels).

Je n'oublierai jamais les bons moments passés ensemble.

Trouvez en ce travail l'expression de toute ma sympathie

# **LISTE DES ENSEIGNANTS**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1999 – 2000

**ADMINISTRATION**

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR  
1<sup>er</sup> ASSESSEUR : AROUNA KEITA - MAITRE DE CONFERENCES  
AGREGE  
2<sup>eme</sup> ASSESSEUR : ALHOUSSEYNI AG MOHAMED - MAITRE DE  
CONFERENCES AGREGE  
SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMENGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE  
CONFERENCES AGREGE  
AGENT COMPTABLE : YEHIHA HIMINE MAIGA - CONTROLEUR DE  
TRESOR

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

|                       |                                       |
|-----------------------|---------------------------------------|
| Mr Aliou BA           | Ophtamologie                          |
| Mr Bocar SALL         | Orthopédie Traumatologie - Secourisme |
| Mr Souleymane SANGARE | Pneumo-physiologie                    |
| Mr Yaya FOFANA        | Hématologie                           |
| Mr Mamadou L. TRAORE  | Chirurgie Générale                    |
| Mr Balla COULIBALY    | Pédiatrie                             |
| Mr Mamadou DEMBELE    | Chirurgie Générale                    |
| Mr Mamadou KOUMARE    | Pharmacologie                         |
| Mr Mohamed TOURE      | Pédiatrie                             |
| Mr Ali Nouhoum DIALO  | Médecine Interne                      |
| Mr Aly GUINDO         | Gastro-Entérologie                    |

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEUR**

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Mr Abdel Karim KOUMARE  | Chirurgie Générale       |
| Mr Sambou SOUMARE       | Chirurgie Générale       |
| Mr Abdou Alassane TOURE | Orthopédie Traumatologie |
| Mr Kalilou OUATTARA     | Urologie                 |

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

|                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| Mr Amadou DOLO                  | Gynéco-Obstétrique     |
| Mr Djibril SANGARE              | Chirurgie Générale     |
| Mr Abdel Karder TRAORE Dit DIOP | Chirurgie Générale     |
| Mr Alhousseini Ag MOHAMED       | O.R.L.                 |
| Mr Abdoulaye DIALLO             | Anesthésie-Réanimation |
| Mr Gangaly DIALLO               | Chirurgie Viscérale    |

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| Mme sy Aïssatou SOW | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Salif DIAKITE    | Gynéco-Obstétrique |

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

|                                |                    |
|--------------------------------|--------------------|
| Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Mamadou TRAORE              | Gynéco-Obstétrique |

### **5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE**

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Mr Aboudoulaye DIALLO  | Ophtamologie             |
| Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie             |
| Mr Sékou SIDIBE        | Orthopédie-Traumatologie |
| Mr Aboudoulaye DIALLO  | Anesthésie-Réanimation   |
| Mr Filifing SISSOKO    | Chirurgie Générale       |
| Mr Tiéman COULIBALY    | Orthopédie-Traumatologie |
| Mme TRAORE J. THOMAS   | Ophtamologie             |

Mr Adama SANGARE  
Mr Youssouf COULIB/  
Mr Samba Karim TIME  
Mme Konipo Fanta TOGOLA  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Doulaye SACKO  
Mr Issa DIARRA  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Sadio YENA

Chirurgie générale  
Orthopédie-Traumatologie  
Anesthésie-Réanimation  
ORL  
ORL  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Gynéco-Obstétrique  
Orthopédie-Traumatologie  
Chirurgie Générale

## **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DILLO  
Mr Bréhima KOUMARE  
Mr Siné BAYO  
Mr Gaoussou KANOUTE  
Mr Yéya T. TOURE  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA  
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale  
Bactériologie-Virologie  
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie  
Chimie analytique  
Biologie  
Biologie Chef de D.E.R.  
Chimie Organique  
Parasitologie-Mycologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Yénimégué Albert DEMBELE  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Flabou BOUGOUDOGO

Chimie Analytique  
Immunologie  
Bactériologie-Virologie

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| Mr Massa SANOGO         | Chimie Analytique |
| Mr Bakary M. CISSE      | Biochimie         |
| Mr Abdrahamane S. MAIGA | Parasitologie     |
| Mr Adama DIARRA         | Physiologie       |
| Mr Mamadou KONE         | Physiologie       |

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| Mr Mahamadou CISSE       | Biologie                      |
| Mr Sékou F. M. TRAORE    | Entomologie médicale          |
| Mr Abdoulaye DABO        | Malacologie, Biologie Animale |
| Mr N'yenigue Simon KOITA | Chimie organique              |
| Mr Abdrahamane TOUNKARA  | Biochimie                     |
| Mr Amadou TOURE          | Histoemryologie               |
| Mr Ibrahim I. MAIGA      | Bactériologie-Virologie       |
| Mr Benoît KOUMARE        | Chimie Analytique             |
| Mr Moussa Issa DIARRA    | Biophysique                   |
| Mr Amagana DOLO          | Parasitologie                 |
| Mr Kaourou DOUCOURE      | Biologie                      |

### **5. ASSISTANTS**

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| Mr Mounirou BABY      | Hématologie   |
| Mr Mahamadou A. THERA | Parasitologie |

### **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

|                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne            |
| Mr Mamadou K. TOURE   | Cardiologie                 |
| Mr Mahamane MAIGA     | Néphrologie                 |
| Mr Baba KOUMARE       | Psychiatrie, Chef de D.E.R. |
| Mr Moussa TRAORE      | Neurologie                  |
| Mr Issa TRAORE        | Radiologie                  |
| Mr Mamadou M. KEITA   | Pédiatrie                   |

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Mr Toumani SIDIBE  | Pédiatrie          |
| Mr Bah KEITA       | Pneumo-Physiologie |
| Mr Boubacar DIALLO | Cardiologie        |
| Mr Dapa Aly DIALLO | Hématologie        |
| Mr Somita KEITA    | Dermato-Leprologie |
| Mr Hamar A. TRAORE | Médecine Interne   |
| Mr Moussa Y. MAIGA | Gastro-entérologie |

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

|                        |                  |
|------------------------|------------------|
| Mr Abdel Karder TRAORE | Médecine Interne |
| Mr Mamadou DEMBELE     | Médecine Interne |
| Mr Mamady KANE         | Radiologie       |

### **4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

|                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| Mr Bou DIAKITE          | Psychiatrie        |
| Mr Bougouzié SANOGO     | Gastro-entérologie |
| Mr Saharé FONGORO       | Néphrologie        |
| Mr Bakoroba COULIBALY   | Psychiatrie        |
| Mme Tatiana KEITA       | Pédiatrie          |
| Mr Kassoum SANOGO       | Cardiologie        |
| Mr Seydou DIAKITE       | Cardiologie        |
| Mme Habibatou DIAWARA   | Dermatologie       |
| Mr Diankiné KAYENTAO    | Pneumo-Physiologie |
| Mme TRAORE Mariam SYLLA | Pédiatrie          |
| Mr Mamadou B. CISSE     | Pédiatrie          |
| Mr Arouna TOGORA        | Psychiatrie        |
| Mme SIDIBE Assa TRAORE  | Endocrinologie     |
| Mr Siaka SIDIBE         | Radiologie         |
| Mr Adama D. KEITA       | Radiologie         |

### **5. ASSISTANTS**

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| Mr Cheik oumar GUINTO | Neurologie |
|-----------------------|------------|

### **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

#### **1. PROFESSEUR**

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
|--------------------------|-------------|

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Mr Arouna KEITA    | Matières Médicales |
| Mr Ousmane DOUMBIA | Pharmacie Chimique |

#### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

|                       |                               |
|-----------------------|-------------------------------|
| Mr Boukassoum HAIDARA | Législation                   |
| Mr Elimane MARIKO     | Pharmacologie, Chef de D.E.R. |

#### **4. MAITRES ASSISTANTS**

|                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| Mr Drissa DIALLO     | Matières Médicales |
| Mr Alou KEITA        | Galénique          |
| Mr Ababacar I. MAIGA | Toxicologie        |
| Mr Yaya KANE         | Galénique          |

## **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEUR**

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, Chef de D.E.R.

### **2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE**

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Yannick JAFFRE Anthropologie  
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique  
Mr Adama DIAWARA Santé Publique  
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique  
Mr Massambou SACKO Santé Publique

## **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| Mr N'Golo DIARRA           | Botanique            |
| Mr Bouba DIARRA            | Bactériologie        |
| Mr Salikou SANOGO          | Physique             |
| Mr Bakary Y. SACKO         | Biochimie            |
| Mr Sidiki DIABATE          | Bibliographie        |
| Mr Boubacar KANTE          | Galénique            |
| Mr Souléyman GUINDO        | Gestion              |
| Mme DEMBELE Sira DIARRA    | Mathématiques        |
| Mr Modibo DIARRA           | Nutrition            |
| Mme MAIGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu    |
| Mr Arouna COULIBALY        | Mathématiques        |
| Mr Mamadou Bocary DIARRA   | Cardiologie          |
| Mr Mahamadou TRAORE        | Génétique            |
| Mr Souleymane COULIBALY    | Psychologie Médicale |

## **ENSEIGNANTS EN MISSION**

|                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| Pr A. E. YAPO     | Biochimie              |
| Pr M. L. SOW      | Médecine Légale        |
| Pr Doudou BA      | Traumatologie          |
| Pr M. BADIANE     | Pharmacie Chimique     |
| Pr Babacar FAYE   | Pharmacodynamie        |
| Pr Eric PICHARD   | Pathologie Infectieuse |
| Pr Mounirou CISSE | Hydrologie             |
| Dr. G. FARNARIER  | Physiologie            |

**DEDICACES**

*Je*

*dédie*

*cette*

*thèse*

☞ A Dieu, le tout Puissant, le Miséricordieux.

Tu as voulu, faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Que ta volonté soit faite.  
Amen.

☞ A l'Afrique toute entière.

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

☞ A mon pays le Bénin.

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

☞ A mon pays hôte, le MALI.

Pays de paix et d'hospitalité, l'humanisme de ton peuple fait de toi une terre d'accueil de référence. Tu m'as donné un savoir incommensurable.  
Remerciements infinis.

☞ A la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du MALI.

Plus qu'une faculté d'études médicales tu as été pour nous une école de formation pour la vie.  
Profonde gratitude. Nous ferons partout ta fierté.

☞ A toutes les femmes césarisées et à tous les enfants issus d'un accouchement par césarienne.

Heureuse et longue vie.

☞ A toute la famille FAGNISSE.

Pour votre soutien sans faille.

Que ce travail fasse votre fierté.

☞ A mon grand père FAGNISSE Gilbert.

Tu m'as choyé, dorloté, conseillé puis soutenu moralement tout au long de mes études.

Puisse Dieu t'accorder longue vie pour jouir de ce travail.

☞ A ma grand-mère feu CAPO-CHICHI Florentine.

Je ne t'ai pas connue mais je sais que tes bénédictions m'ont toujours accompagné.

Paix à ton âme.

☞ A mes grands parents ADJAHOSSOU Togni et ZANOVI Ayaba Irène.

Puisse Dieu vous accorder encore plusieurs années de vie pour jouir pleinement des fruits du travail de votre petite fille.

Affection profonde.

☞ A mon père FAGNISSE Louis.

Tu nous as montré que seul l'ardeur au travail est la clé de la réussite et de la satisfaction. Ta présence à chaque étape de ma vie, ta ferme volonté de me voir réussir et ton grand soutien, font de toi un digne père et sans pareil.

Puisse ce travail faire ta fierté.

☞ A ma mère ADJAHOSSOU Pascaline.

Tu as supporté sans rechigner tous mes caprices. Tu me répétais sans cesse que l'avenir n'est point chose dont on hérite, on le mérite pour l'avoir construit. Voici, le résultat de ta douceur, tes sacrifices, tes sages conseils, tous pétris d'amour.

☞ A mon frère aîné Jules et à mes sœurs Florentine, Nadia, Sandrine et Elvire.

L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Votre soutien ne m'a jamais fait défaut.

Tous mes encouragements.

Ce travail est le vôtre.

☞ A Monsieur OUATTARA Adama et Madame OUATTARA Aïssata.

Vous êtes pour moi comme un père et une mère. Votre amour, votre gentillesse et votre soutien ne m'ont jamais fait défaut. Vous m'avez donné une vraie famille. Recevez ici l'expression de ma gratitude.

☞ A Aminata, Fatou, Bintou, Khadidia, Moussa et Cheick OUATTARA.

Puisse le tout Puissant vous accorder beaucoup de bonheur et renforcer les liens fraternels qui nous unissent.

Soyez assurés de mon affection.

☞ A mes oncles et Tantes

Recevez à travers ce travail l'expression de mon attachement filial.

☞ A mes cousins et cousines.

☞ A Mes amis d'enfance KIKI-HOUEZE Colette, ODJO Aubierge et ALE Georges.

Vous m'avez entouré d'une amitié sincère.

☞ A Fatoumata Coulibaly, Saran Touré et Fatoumata Dicko.

Plus que des amies vous êtes des sœurs. Nous avons partagé tant de moments de joie et de peine.

Ce travail est le fruit de notre acharnement quotidien.

☞ A mes compagnons de galère : Rébecca KOKODE, Lebon ASSOGBA et Georges GOUDOTE.

Les sacrifices valaient bien la peine.

☞ A mes aînés Nadin, Gilles, Black et Alhouss.

Pour tout ce que vous avez fait pour moi.

☞ A tous les étudiants béninois au Mali (anciens et actuels).

Nous avons vécu comme une famille.

✉ A tous mes camarades de front et mes camarades de promotion.

Je vous souhaite une heureuse carrière

✉ A la famille GBOVIDEMLAN

Affection profonde.

✉ Aux familles FRUCTUEUX et YATTASSAYE

Profonde gratitude.

✉ A Béhanzin Godefroy E.

Pour toutes tes attentions, ton soutien infailible et ton aide sans mesure

Sentiments sincères.

✉ A William Créppy

Tu m'as beaucoup encouragé et aidé pour la bonne réalisation de ce travail.

Sincères remerciements.

✉ A Monsieur KIKI Houézé Joseph

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

✉ A tous les médecins et sages femmes de la maternité lagune de Cotonou.

Vous avez approfondi mes connaissances en médecine, surtout en gynécologie obstétrique.

Toutes mes considérations.

✉ A tout le personnel de la maternité lagune de Cotonou

Votre disponibilité et votre collaboration ont permis la réalisation de ce travail.

Sincères remerciements.

✉ Au Docteur TEGUETE Ibrahim

Ton amour du travail bien fait et ton entière disponibilité font de toi un homme admirable. La bonne réalisation de ce travail a été ton souci et tu y as beaucoup contribué.

Puisses tu t'y reconnaître à travers les lignes.

✉ Au Dr FOURN Elisabeth, Professeur Assistant de sociologie à la FLASH.

Vous avez accepté de m' assister pour la bonne réussite de ce travail. Votre disponibilité, votre simplicité, votre ardeur au travail forcent notre admiration.

Sincères reconnaissances.

✉ Au Dr Antoine LOKOSSOU

Vous avez accepté d'apporter votre contribution à la bonne réussite de ce travail.

Profonde reconnaissance.

✉ Au Docteur Alphonse GBAGUIDI

Pour votre contribution

**A**

**NOS MAITRES**

**DE LA FMPOS**

☞ Aux Professeurs

En plus du savoir, vous nous avez appris le savoir-faire et le savoir-être.

Nous sommes fiers d'être votre élève

Hommages respectueux et profonde reconnaissance.

☞ Aux Professeurs agrégés

Vous nous avez donné une formation de qualité. Nous n'oublierons jamais le dévouement, l'honnêteté intellectuelle et la rigueur avec lesquels vos enseignements étaient dispensés.

Soyez assurés de notre respectueuse considération et de notre profonde reconnaissance.

☞ Aux Professeurs Assistants

Pour tout ce que nous vous devons de notre formation

Sincère reconnaissance.

**A**

**NOS JUGES**

☞ Au Président du Jury

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce Jury.

Recevez ici l'expression de nos hommages respectueux.

☞ Aux membres du Jury

Vos remarques et vos critiques contribueront à améliorer ce modeste travail que vous nous faites l'honneur de juger.

Soyez rassurés de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

☞ A notre directeur de thèse le Professeur Amadou Ingré DOLO.

Agrégé de Gynécologie - Obstétrique chef du service de Gynécologie- Obstétrique de l'HNptG.

Cher maître, la rigueur, le sérieux, l'intégrité, la compréhension, le sens social élevé sont des vertus rares que vous incarnez et qui font de vous une personnalité admirable .

Recevez nos hommages et notre sincère reconnaissance.

☞ A notre co-directeur de thèse le Professeur René-Xavier PERRIN

Agrégé de Gynécologie- Obstétrique, médecin chef de la maternité Lagune.

Vous avez accepté de co-diriger ce travail, malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre calme, votre simplicité, votre esprit de synthèse et votre sollicitude nous fascinent.

Sincère reconnaissance et profonde admiration.

# SOMMAIRE

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| I- INTRODUCTION                                                | 1   |
| II- GENERALITES                                                | 6   |
| 1- Rappel anatomiques                                          | 7   |
| 2- La césarienne                                               | 11  |
| 3- Prise en charge des soins au Bénin : «Initiative de Bamako» | 25  |
| III- CADRE ET METHODES D'ETUDE                                 | 27  |
| 1- Cadre de l'étude                                            | 28  |
| 2- Méthodes d'étude                                            | 31  |
| 3- Coût de la césarienne à la maternité Lagune                 | 35  |
| IV- RESULTATS                                                  | 37  |
| ETUDE RETROSPECTIVE                                            | 38  |
| ETUDE PROSPECTIVE                                              | 55  |
| V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS                                 | 73  |
| VI- CONCLUSION ET SUGGESTIONS                                  | 88  |
| CONCLUSION                                                     | 89  |
| SUGGESTION                                                     | 91  |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES                                    | 93  |
| ANNEXES                                                        | 105 |

## Liste des abréviations

|         |   |                                                     |
|---------|---|-----------------------------------------------------|
| B.D.C.F | : | Bruits du Cœur Fœtal                                |
| C.P.N.  | : | Consultation Périnatale                             |
| CUGO    | : | Clinique Universitaire de Gynécologie - Obstétrique |
| CUK     | : | Cliniques Universitaires de Kinshasa                |
| D.F.P   | : | Disproportion foeto-pelvienne                       |
| E.M.C   | : | Encyclopédie Médico-Chirurgicale                    |
| h       | : | heure                                               |
| HGT     | : | Hôpital Gabriel Touré                               |
| HNPT G  | : | Hôpital National du Point G.                        |
| I.E.C.  | : | Information Education Communication                 |
| IMSO    | : | Incision Médiane Sous ombilicale                    |
| J 5 P.O | : | 5 <sup>e</sup> Jour post opératoire                 |
| O.M.S.  | : | Organisation Mondiale de la santé                   |
| P.P.    | : | Placenta Praevia                                    |
| S. A.   | : | Semaines d'Aménorrhée                               |
| S.F.A   | : | Souffrance Fœtale – Aiguë                           |
| SMIG    | : | Salaire Minimum Inter Professionnel Garanti         |

# **I- INTRODUCTION**

« Aucun accouchement ne se présente "mathématiquement" sans risque » disait COLETTE C. citée par ROSENAU [67]

Ce risque qui est le souci majeur de chaque obstétricien explique les recherches continues afin de réaliser les conditions les meilleures pour une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement.

La césarienne, intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus par la voie abdominale lorsque la voie naturelle s'avère impossible ou dangereuse pour la mère et/ ou le fœtus, vise à réduire le risque maternel et fœtal en acceptant un risque calculé (le plus faible possible) pour la mère [30,68].

Jadis de pronostic presque toujours fatal, elle est l'un des facteurs de développement de la qualité des soins en obstétrique notamment en matière d'accouchement.

Autrefois réservée aux dystocies majeures, elle a vu ses indications s'élargir de plus en plus ; et cet élargissement a eu pour conséquence l'augmentation considérable du nombre de césariennes ces vingt dernières années [16].

L'ensemble de la littérature s'accorde sans qu'il y ait eu concertation pour reconnaître et dénoncer l'évolution continue de la fréquence de l'opération vers la hausse. Selon le Pr. ALBRECHT H. [5] le taux de césarienne est passé de 5% -6% aux USA et 7% en Allemagne en 1970, à 25% aux USA et 16% en Allemagne en 1987. En France le taux moyen de césarienne varie de 10,32% à 15,12% selon les centres.

En Afrique les études hospitalières ont noté des taux de 8,6% à Yaoundé [31] et à Kinshasa en 1986 [78] ; 11,2% à Dakar en 1993 [10] ; tandis que à l' Hôpital National du Point G (HN Pt G) à Bamako, TEGUETE a noté 24,05% en 1996 [74].

A Cotonou, la fréquence de la césarienne est passée de 7,21% en 1987 [7] à 23,54% en 1998 [12] à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) et de 6,62% en 1987 [7] à 10,93% en 1994 [76] à la maternité lagune.

Il ressort donc que la fréquence de l'opération est en hausse de part le monde

Selon la littérature, cette augmentation n'améliore pas significativement le pronostic de la césarienne. Dans les pays développés, en raison du développement des infrastructures socio-sanitaires, la césarienne constitue presque une intervention

sécurisante. Par contre dans de nombreux pays africains tels le Bénin et le Mali, la faiblesse de la prophylaxie obstétricale, en personnel médical, en moyens de surveillance de la grossesse ou du travail, la fréquence d'accidents graves, l'existence pour des raisons nutritionnelles ou pathologiques d'anomalies osseuses au niveau du bassin, certaines pratiques néfastes pour la santé font que la césarienne, geste courant facilement admis ailleurs, constitue une opération à risque élevé [28].

Les taux de décès maternel et néonatal ainsi que l'importance de la morbidité montrent bien les contraintes de l'obstétrique, surtout en Afrique noire où le pronostic est souvent influencé par toutes les difficultés sociales et économiques que pose l'opération dans les pays en voie de développement dont le Bénin.

En effet le coût de la césarienne fait intervenir plusieurs éléments tels les frais de l'acte opératoire, les frais d'hospitalisation fonction de la durée d'hospitalisation plus ou moins prolongée selon la qualité des suites opératoires, etc. ...Devoir subir une césarienne nécessite donc des dépenses considérables.

En dehors des difficultés financières qu'engendre la décision de césarienne, us et coutumes de nos pays rendent parfois difficile l'acceptation de la césarienne comme issue de la grossesse. En effet, l'accouchement est un événement heureux pour la gestante et sa famille et lorsqu'il devient dystocique au point de nécessiter une intervention chirurgicale, il crée peur, doute et tristesse pour les futurs parents voire une souffrance collective au niveau de leur communauté d'origine.

Il ressort de tout ceci que le faible niveau socio-économique des populations, est un facteur péjoratif dans la prise en charge des urgences obstétricales dont la césarienne. Le pronostic foëto - maternel est donc lié à plusieurs facteurs d'ordre médical, économique, social et culturel.

La césarienne, intervention presque aussi vieille que l'obstétrique demeure donc un sujet d'actualité. La recherche d'une amélioration dans la prise en charge des femmes césarisées nécessite donc des bilans périodiques. Une étude sur la question ne pourrait alors être sans intérêt ; elle est même nécessaire pour évaluer et prendre des décisions. Après donc les travaux de AOUANOU en 1988 et de TOKANNOU en 1994 nous avons jugé utile d'apporter notre modeste contribution à travers ce travail. Pour ce fait, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

# **OBJECTIFS**

## **Objectif général :**

Analyser la situation de la césarienne à la maternité Lagune durant la période de l'étude.

## **Objectifs spécifiques :**

- 1- Apprécier l'évolution du taux de césariennes sur les cinq dernières années
- 2- Evaluer le pronostic materno-fœtal de l'opération
- 3- Identifier les facteurs influençant le pronostic
- 4- Apprécier le coût financier de l'opération césarienne
- 5- Analyser la perception psycho-socio-anthropologique de la césarienne
- 6- Formuler des recommandations subséquentes.

## **II - GENERALITES**

# 1. Rappel anatomique

## 1.1. L'utérus non gravide

L'utérus est un organe musculaire creux destiné à recevoir l'œuf fécondé, à le contenir pendant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

### 1.1.1 Description

L'utérus siège dans le petit bassin et a la forme d'un cône tronqué, aplati d'avant en arrière, en haut et cylindrique en bas. Il est sous le péritoine entre la vessie et le rectum et au-dessus du vagin. Il comprend :

- un corps qui est aplati
- un bord droit et un bord gauche dont la partie supérieure de chacun porte une trompe au bout de laquelle adhère un ovaire
- un col, qui est cylindrique, pendant dans le vagin et portant un orifice cervical.

Normalement, l'utérus est en antéflexion et antéversion.

Chez la multipare, sa hauteur est de 7 - 9 cm, sa largeur de 4 cm et son épaisseur de 3 cm. Il pèse 50 g. Sa capacité est de 2 à 3 ml.

L'utérus comprend trois tuniques qui sont de dehors en dedans : la séreuse, la musculuse ou myomètre, la muqueuse ou l'endomètre.

### 1.1.2. Les moyens de fixité de l'utérus

Il s'agit de ligaments. Ce sont essentiellement :

- le ligament rond
- le ligament large
- le ligament utéro-ovarien
- le ligament utéro-sacré
- le ligament vésico-utérin.

### 1.1.3. La vascularisation de l'utérus

Elle est :

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

## 1.2. L'utérus gravide

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

Selon Merger [55] les dimensions sont les suivantes

|                                   | <u>Hauteur</u> | <u>Largeur</u> |
|-----------------------------------|----------------|----------------|
| à la fin du 3 <sup>ème</sup> mois | 13 cm          | 10 cm          |
| à la fin du 6 <sup>ème</sup> mois | 24 cm          | 16 cm          |
| à terme                           | 32 cm          | 22 cm.         |

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

La particularité de l'utérus gravide est l'apparition au dernier trimestre du segment inférieur, entité anatomique développée au niveau de la région isthmique. Du point de vue anatomique, son origine, ses limites, sa structure faisant l'objet de discussion entre les auteurs, nous nous limiterons à rappeler ses rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications per-opératoires :

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

## 1.3 Rappels anatomiques du bassin : le canal pelvi-génital

Il comprend 2 éléments :

- ❖ le bassin osseux
- ❖ le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée

### 1.3.1 Le bassin osseux :

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

#### 1.3.1.1 Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur

C'est le plan d'engagement du fœtus, séparant le petit bassin du grand bassin. Il est formé par :

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

#### **Les diamètres du détroit supérieur :**

- Les diamètres antéro-postérieurs : on distingue
  - Le promonto-suspubien = 11 cm
  - Le promonto-retropubien = 10,5 cm
  - Le promonto-souspubien = 12 cm
- Les diamètres obliques : allant de l'éminence iliopectiné à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12 cm. Ils sont d'une importance capitale dans l'appréciation du bassin asymétrique.
- Les diamètres transversaux : le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus . Il mesure 13 cm.
- Les diamètres sacro-cotyloïdiens : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurent chacun 9 cm. Ils sont très importants dans l'étude du bassin asymétrique.

#### 1.3.1.2. L'excavation pelvienne

« Elle a la forme d'un tronc de tore » dont le grand axe de l'orifice supérieur est transversal et celui de l'orifice inférieur est antéro-postérieur. Ses limites sont :

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

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

### 1.3.1.3. Le détroit inférieur ou l'orifice inférieur

Il constitue le plan de dégagement du fœtus. Il est limité:

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

#### **Les diamètres du détroit inférieur :**

- le diamètre sous-coccy-sous-pubien est de 9,5cm mais, peut atteindre 11 à 12 cm en retropulsion ;
- le diamètre sous-sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm.

Tels sont là les différents éléments constitutifs du bassin obstétrical normal. D'un point de vue synthétique il existe des variations morphologiques explicitées par CALDWELL , MOLOY, THOMS et autres... Au delà de ces variations physiologiques, se trouvent les modifications pathologiques liées aux rétrécissements prononcés, isolés ou globaux des diamètres du bassin.

### 1.3.2 Le Diaphragme pelvi-génital

C'est un ensemble musculo-aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne. C'est le périnée anatomique. Il se divise en :

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

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

## 2. La césarienne :

### 2.1 Historique

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

Le fait que l'intervention soit vieille, très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique. Les noms d'INDRA, de BOUDDHA, de DIONYSOS, d'ESCUAPE (la liste ne saurait être exhaustive) lui sont rattachés. Ce mode de naissance étant synonyme de puissance, de divinité ou de royauté. L'association de l'intervention à cette mythologie, crée un terrain de discussion quant à l'origine du mot, bien qu'elle dériverait étymologiquement du latin « CAEDERE » qui signifie couper.

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

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

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

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

- ❖ 1769 : première suture utérine par LEBAS au fil de soie.
- ❖ 1788 : introduction de l'incision transversale de la paroi et de l'utérus par LAUVERJAT.

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

La troisième étape de la césarienne, celle de sa modernisation, s'étale sur un siècle environ. Elle n'aurait pas vu le jour sans l'avènement de l'asepsie et l'antisepsie qui ont suscité des espoirs immenses. De nouvelles acquisitions techniques ont réussi à conférer à l'intervention une relative bénignité :

suture du péritoine viscéral introduite par l'Américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences

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

## 2.2 Définition

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

## 2.3 Fréquence

En augmentation régulière depuis le début du siècle, la fréquence des opérations césariennes s'est maintenant stabilisée selon la plupart des auteurs entre 5 et 14%. Les grandes variations des chiffres fournis par la littérature dépendent essentiellement

du degré de risque des effectifs analysés ainsi que des attitudes et des options particulières de chaque obstétricien ou école obstétricale.

## 2.4. Indications

Comme nous l'avons déjà signalé, les indications de la césarienne sont actuellement très nombreuses. Cet élargissement des indications est dû à plusieurs facteurs : le souci qu'ont les obstétriciens de faire baisser par tous les moyens la mortalité périnatale, l'amélioration des moyens techniques de surveillance de la grossesse et de l'accouchement mais aussi la convenance personnelle comme le disait EASTMANN cité dans l'E.M.C. :

« J'ai plus souvent regretté de n'avoir effectué une césarienne que d'avoir posé une indication abusive »[75]

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

Aucune ne fait certes l'unanimité mais sachant qu'une césarienne repose sur l'association d'indications relatives, c'est à dire sur un faisceau d'arguments[66] ; nous adopterons la classification analytique.

### 2.4.1 Les dystocies mécaniques

#### **Les disproportions foeto - pelviennes :**

Cette notion renferme en réalité 2 entités nosologiques distinctes : il s'agit soit d'une étroitesse du canal pelvi-génital, soit d'un excès de volume du fœtus ; l'une ou l'autre constituant une entrave à la progression du mobile fœtal [66,80]. La pelvimétrie associée à l'échographie permettent la réalisation du diagramme de MAGNIN, très important dans le pronostic de la traversée par le fœtus, de la filière pelvienne. Nous pouvons citer :

#### ❖ Les bassins rétrécis :

- bassin ostéomalacique ;
- bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise
- bassin traumatique avec gros cal

- bassins généralement rétrécis : tous les diamètres sont réduits. Le bassin est complètement exploré au toucher vaginal
- ❖ Les bassins limites : au toucher vaginal le promontoire est atteint. Dans la grande majorité des cas, la césarienne n'est indiquée qu'après l'échec de l'épreuve du travail ou s'il y a d'autres facteurs associés.
- ❖ L'excès de volume fœtal : il peut être global, c'est le gros fœtus dont le poids est supérieur à 4 kg [55] ; parfois il est localisé.

#### **Les obstacles praevia :**

- kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabé dans le douglas
- placenta praevia recouvrant.
- tumeur ou myome praevia

#### **Les présentations dystociques :**

- La présentation de l'épaule
- La présentation du front
- La présentation de la face
- La présentation du siège : dans la majorité des cas, ne conduit à la césarienne que lorsqu'elle s'associe à d'autres facteurs. Longtemps considéré comme une présentation eutocique, le siège est aujourd'hui considéré par certains auteurs comme « potentiellement dystocique »[66]

#### **2.4.2 Les dystocies dynamiques**

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

#### **2.4.3 Les indications liées à l'état génital**

##### **La présence d'une cicatrice utérine :**

Elle pose le problème de sa solidité et de sa résistance qui est variable selon le moment où la césarienne a été effectuée ou selon qu'elle soit segmentaire ou corporelle.

L'idée première « One's a cesarean, always a cesarean » est considérée actuellement par la plupart des auteurs comme caduque. Un antécédent de césarienne conduit à une nouvelle césarienne lorsque la cause persiste. Parfois, après vérification de l'état de la cicatrice par l'hystérosalpingographie, lorsqu'elle est suspecte, on tentera l'épreuve sur cicatrice. Cette épreuve doit être abandonnée en cas d'apparition de souffrance fœtale, de signes de pré-rupture, d'arrêt de la dilatation ou de baisse brutale de la pression intra-cavitaire au cathétérisme intra-utérin.

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

**L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparée :**  
les antécédents de déchirure compliquée du périnée

#### **Autres lésions**

- les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales
- les prolapsus génitaux.

On y ajoute les lésions ou anomalies telles que le cancer du col, les diaphragmes transversaux du vagin, les volumineux kystes vaginaux.

#### **2.4.4 Les Indications liées aux annexes fœtales**

- Le placenta praevia conduit à la césarienne dans 2 circonstances : soit parce qu'il est recouvrant, soit parce qu'il est hémorragique.
- L'hématome retro-placentaire dans sa forme dramatique conduit à la césarienne
- La procidence du cordon battant
- La rupture prématurée des membranes : elle n'est pas toujours individualisée comme indication de césarienne.

#### **2.4.5 Les pathologies gravidiques**

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

- HTA (2 à 9% selon la littérature) : elle impose la césarienne en urgence lors des accidents aigus qui mettent en jeu la vie du fœtus et de la mère : éclampsie,

- hématome retro-placentaire. Par ailleurs, la gravité de l'atteinte maternelle (uricémie > 60 mg/litre), l'hypotrophie fœtale sévère et la souffrance fœtale chronique avec greffe d'une souffrance fœtale aiguë peuvent conduire à la césarienne.
- - Cardiopathie sur grossesse
  - Diabète : l'intervention est décidée aux alentours de la 37<sup>e</sup> S.A. dans un but préventif de sauvegarde fœtale.

**Autres affections :**

- Les antécédents cérébraux vasculaires ou tumoraux
- Les hémopathies malignes (maladie de Hodgking)
- Les cancers du col constituant un obstacle praevia
- L'ictère avec souffrance fœtale
- La maladie herpétique, vulvo-vaginite
- Les troubles respiratoires avec hypo-ventilation

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

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

**2.4.6 La souffrance fœtale**

C'est la première indication pour beaucoup d'auteurs. Elle peut être aiguë ou chronique. Sa fréquence selon la littérature varie de 20 à 25%. Elle est l'une des causes de la hausse du taux des césariennes dans le monde. On la rencontre en général dans le cadre d'une pathologie materno-fœtale.

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

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

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

#### 2.4.7 Autres indications fœtales

##### **Les malformations fœtales :**

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

##### **La prématurité :**

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

##### **Les grossesses multiples**

- Grossesses gémellaires : en l'absence d'une souffrance fœtale chronique c'est le plus souvent la dystocie dynamique du premier jumeau qui conduit à la césarienne ; les télescopages entre les jumeaux et les mauvaises présentations du deuxième jumeau risquant d'entraîner des traumatismes en cas de manœuvre de version, imposent aussi la césarienne.
- Grossesses multiples : (plus de 2 fœtus) dans la majorité des cas, elles sont accouchées par césarienne.

##### **L'enfant précieux :**

Sans hiérarchisation de la valeur des enfants, cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.

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

#### 2.4.8 La césarienne post-mortem :

Elle repose sur certains principes édités par DUMONT :

- grossesse d'au moins 28-29 semaines ;
- B.D.C.F. présents avant l'intervention ;
- le délai est d'au plus 20mn après le décès maternel ;
- la réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la fin de l'intervention.

## 2.5. Contre-indications

Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'il n'existe pas de contre-indication absolue de la césarienne mais seulement des contre-indications relatives. THOULON [75] les a résumées en :

- Infection amniotique .
- Malformation fœtale majeure (anencéphalie, hydrocéphalie)
- Fœtus mort in utéro et défaut de maturité fœtale.

La césarienne peut être indiquée pour une :

- dystocie fœtale (monstre double par exemple avec risque maternel)
- omphalocèles ou laparochisis.

## 2.6. Modes d'ouverture pariétale

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

Soit par une **laparotomie médiane** : celle-ci peut se faire de deux manières, en sous- ombilicale ou en sus et sous-ombilicale. La laparotomie médiane sous-ombilicale est utilisée comme une des voies d'abord dans la césarienne segmentaire tandis que la laparotomie sus et sous-ombilicale est utilisée pour la césarienne corporéale.

Soit par une **laparotomie transversale basse ou incision PFANNENSTIEL**

C'est une incision sus-pubienne transversale. Elle se situe à environ 3 cm au-dessus du rebord supérieur du pubis. On réalise une incision obliquement vers le haut du tissu sous-cutané et une section arciforme de l'aponévrose, qui est ensuite décollé du plan musculo-aponévrotique , ceci permet d'exposer les muscles grands droits dont la séparation le long de la ligne médiane donne accès au péritoine qui sera incisé longitudinalement. Cette technique est préférable à la laparotomie médiane pour trois raisons :

- un résultat esthétique meilleur ;
- une incidence très basse des hernies cicatricielles ;
- et une meilleure résistance à une éventuelle mise sous-tension lors d'une grossesse ultérieure.

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

## 2.7. Types d'hystérotomie :

- Hystérotomie segmentaire transversale

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

- Hystérotomie segmentaire longitudinale

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

- Hystérotomie corporéale

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

Les risques septiques sont très élevés lorsque l'intervention survient après un certain temps de travail à œuf ouvert . Notons qu'avec l'avènement de l'antibiothérapie, ce risque est minimisé.

La cicatrice obtenue est souvent de mauvaise qualité. Une nouvelle grossesse est souvent mal venue car elle fait courir le risque d'une rupture utérine inopinée au cours du travail d'accouchement .

- Hystérotomie segmento-corporéale

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

- Césarienne vaginale

Il s'agit d'une hystérotomie segmentaire verticale totalement extrapéritonéale, réalisée par voie vaginale. La technique consiste à extraire par voie basse le fœtus grâce à une incision longitudinale de la lèvre antérieure du col de l'utérus. Elle

nécessite l'absence formelle de disproportion foeto - pelvienne. Son indication est très restreinte (échec de déclenchement dans les morts fœtales in-utéro et les avortements thérapeutiques) et elle ne se conçoit plus en pratique de nos jours.

- Césarienne itérative

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

## 2.8 Anesthésie et césarienne

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

### 2.8.1. Anesthésie loco-régionale

#### Les avantages :

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

#### Les inconvénients :

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

### 2.8.2. Anesthésie générale

#### Les avantages :

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

#### Les inconvénients :

Le risque d'inhalation est élevé dans ce cas-ci ( syndrome de Mendelson).  
La dépression du nouveau-né.

## 2.9 Techniques de la césarienne

Les techniques ont été si nombreuses depuis les débuts de l'intervention jusqu'à maintenant. Ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire et la césarienne corporéale. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

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

### 2.9.1 La césarienne segmentaire

- Premier temps : mise en place des champs ; coeliotomie sous-ombilicale ou transversale dans un souci esthétique surtout.
- Deuxième temps : protection de la grande cavité par des champs abdominaux. Mise en place des valves.
- Troisième temps : incision transversale aux ciseaux du péritoine pré-segmentaire dont le décollement est facile .
- Quatrième temps : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; l'un ou l'autre procédé ayant leurs adeptes bien que le premier semble être plus usité selon la littérature.
- Cinquième temps : extraction de l'enfant. Dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites. Dans les autres présentations, la plupart des auteurs conseillent d'abord de rechercher un pied (grande extraction).
- Sixième temps : C'est la délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'hystérotomie. Elle est suivie de la révision utérine
- Septième temps : suture du segment inférieur qui se fait en un plan avec des points séparés croisés en x sur les extrémités et les points séparés extramuqueux sur les berges.
- Huitième temps : suture du péritoine pré-segmentaire avec du fil résorbable, par un simple surjet non serré.
- Neuvième temps : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.
- Dixième temps : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

### Avantages de la césarienne segmentaire

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

### 2.9.2 La césarienne corporéale

- Premier temps : coeliotomie médiane sous et/ou sus ombilical
- Deuxième temps : mise en place des champs et protection par des valves.
- Troisième temps : incision de l'utérus, longitudinalement en plein corps après son extériorisation préalable ou non.
- Quatrième temps : extraction du fœtus par un pied après amniotomie (si la poche des eaux est intacte)
- Cinquième temps : délivrance. Lorsque l'incision tombe sur le placenta (PP antérieur), la délivrance est effectuée avant l'extraction du fœtus.
- Sixième temps : suture utérine en deux ou un plan dans toute l'épaisseur de la paroi en respectant la muqueuse.
- Septième temps : on enlève les champs abdominaux et les valves
- Huitième temps : fermeture plan par plan de la paroi

Par rapport à la segmentaire, la corporéale n'a que des inconvénients. Ses indications sont :

- les césariennes itératives avec accès difficile ou impossible au segment inférieur du fait des adhérences ;
- les cas où la césarienne doit être suivie d'une hystérectomie( néoplasie du col utérin opérable) ;
- chez les cardiaques où la césarienne est effectuée en position semi assise, césarienne suivie de ligature des trompes ;
- la césarienne post-mortem.

Il faut signaler cependant que les techniques suscitées comportent des précautions particulières et des modifications gestuelles dans certaines circonstances telles que le placenta praevia antérieur et la césarienne itérative.

## 2.10 Les temps complémentaires de la césarienne

Il s'agit là des interventions qui sont souvent associées à la césarienne. Parmi elles, les plus fréquentes sont :

- la stérilisation
- la myomectomie
- la kystectomie de l'ovaire
- l'hystérectomie

## 2.11 Les complications de la césarienne

Bien que le pronostic de la césarienne soit actuellement bon parce qu'ayant bénéficié des progrès techniques, de l'asepsie, de l'antibiothérapie etc...., la mortalité n'est pas et ne sera jamais nulle.

Par ailleurs, la morbidité post césarienne n'est pas négligeable, d'où l'intérêt de bien peser les indications.

### 2.11.1 Les complications per opératoires

- L'hémorragie

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

soit généraux : des facteurs de la coagulation et de l'hémostase défectueuse ;

soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, placenta accreta).

- Les lésions intestinales

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

Il s'agit des lésions traumatiques gréliques ou coliques qui doivent être suturées.

- Les lésions urinaires

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

- Les complications anesthésiologiques

Hypoxie, syndrome d'inhalation, collapsus cardio-vasculaire, arrêt cardiaque à l'induction.

## 2.11.2 Les complications postopératoires

### 2.11.2.1 Les complications maternelles

- Les complications infectieuses

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

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

- L'hémorragie post-opératoire

Plusieurs sources existent :

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

- Les complications digestives

L'iléus paralytique post opératoire fonctionnel, les vomissements, la diarrhée, les sub-occlusions, voire occlusion.

- La maladie thromboembolique

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

- Les complications diverses

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

### 2.11.2.2 Les complications chez le nouveau-né :

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

- Les complications liées aux drogues anesthésiques : dépression du nouveau-né.
- Les troubles respiratoires : la détresse respiratoire
- Les complications infectieuses.
- La mortalité du nouveau-né.

## **3- Prise en charge des soins au BENIN : « Initiative de Bamako »**

Depuis 1986, le Bénin s'est engagé dans une politique de réorganisation des services de santé au niveau des centres périphériques. Les principes qui ont présidé à cette réorganisation sont ceux qui, un an plus tard, ont constitué « l'Initiative de Bamako », adoptée en septembre 1987 par le comité de l'O.M.S. pour la région africaine [43,34].

Huit principes directeurs sont ainsi définis [43] :

Soutien national à l'accélération de la mise en place des services de S.S.P./S.M.I universellement accessibles.

Politique des médicaments essentiels compatibles avec le développement de S.S.P. au niveau national.

Financement communautaire des services cohérents entre les différents niveaux du système.

Soutien effectif et si possible croissant du financement de l'Etat pour les S.S.P.

La décentralisation effective de la prise de décision pour la gestion de S.S.P.

Gestion décentralisée des ressources par les communautés, les fonds collectés au niveau des formations sanitaires restant sous contrôle communautaire.

Dispositions garantissant le bénéfice des services de S.M.I./S.S.P. aux plus pauvres, grâce à des schémas de subventions ou d'exemption de paiement sur des critères déterminés par la communauté.

Définition d'objectifs intermédiaires clairs et établissement d'indicateurs pour les mesurer.

Cette réorganisation est motivée par le fait que le financement des coûts récurrents locaux de fonctionnement est souvent considéré comme un obstacle majeur à la revitalisation des services de santé dans les pays à faible revenu [43,34].

Au Bénin, le gouvernement finance ainsi environ la moitié des coûts locaux du système, (soit les salaires). Les bailleurs de fonds contribuent à un peu moins d'un quart de ces coûts (23%). Le financement communautaire couvre le reliquat (28%) [43,34]. Ce financement communautaire, prévu pour couvrir uniquement les coûts de fonctionnement locaux non salariaux, est souvent largement excédentaire et génère les marges de bénéfices importants. Dans toutes les régions du Bénin en 1993, cette marge de bénéfice aurait pu couvrir les coûts financés par les bailleurs de fonds [28]. En 1994 et 1995, cette marge a été utilisée pour couvrir l'augmentation des coûts liés à la dévaluation du franc C.F.A. [43]. Les recettes de ce financement communautaire proviennent en grande partie de la vente des médicaments essentiels sous nom générique. Ainsi, par exemple, dans le C.S.S.P. du Mono en 1997, 67% des recettes proviennent de la vente des médicaments, suivi largement en arrière par le laboratoire et la chirurgie 6% chacun, les consultations 5%, les accouchements 4% [56]. Au Bénin le rapport entre les recettes et coût des médicaments est de 350% en 1993 [43].

## **III- CADRE ET METHODES D'ETUDE**

# 1- Cadre de l'Etude

Notre étude a eu pour cadre la maternité lagune de Cotonou, qui est la deuxième maternité de référence du BENIN après la clinique universitaire de Gynécologie et d'obstétrique (CUGO).

## 1.1 La République du Bénin

Située en Afrique occidentale côtière, elle s'étend sur une superficie de 114.763 Km<sup>2</sup>. Limitée au nord par le Niger et le Burkina-Faso, à l'est par le Nigeria, à l'ouest par le Togo et au sud par l'océan Atlantique, elle est subdivisée en douze départements.

Son relief est peu accidenté mais présente au nord le massif de l'Atacora. Son climat est sub-équatorial au sud et tropical au nord. Sa population est de 4.915.555 habitants au recensement de 1992 et estimée à 6.187.000 habitants environ en 1999. 51,32% de la population vit en milieu rural. Le taux d'accroissement naturel est de 3,2%

Le taux moyen d'alphabétisation est de 26% .

L'indice synthétique de fécondité est égal à 6,56 enfants par femme.

Le taux de mortalité maternelle est de 458‰ et celui infantile est de 93,9‰ .

Le système sanitaire est constitué d'une structure pyramidale à 3 niveaux :

Le Ministère de la santé.

Les directions départementales de la santé

Les sous-préfectures/ zones sanitaires

Le produit intérieur brut / habitant est de 370 dollars U.S.

Pays pauvre, le revenu moyen par équivalent- adulte est de 190.955 FCFA. Le SMIG se situe autour de 23.150 F CFA.

## 1.2 La ville de Cotonou

Capitale économique du pays, Cotonou est située au Sud, sur la côte dans le département de l'Atlantique. Elle compte une population de 536.827 habitants.

Les ressources humaines et techniques de surveillance prénatale s'organisent autour de plusieurs formations sanitaires dont les services spécialisés à savoir : les centres de santé maternelle et infantile, la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO), et la maternité lagune.

### 1.3 La Maternité lagune de Cotonou

- L' Historique :

Situé au bord du lac Nokoué à Cotonou , elle est un centre de gynécologie et d'obstétrique à caractère essentiellement social.

Elle a ouvert ses portes le 17 Mars 1958 et le 1<sup>er</sup> bébé y est né le 21 Mars. Son premier agrandissement a eu lieu juste après l'indépendance avec la construction d'un immeuble à deux étages qui sert aujourd'hui de salles d'hospitalisation. Elle a progressivement joué le rôle de simple maternité, puis de maternité principale pour devenir ensuite la seule maternité de référence jusqu'à 1978, année de création de la CUGO. Elle constitue le 1<sup>er</sup> centre de référence en gynécologie–obstétrique pour les basses couches socio- économiques.

Depuis 1998, elle est devenue un espace universitaire participant activement aux activités de formation et de recherche.

- Les Infrastructures

Elles comprennent :

Un secteur de consultations prénatales et gynécologiques, de planning familial et de vaccination :

Un bloc technique composé de :

- .une salle de réception des urgences
- .une salle de dilatation à 8 lits
- .une salle d'accouchement à 5 box
- .deux blocs opératoires
- .une unité de réanimation
- .une unité de néonatalogie
- .un laboratoire d'analyses médicales
- .un service de radiologie et d'échographie.

Un secteur d'hospitalisation et de soins intensifs comprenant 200 lits et berceaux.

Une pharmacie

Un secteur administratif

- Le personnel

Il se compose de :

- 1 professeur de gynécologie et d'obstétrique, chef de service
- 6 gynécologues accoucheurs
- 2 professeurs assistants de gynécologie obstétrique
- 2 médecins pédiatres
- 1 chirurgien pédiatre
- 1 médecin anesthésiste
- 1 médecin radiologue et échographiste à temps partiel
- 53 sages-femmes
- 16 infirmiers d'Etat et 12 infirmiers de santé
- 6 techniciens de laboratoires et 4 techniciens de radiologie
- 43 aides soignants
- 19 agents d'entretien
- 46 agents administratifs
- 1 assistante sociale aidée par une animatrice.

- Les activités

Elles sont diverses, à savoir :

- Les consultations prénatales, post natales et gynécologiques.
- Les accouchements
- Les interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales
- La vaccination des gestantes et des nouveaux nés.
- La planification familiale
- Les activités de formation et de recherche.

Le nombre de consultations annuelles est de 66.722 en moyenne ; le nombre d'accouchements est de 4.427 en moyenne.

Le personnel est aidé dans ces activités par des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine, des élèves sages-femmes et infirmiers.

## 2- Méthodes d'étude

Notre étude comporte deux aspects :

- un aspect médical
- un aspect sociologique

### 2.1 L'aspect médical

#### 2.1.1 Types d'étude

Notre étude comporte deux volets : une étude rétrospective et une étude prospective transversale.

#### 2.1.2 Période d'étude

Elle s'étend de janvier 1995 à décembre 1999 pour l'étude rétrospective et du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2000 pour l'étude prospective.

#### 2.1.3 Population d'étude

L'étude a porté sur l'ensemble des femmes césarisées à la maternité au cours de la période d'étude. Il s'agit de femmes de différentes nationalités et ethnies, âgées pour la plupart de 15 à 45 ans, primigestes ou multigestes, mariées ou non.

#### 2.1.4 Echantillonnage

- Supports :

Le recueil des données a été fait à l'aide de questionnaires remplies à partir des dossiers obstétricaux, des registres de compte rendu opératoire, d'accouchement, d'anesthésie. Certaines données seront recueillies directement auprès des patientes.

- Critères d'inclusion :

Ont été incluses toutes les femmes césarisées dans le service au cours de la période d'étude, sur une grossesse d'au moins 28 S.A.

- Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses, les femmes reçues dans le service en période post opératoire pour complication et celles ayant accouché par voie basse après une indication de césarienne ou décédées avant que la césarienne ait pu avoir lieu. Les cas de laparotomies pour rupture utérine n'ont pas été inclus.

#### 2.1.5 Collecte des données :

Une fiche d'enquête ou de dépouillement qui se trouve en annexe a été établie pour chaque cas. En remplissant cette fiche nous avons transcrits exactement toutes les informations afférentes aux cas.

#### 2.1.6 Traitement des données :

Pour le faire nous avons suivi les étapes suivantes :

Codage des données collectées

Vérification des données codifiées

Saisie informatique des données

Analyse des données.

Traitement du texte définitif.

Tout cela a été fait à l'aide des logiciels D bases V et EPI-INFO.

#### 2.1.7 Contraintes

Nos difficultés ont été de plusieurs ordres en occurrence le manque d'information.

Malgré notre détermination à disposer de la totalité des renseignements dont nous avons besoin, nous n'avons pas pu avoir accès à tous les dossiers, en dépit de nos recherches minutieuses et répétées.

Nous déplorons également le manque notoire de certaines informations dans des dossiers parfois difficilement retrouvés ; ceci explique que pour certaines variables nous n'avons pas pu disposer de la totalité de l'échantillon.

#### Contraintes de l'enquêteur et de l'enquêté

Le suivi régulier des patientes césarisées de l'admission à la sortie de l'hospitalisation nous a été très difficile du fait de la fréquence des césariennes à la maternité lagune de Cotonou, et de la durée d'hospitalisation courte de certaines patientes.

Certaines patientes n'ont pas voulu nous donner les ordonnances et les factures délivrées ; celles-ci étaient souvent détenues par les procréateurs ou dispersées entre plusieurs membres de la famille qui sont parfois non coopérants. Ce qui explique le manque d'informations suffisantes.

## 2.2 L'aspect sociologique

### 2.2.1. But

Georges GURWITCH disait : L'homme est un tout : social, total et global. C'est dans cette acception que nous situons la présente démarche méthodologique pour montrer que l'individu n'est pas qu'un être biologique mais qu'en plus des aspects cliniques qui le caractérisent il y a les éléments socio- culturels liés à son environnement social immédiat ou médiat qui explique sa personnalité dans tous ses paliers en profondeur

En focalisant notre attention sur ces derniers éléments nous voulons mieux situer la problématique de la césarienne et mieux expliquer les comportements des patientes dans le processus de prise de décision de se faire opérer ou non.

### 2.2.2 Population d'étude :

Il s'agit des femmes césarisées de notre étude prospective et des parents et amis (visiteurs ) d'accouchées hospitalisées dans le service.

### 2.2.3 Echantillonnage

Sont incluses toutes les femmes césarisées retenues dans l'étude prospective. Les autres enquêtés ont été choisis au hasard dans la population concernée et ont été groupé en cinq Focus Group de six membres chacun. Sont inclus dans chaque focus group des se trouvant en visite dans une même salle d'hospitalisation au moment de l'enquête. Un dernier groupe a été constitué par cinq sages (personnes âgées) choisis au hasard dans la population d'étude.

Ces catégories de personnes ont retenu notre attention parce que d'une part nous voulions avoir des informations sur la perception et le vécu de l'intervention par les victimes, mais d'autre part nous voulions connaître la perception socio- culturelle dans l'environnement des victimes, la population en général. Le groupe des personnes âgées nous a permis de recueillir les préoccupations des sages face à l'opération césarienne.

### Taille de l'échantillon

Nous avons interrogé :

- 336 femmes césarisées
- 35 visiteurs d'accouchées constituant 6 groupes.

### 2.2.4. Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée à partir d'interview dans le but de recueillir des informations sur la perception, le vécu et les conséquences de la césarienne auprès de la population.

### 2.2.5. Collecte des données

Cette étude qualitative a été caractérisée par deux démarches :

- Les interviews individuelles basées sur une fiche d'enquête à l'endroit des victimes.
- Les interviews collectives basées sur un guide d'entretien thématique à l'endroit des « focus group ».

Ces méthodes nous ont permis de recueillir beaucoup d'informations, vu qu'elles se rapprochent de l'oralité africaine.

### 2.2.6. Analyse et traitement des données :

Pour les "focus group", le traitement des données recueillies a été manuel.

L'analyse des données qualitatives a été faite sur la base de « l'analyse de contenu du discours des enquêtés ». Ce processus consiste à faire d'une part des regroupements d'idées autour des thèmes du guide d'entretien afin d'en dégager des interprétations et des conclusions ; et d'autre part à faire du « verbatim » c'est à dire procéder aux extraits de texte permettant de commenter les déclarations des enquêtés et d'argumenter nos propos.

L'ensemble de cette démarche a permis de saisir soit le vécu, soit la perception des enquêtés étant entendu que la démarche qualitative fait comprendre les choses de l'intérieur des individus et non seulement de l'extérieur.

### 2.2.7. Contraintes de l'enquête

Les patientes césarisées étant toujours sous le choc de l'intervention au moment de l'enquête, certaines n'ont pas voulu répondre à nos questions.

### **3- Le Coût de la césarienne à la maternité Lagune**

Les prix des prestations sont subdivisés en plusieurs catégories selon le service demandé :

#### L'acte opératoire :

Le prix en cas de césarienne s'élève à 13.000F (Intervention + anesthésie). La reprise de paroi se fait à 4.500 F.

#### Les médicaments :

L'accent est mis sur les génériques lors des prescriptions. Ils sont vendus par la pharmacie de la maternité et mis à la disposition des malades qui y sont suivis.

Les médicaments non disponibles sont achetés dans les pharmacies privées ou dans d'autres officines à des prix souvent élevés.

#### L'hospitalisation

Le prix est variable selon la catégorie d'hospitalisation

1<sup>ère</sup> catégorie : 7000F par jour

2<sup>e</sup> catégorie : 2500 F par jour

3<sup>e</sup> catégorie : 5.500 F par semaine

Réanimation et soins intensifs : 2500 F par jour

Crèche : 1.000 F par jour .

#### Le coût global

Dans notre étude, il s'agit de la somme des diverses prestations et des frais de soins néonataux à savoir médicaments , réanimation, hospitalisation à la crèche.

Nous ne tiendront pas compte du prix de revient des déplacements, de l'alimentation, et divers autres coûts d'opportunité.

#### Prise en charge des urgences

En cas d'urgence, lorsque la famille n'est pas en mesure de faire face aux dépenses, il existe une trousse de médicaments d'urgence mis en place par la maternité en 1997 et qui met à la disposition des malades les médicaments et consommables indispensables pour les premiers soins ou pour l'intervention. Ils sont

servis contre une ordonnance signée par un personnel habilité (Médecin, maîtresse sage-femme). Le recouvrement des frais doit être fait par la suite auprès de la famille.

#### **4- Le service social**

Dans le but de Promouvoir le bien être des femmes, il mène des activités médico-social telle l'I.E.C ; dans la prise en charge des césarisées, il intervient en aidant les femmes en difficulté dans l'achat des médicaments et le règlement des diverses prestations de soins. Il se charge de sensibiliser les familles des patientes pour le remboursement des frais, ce qui n'est pas toujours effectif.

## **IV- RESULTATS**

## **A- ETUDE RETROSPECTIVE**

Au terme de notre enquête, nous avons obtenu les résultats que nous présentons selon le plan suivant :

- Résultats globaux
- Les indications de la césarienne
- Le pronostic materno-fœtal de cette intervention

### **1- Les résultats globaux**

Pendant les cinq (5) années qu'a duré l'étude, il a été enregistré à la maternité Lagune de Cotonou 5341 césariennes parmi lesquelles 33 cas ne répondaient pas aux critères de sélection. Nos résultats concerneront donc 5308 cas soit 99,4% des césariennes effectuées.

Le tableau 1 ci-dessous présente le nombre de césarienne par année et les fréquences relatives.

Tableau N° 1 : répartition des césariennes par année

| Année | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-------|-------------------|------------------------|
| 1995  | 0825              | 15.5                   |
| 1996  | 0967              | 18.2                   |
| 1997  | 1127              | 21.2                   |
| 1998  | 1113              | 21.0                   |
| 1999  | 1276              | 24.0                   |
| TOTAL | 5308              | 100.0                  |

Il y a une augmentation annuelle régulière du nombre absolu de césariennes pendant notre période d'étude. Ce nombre est passé de 825 en 1995 à 1276 en 1999 soit une augmentation de 451 en cinq ans. Ce qui équivaut à une augmentation annuelle de 90 césariennes.

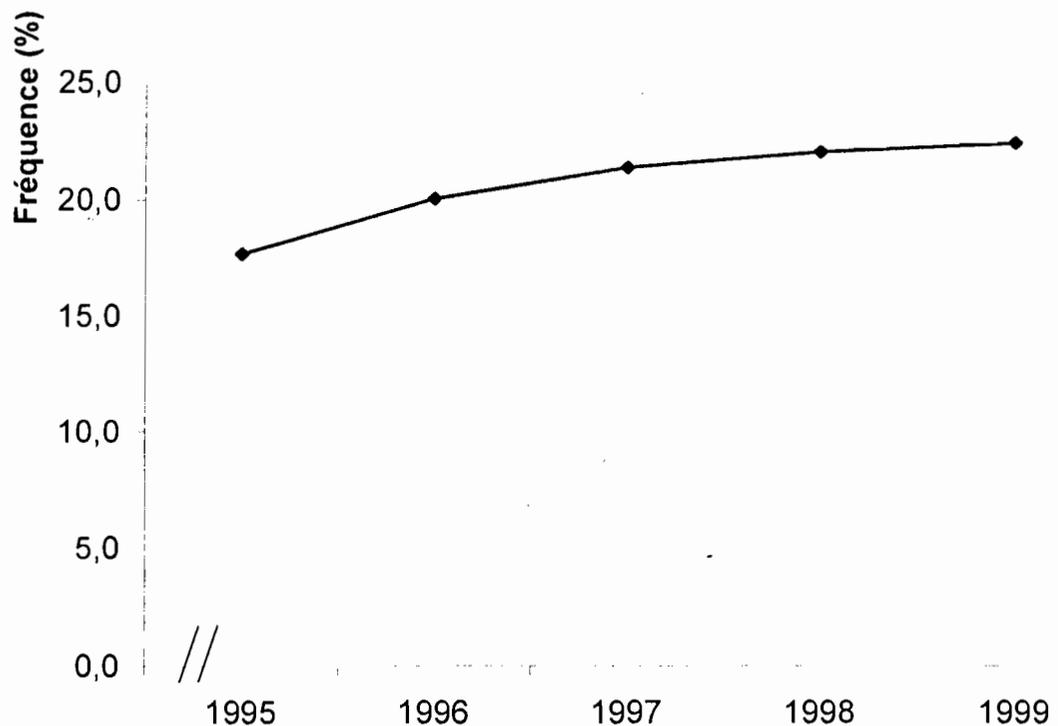
Lorsque ces nombres sont rapportés aux accouchements nous obtenons les fréquences ici représentées dans le tableau 2 suivant :

**Tableau N° 2 : Fréquence relative de césarienne / accouchement sur la période d'étude**

| Année | Fréquence absolue |             | Fréquence relative (%) |
|-------|-------------------|-------------|------------------------|
|       | Accouchements     | Césariennes |                        |
| 1995  | 4661              | 0825        | 17,7                   |
| 1996  | 4822              | 0967        | 20,1                   |
| 1997  | 5270              | 1127        | 21,4                   |
| 1998  | 5044              | 1113        | 22,1                   |
| 1999  | 5684              | 1276        | 22,4                   |
| TOTAL | 25481             | 5308        | 20.8                   |

Nous constatons que 20.8% des accouchements effectués durant les 5 années de l'étude, l'ont été par césarienne. La fréquence relative a subi une augmentation régulière en passant de 17.7% en 1995 à 22.4% en 1999, ce que nous présente la courbe suivante :

**Courbe évolutive de la fréquence des accouchements par césarienne à la maternité lagune de 1995 à 1999**



La répartition des césariennes en fonction de l'âge, de la parité, du mode d'admission et du terme de la grossesse est présentée dans les tableaux N° 3, 4, 5, et 6 ci-dessous :

- L'âge des femmes césarisées

Parmi les 5308 femmes qui ont subi une césarienne, l'âge a pu être précisé pour 4828 soit 90.9%. Nous avons recodé l'âge en trois modalités : les adolescentes ( $\leq 19$  ans), les femmes d'âge optimal pour la procréation (20 à 35 ans) et celles dont l'âge est considéré comme élevé sur le plan obstétrical ( $> 35$  ans).

La répartition selon l'âge est consignée dans le tableau N° 3

Tableau N° 3 : Répartition des césariennes en fonction de l'âge

| Age           | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|---------------|-------------------|------------------------|
| $\leq 19$ ans | 0430              | 08.9                   |
| 20 - 35 ans   | 4041              | 83.7                   |
| $> 35$ ans    | 0357              | 07.4                   |
| TOTAL         | 4828              | 100.0                  |

16.3 % des femmes ayant subi une césarienne (8.9% d'adolescentes et 7.4% de femmes d'âge élevé) appartiennent aux groupes d'âge extrême classiquement décrits comme étant à risque. La plus jeune césarisée a 13 ans et la plus âgée a 47 ans

- Parité des femmes césarisées

La parité a pu être précisée pour 5285 femmes soit 99,56%. Ces femmes ont été regroupées en nullipare (0 accouchements), paucipares (1 à 3 accouchements), multipares (4 à 6 accouchements) et grande multipare ( $\geq 7$  accouchements).

La répartition en fonction de la parité est celle présentée dans le tableau N° 4 suivants :

Tableau N° 4 : Répartition des césariennes en fonction de la parité

| Parité           | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|------------------|-------------------|------------------------|
| Nullipares       | 2248              | 42.5                   |
| Paucipares       | 2419              | 45.7                   |
| Multipares       | 527               | 10.0                   |
| Grande Multipare | 91                | 01.7                   |
| TOTAL            | 5285              | 100.0                  |

Les paucipares sont les plus nombreuses et représentent 45,7% de l'échantillon. Mais il faut noter que 1,7% des femmes sont de grandes multipares ; 2 patientes ont accouché 14 fois.

- Mode d'admission des femmes césarisées

Le mode d'admission a été précisé pour 91,59% des femmes (4862 sur 5308) et le tableau N° 5 ci-après nous indique la fréquence des différentes modalités d'admission de ces patientes

Tableau N° 5 : Répartition des césariennes en fonction du mode d'admission

| Mode d'admission   | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|--------------------|-------------------|------------------------|
| Evacuées           | 2635              | 54.2                   |
| Référés            | 0398              | 08.2                   |
| Venues d'elle-même | 1829              | 37.6                   |
| <b>TOTAL</b>       | <b>4862</b>       | <b>100.0</b>           |

Plus d'une femme sur deux (54,2%) sont admises dans un contexte d'urgence en provenance de divers centres de santé ou cabinets médicaux de Cotonou et même d'autres villes.

- Terme de la grossesse au moment de l'accouchement

Le terme de la grossesse a pu être précisé dans 45,2% des cas. Nous avons recodé ce terme en trois modalités :

- Prématurité (28 - 36 SA)
- A terme (37 - 42 SA)
- Post terme (> 42 SA)

La répartition en fonction de l'âge gestationnel est représentée dans le tableau N° 6 ci-dessous.

Tableau N° 6 : Répartition des césariennes en fonction de l'âge gestationnel

| Age gestationnel | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|------------------|-------------------|------------------------|
| Prématurité      | 0275              | 11.5                   |
| A terme          | 2046              | 85.3                   |
| Post terme       | 78                | 03.3                   |
| TOTAL            | 2399              | 100.0                  |

Chez la grande majorité des femmes (2046 cas), la césarienne a été effectuée sur une grossesse à terme. Le dépassement de terme n'a été enregistré que dans 3,3% de cas.

- Les consultations prénatales (CPN)

Tableau N° 7 : Répartition en fonction des CNP

| CNP        | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|------------|-------------------|------------------------|
| Faites     | 2420              | 45,6                   |
| Non faites | 2888              | 54,4                   |
| TOTAL      | 5308              | 100.0                  |

45,6% des cas ont effectué au moins une consultation prénatale.

Tableau N° 8 : Répartition selon le nombre de CNP faites

| nombre de CNP | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|---------------|-------------------|------------------------|
| < 4           | 723               | 45,0                   |
| ≥ 4           | 884               | 55,0                   |
| TOTAL         | 1607              | 100.0                  |

Il n'a pu être obtenu que dans 1607 dossiers. Plus de la moitié des femmes soit 55% ont fait au moins 4 CPN. Cependant 45% des césarisées ont fait moins de 4 consultations prénatales.

- Les césariennes antérieures

1141 soit 21,5 des parturientes avaient subi une césarienne antérieure

Tableau N° 9 : Répartition selon le nombre de césarienne antérieure

| Nombre de césarienne antérieure | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|---------------------------------|-------------------|------------------------|
| 1                               | 905               | 79,3                   |
| 2                               | 199               | 17,4                   |
| 3                               | 037               | 03,2                   |
| TOTAL                           | 1141              | 100.0                  |

Les césariennes itératives N° 1 sont les plus fréquentes dans notre échantillon.

- ◇ Place de la césarienne dans les activités du bloc opératoire

Pendant la période de l'étude, nous avons enregistré 10704 interventions au bloc opératoire et la césarienne en représentent 49,6%. Cette fréquence a été plus élevée en 1998 (51,9%).

- ◇ Place de la césarienne par rapport à l'hospitalisation

Il ressort que les césariennes représentent 17,3% des hospitalisations dans le service entre 1995 et 1999.

En fonction des années de l'étude, nous notons que

- 825 sur 5588 femmes ont été hospitalisées après césarienne soit 14,7% en 1995
- 967 sur 5244 soit 18.4% l'ont été en 1996
- 1127 sur 6517 soit 17,3% en 1997
- 1113 sur 6795 soit 16,4% en 1998
- 1276 sur 6612 soit 19,3% en 1999

Donc c'est en 1999 qu'il y a eu plus de femmes hospitalisées après césarienne.

Quelles sont les raisons pour lesquelles ces femmes ont subi une césarienne ?

## 2- Les indications de césarienne

Pour l'étude des indications, nous les avons classés en 6 principaux groupes à savoir :

- Les obstacles = DFP + Anomalies du bassin + PP + obstacles praevia
- Les détresses fœtales = SFA + procidence du cordon
- Les utérus cicatriciels = césariennes itératives + antécédents de rupture utérine
- Les présentations anormales = présentation de siège + présentation de front + présentation transversale + présentation de face.
- Les dystocies cervicales = les anomalies de la dilatation cervicale et des contractions utérines où le facteur mécanique, existant peut être, n'a pas été mis en avant.
- Les pathologies maternelles = HRP + HTA + Eclampsie + Cardiopathies / fibrome / diabète sur grossesse.

Tableau N° 10 : Répartition des césariennes selon les principaux groupes d'indication

| Indications             | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-------------------------|-------------------|------------------------|
| Détresses fœtales       | 2123              | 40,0                   |
| Obstacles               | 1825              | 34,4                   |
| Pathologies maternelles | 735               | 13,8                   |
| Utérus cicatriciels     | 732               | 13,8                   |
| Présentations anormales | 694               | 13,1                   |
| Dystocies cervicales    | 624               | 11,7                   |

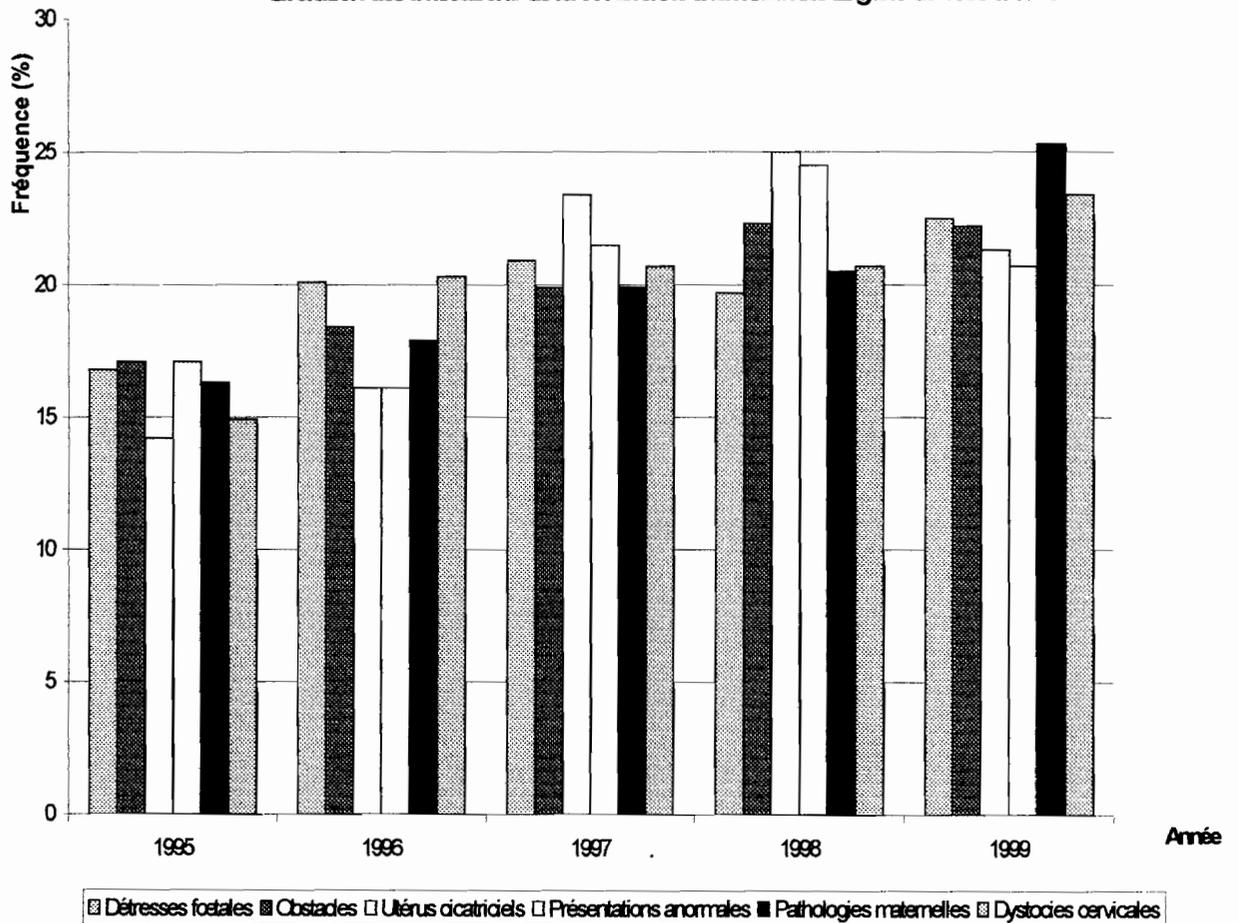
Les détresses fœtales représentent le groupe d'indication le plus fréquent avec 40% des cas. Elles sont suivies par les obstacles

**Tableau N° 11 : Evolution des principaux groupes d'indication de césariennes sur la période d'étude.**

| Indications                | Années       |              |              |              |              | Total |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
|                            | 95           | 96           | 97           | 98           | 99           |       |
| Détresses<br>foetales      | 357<br>16,8% | 427<br>20,1% | 443<br>20,9% | 419<br>19,7% | 477<br>22,5% | 2123  |
| Obstacles                  | 313<br>17,1% | 336<br>18,4% | 364<br>19,9% | 407<br>22,3% | 405<br>22,2% | 1825  |
| Utérus<br>cicatriciels     | 104<br>14,2% | 118<br>16,1% | 171<br>23,4% | 183<br>25,0% | 156<br>21,3% | 732   |
| Présentations<br>anormales | 119<br>17,1% | 112<br>16,1% | 149<br>21,5% | 170<br>24,5% | 144<br>20,7% | 694   |
| Pathologies<br>maternelles | 120<br>16,3% | 132<br>17,9% | 146<br>19,9% | 151<br>20,5% | 186<br>25,3% | 735   |
| Dystocies<br>cervicales    | 93<br>14,9%  | 127<br>20,3% | 129<br>20,7% | 129<br>20,7% | 146<br>23,4% | 624   |

D'une façon générale, on observe une évolution régulière de tous les principaux groupes d'indication au cours de la période d'étude.

Evolution des indications de la césarienne à la maternité Lagune de 1995 à 1999



### 3- Pronostic

Nous étudierons successivement le pronostic maternel et celui néonatal.

#### 3.1 Pronostic maternel

Nous distinguons la morbidité et la mortalité. Les éléments de pronostic dont nous avons tenu compte sont :

- l'âge
- la parité
- le mode d'admission
- les indications

### 3.1.1- Morbidité

Parmi les 5308 cas recensés, la survenue ou non de complication post opératoire a été précisée pour 5273 femmes parmi lesquelles 1680 soit 31,9% avaient présenté une complication. Le total des complications s'élève à 1778, car certaines patientes ont associé plusieurs complications. Ces 1680 femmes peuvent être réparties selon le type de complication, comme indiqué dans le tableau N° 12 suivant :

Tableau N° 12 : Fréquence des principales complications post opératoires

| Mode d'admission | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|------------------|-------------------|------------------------|
| Infections       | 1374              | 81.8                   |
| Hémorragie       | 28                | 01.7                   |
| Anémie           | 376               | 22.4                   |

L'infection est la 1<sup>ère</sup> complication post opératoire et frappe 81,8% des femmes présentant une complication ou 26,1% de toutes les femmes ayant subi une césarienne.

Cette infection revêt les formes suivantes :

- 1050 cas de suppuration pariétale soit 76,4% des infections. 9,6% de ces suppurations s'accompagnent de lâchage de fils soit 101 cas.
- 36 cas d'endométrite soit 2,6%
- 14 cas de péritonite soit 1% des infections
- 211cas d'hyperthermie d'étiologie indéterminée soit 15,4% des infections.

L'anémie est la 2<sup>ème</sup> complication morbide avec 22,4%, elle est suivie par l'hémorragie (1,7%).

Le profil des femmes ayant présenté une complication morbide est étudié à travers les éléments du pronostic :

- Age

Les tableaux N° 13, 14 et 15 présentent la fréquence des principales complications en fonction de l'âge, la parité, et le mode d'admission.

- Age

Tableau N° 13 : Fréquence des complications en fonction de l'âge

| Age                | ≤ 19 ans     | 20 - 35 ans   | > 35 ans     | Non précisé  | Total |
|--------------------|--------------|---------------|--------------|--------------|-------|
| Suites Opératoires |              |               |              |              |       |
| Complicées         | 189<br>11,3% | 1257<br>74,8% | 97<br>05,8%  | 137<br>08,2% | 1680  |
| Simplees           | 241<br>06,6% | 2784<br>76,7% | 260<br>07,2% | 343<br>09,4% | 3628  |
| Total              | 428          | 4017          | 354          | 509          | 5308  |

Khi2 = 36,0963

DDL = 3

P = 0.000

- Parité

Tableau N° 14 : Fréquence des complications en fonction de la parité

| Suites opératoires | Complicées   | Simplees      | Total |
|--------------------|--------------|---------------|-------|
| Parité             |              |               |       |
| Nullipares         | 786<br>46,8% | 1462<br>40,3% | 2248  |
| Paucipares         | 674<br>40,1% | 1745<br>48,1% | 2419  |
| Multipares         | 180<br>10,7% | 347<br>09,6%  | 527   |
| Grandes multipares | 35<br>02,1%  | 56<br>01,5%   | 91    |
| Non précisé        | 5<br>0,3%    | 18<br>01,4%   | 23    |
| Total              | 1680         | 3628          | 5308  |

Khi2 = 31,3429

DDL = 4

P = 0.000

Il ressort que les nullipares sont celles qui présentent le plus une complication post opératoire, soit 46,8% des complications.

- Mode d'admission

Tableau N° 15 Répartition des complications selon le mode d'admission

| Mode admission     | Evacuées      | Référées     | Venues d'elle même | Non précisé  | Total |
|--------------------|---------------|--------------|--------------------|--------------|-------|
| Suites opératoires |               |              |                    |              |       |
| Complicquées       | 988<br>58,8%  | 89<br>05,3   | 500<br>29,8%       | 103<br>06,1% | 1680  |
| Simplees           | 1647<br>45,4% | 309<br>08,5% | 1329<br>36,6%      | 343<br>09,5% | 3628  |
| Total              | 2635          | 398          | 1829               | 446          | 5308  |

Chi2 = 88,3060

DDL = 3

P = 0,000

Dans notre échantillon, les évacuées sont celles qui ont le plus présenté une complication post opératoire avec une fréquence de 58,8% des cas de complications. Chez les femmes référées, la survenue de complication est moins fréquente (5,3%).

- Indications

Nous avons étudié la fréquence de survenue de complication en fonction des différents groupes d'indication. En fonction des indications, les complications sont respectivement de :

- obstacles : 596 cas soit 35,5% des complications
- dystocies cervicales : 108 cas soit 6,4% des complications
- présentations anormales : 221 cas soit 13,2% des complications
- utérus cicatriciel : 147 cas soit 8,8% des complications
- détresse fœtale : 670 cas soit 39,9% des complications.
- pathologies maternelles : 177 cas soit 10,5% des complications.

Il en ressort que les césariennes pour détresse fœtale sont celles qui s'accompagnent le plus de complication (39,9%). Elles sont suivies par celles faites pour contourner un obstacle, avec 35,5%.

### 3.1.2 Mortalité

Parmi les 5308 césariennes, nous avons déploré 70 cas de décès soit 1,3%. Notons que les décès post césarienne représentent 4,2% de nos complications post opératoires (70/1680).

La mortalité maternelle a été étudiée en fonction des différents éléments du pronostic ; nous présentons les résultats comme suit :

- Age

Tableau N° 16 : Fréquence des décès en fonction de l'âge

| Age         | Nombre de décès   |                    |
|-------------|-------------------|--------------------|
|             | Fréquence absolue | Fréquence relative |
| ≤ 19 ans    | 06                | 08,6               |
| 20 - 35 ans | 45                | 64,3               |
| > 35 ans    | 11                | 15,7               |
| Non précisé | 08                | 11,4               |
| Total       | 70                | 100                |

45 femmes sur 70 décédées étaient en âge optimal pour la procréation.

- Parité

Tableau N° 17 : Fréquence des décès en fonction de la parité

| Parité             | Nombre de décès   |                    |
|--------------------|-------------------|--------------------|
|                    | Fréquence absolue | Fréquence relative |
| Nullipares         | 22                | 31,4               |
| Paucipares         | 32                | 45,7               |
| Multipares         | 09                | 12,9               |
| Grandes multipares | 06                | 08,6               |
| Non précisé        | 01                | 01,4               |
| Total              | 70                | 100                |

La plus faible fréquence de décès a été observée chez les grandes multipares (8,6%)

- Mode d'admission

Tableau N° 18 Fréquence des décès en fonction du mode d'admission

| mode d'admission  | Nombre de décès   |                    |
|-------------------|-------------------|--------------------|
|                   | Fréquence absolue | Fréquence relative |
| Evacuée           | 47                | 67,1               |
| Référée           | 04                | 05,7               |
| Venue d'elle même | 16                | 22,9               |
| Non précisé       | 03                | 04,3               |
| Total             | 70                | 100                |

67,1% des femmes décédées en période post opératoire ont été admises dans un contexte d'urgence (évacuées)

- Indications

En fonction des indications, les fréquences de décès sont de :

- obstacles 19 cas soit 27,1 des décès
- dystocies 5 cas soit 7,1% des décès
- présentations anormales 5 cas soit 7,1% des décès
- utérus cicatriciels 3 cas soit 4,3% des décès
- détresses fœtales 24 cas soit 34,3% des décès
- pathologies maternelles 27 cas soit 38,6% des décès.

Les pathologies maternelles constituent l'indication la plus pourvoyeuse de décès maternel.

#### **4- Pronostic foetal**

Il regroupe la morbidité et la mortalité néonatale. Nous avons recensé 5361 nouveaux nés dont 46 gémellaires, 2 triplets et 1 quadruplet.

##### **4.1- Morbidité**

L'apgar du nouveau né à la naissance a été précisé pour 5186 cas soit 96,7%. Nous avons recodé cet apgar en trois modalités.

Etat de mort apparente (0 - 3), état morbide (4 - 6), bon état général ( $\geq 7$ ). Les fréquences relatives de ces différentes modalités figurent dans les tableaux N° 19, 20 et 21 suivants :

Tableau N°19 : Répartition des césariennes en fonction de l'apgar à la 1<sup>ère</sup> mn

| Apgar    | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|----------|-------------------|------------------------|
| 0        | 162               | 03,1                   |
| 1 - 3    | 284               | 05,5                   |
| 4 - 6    | 1480              | 28,5                   |
| $\geq 7$ | 3260              | 62,9                   |
| TOTAL    | 5186              | 100.0                  |

La majorité des nouveaux nés soit 62,9% avaient un bon état général à la naissance. L'état de mort apparente est le moins représenté avec 446 cas soit 8,6%.

Tableau N° 20 : Répartition des césariennes en fonction de l'Apgar à la 5<sup>ème</sup> mn

| Apgar | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-------|-------------------|------------------------|
| 0     | 217               | 04,2                   |
| 1 - 3 | 35                | 0,7                    |
| 4 - 6 | 220               | 04,2                   |
| ≥7    | 4714              | 90,9                   |
| TOTAL | 5186              | 100.0                  |

Entre la 1<sup>ère</sup> et la 5<sup>ème</sup> minute, les fréquences d'état de mort apparente et d'état morbide sont passés respectivement de 8,6% à 4,9% et de 28,5% à 4,2%.

La fréquence d'Apgar égal à 0 est passée de 3,1% à 4,2%.

Signalons que parmi les nouveaux nés, 48,1% ont bénéficié d'une réanimation à la naissance, sur les 5329 chez qui nous avons recueilli cette information.

La morbidité néonatale a été étudiée en fonction des différents éléments du pronostic à savoir :

- le mode d'admission
- les indications
- le terme de la grossesse

Nous avons tenu compte pour cela de l'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute.

- Mode d'admission

Tableau N° 21: Etat des nouveaux nés en fonction du mode d'admission

| Mode d'admission \ Apgar | Évacuées      | Référées     | Venues d'elles mêmes | Non précisé  | Total |
|--------------------------|---------------|--------------|----------------------|--------------|-------|
| 0                        | 107<br>4,2%   | 8<br>2,0%    | 31<br>1,7%           | 16<br>3,4%   | 162   |
| 1 - 3                    | 176<br>6,9%   | 10<br>2,6%   | 80<br>4,5%           | 18<br>3,9%   | 284   |
| 4 - 6                    | 867<br>33,9%  | 72<br>18,4%  | 420<br>23,7%         | 121<br>26,0% | 1480  |
| ≥ 7                      | 1407<br>55,0% | 301<br>77,0% | 1242<br>70,1%        | 310<br>66,7% | 3260  |
| Total                    | 2557          | 391          | 1773                 | 465          | 5186  |

Khi2 = 151,4158

DDL = 9

P = 0,000

33,9% des nouveaux nés de mères évacuées avaient un état morbide à la naissance, et chez les femmes venues d'elles-mêmes cette fréquence est de 23,7%. Par contre 55% des nouveaux nés avaient un bon état général chez les femmes évacuées et 70,1% chez celles venues d'elles-mêmes

- Indications

Tableau N° 22 : Etat des nouveaux nés en fonction des indications de césarienne

| Indication \ Apgar      | 0  | 1 - 3 | 4 - 6 | ≥ 7  | Total |
|-------------------------|----|-------|-------|------|-------|
| Obstacles               | 54 | 103   | 478   | 1123 | 1758  |
| Dystocies cervicales    | 6  | 18    | 87    | 190  | 301   |
| Présentations anormales | 26 | 31    | 204   | 408  | 669   |
| Utérus cicatriciels     | 8  | 20    | 127   | 560  | 715   |
| Détresse fœtale         | 31 | 144   | 685   | 1194 | 2054  |
| Pathologies maternelles | 49 | 28    | 137   | 201  | 415   |

33,3% des enfants issus de césariennes pour détresses fœtales, naissent dans un état morbide.

- Terme de la grossesse à l'accouchement

Tableau N° 23 Etat des nouveaux nés en fonction du terme de la grossesse

| Terme<br>Apgar | Prématurité  | Terme normal  | Post terme   | Non précisé   | Total |
|----------------|--------------|---------------|--------------|---------------|-------|
| 0              | 16<br>5,0%   | 26<br>1,4%    | 2<br>1,4%    | 118<br>4,2%   | 162   |
| 1 - 3          | 24<br>7,5%   | 56<br>3,0%    | 5<br>3,5%    | 199<br>7,0%   | 284   |
| 4 - 6          | 94<br>29,4%  | 446<br>23,5%  | 33<br>23,1%  | 907<br>32,1%  | 1480  |
| ≥ 7            | 186<br>58,1% | 1368<br>72,2% | 103<br>72,0% | 1603<br>56,7% | 3260  |
| Total          | 320          | 1896          | 143          | 2827          | 5186  |

$\chi^2 = 147,5114$       DDL = 9      P = 0,000

Les fréquences de morts nés, de nouveaux nés en état de mort apparente et en état morbide sont plus élevées chez les prématurés (5%, 7,5% et 29,4%) que chez les autres nouveaux nés.

#### ⇒ La mortalité

La survenue ou non de décès néonatal a été précisée dans 5119 cas sur 5361 nouveaux nés soit 95,5% de cas. Cette précision a été faite durant le séjour de la mère dans le service en période post opératoire. Nous avons enregistré 409 cas de décès périnatal, ce qui représente 7,98% des nouveaux nés (409/5119), parmi lesquels 162 soit 39,6% sont mort nés et 247 décédés en période néonatale.

Le taux de mortalité néonatale est de 49,8‰ naissances vivantes.

## B- ETUDE PROSPECTIVE

Nous présenterons les résultats de notre étude prospective selon le plan suivant:

- Résultats globaux
- Indications
- Caractéristiques de l'intervention
- Pronostic
- Coût de la césarienne
- Perception psychosociale

### 1- Les résultats globaux

Durant les trois mois de l'enquête, nous avons recueilli 394 cas de césarienne. Ce nombre rapporté au nombre d'accouchements au cours de la période qui s'élève à 1623 nous donne une fréquence de 24,5%.

La répartition des césariennes selon l'âge, la parité, le mode d'admission, le terme de la grossesse et le niveau socio-économique est présentée dans les tableaux suivants :

- Age des parturientes

Il a été précisé chez 380 femmes soit 96,4%.

Tableau N° 24 : Répartition en fonction de l'âge

| Age         | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-------------|-------------------|------------------------|
| ≤ 19 ans    | 26                | 06,8                   |
| 20 - 35 ans | 308               | 81,1                   |
| > 35 ans    | 46                | 12,1                   |
| Total       | 380               | 100                    |

6,8% des cas étaient des adolescentes

Tableau N° 25 : Répartition en fonction de la parité

| Parité             | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|--------------------|-------------------|------------------------|
| Nullipares         | 171               | 43,4                   |
| Paucipares         | 186               | 47,2                   |
| Multipares         | 36                | 09,1                   |
| Grandes multipares | 01                | 0,3                    |
| Total              | 394               | 100                    |

Les paucipares étaient les plus fréquentes des femmes césarisées (47,2%). Une seule femme avait déjà accouché 9 fois.

- Mode d'admission des parturientes

Tableau N° 26 : Répartition en fonction du mode d'admission

| Mode d'admission   | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|--------------------|-------------------|------------------------|
| Evacuées           | 213               | 54,1                   |
| Référées           | 44                | 11,2                   |
| Venues d'elle-même | 137               | 34,8                   |
| Total              | 394               | 100                    |

Plus de la moitié des femmes césarisées dans le service était des évacuées (54,1%).

- Terme de la grossesse

Tableau N° 27 : Répartition en fonction du terme de la grossesse

| Terme (en SA) | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|---------------|-------------------|------------------------|
| < 37 SA       | 37                | 14,7                   |
| 37 - 42 SA    | 207               | 82,5                   |
| > 42 SA       | 07                | 02,8                   |
| Total         | 251               | 100                    |

Dans les 251 cas où le terme a été précisé, soit 63,7% des cas, nous avons déterminé 14,7% (37/251) d'accouchement prématuré.

- Provenance des parturientes

Tableau N° 28 : Répartition en fonction de la provenance

| Provenance               | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|--------------------------|-------------------|------------------------|
| Cotonou                  | 396               | 75,1                   |
| Périphériques de Cotonou | 045               | 11,4                   |
| Milieu rural             | 035               | 08,9                   |
| Autres villes            | 018               | 04,6                   |
| Total                    | 394               | 100                    |

Trois quart (3/4) des parturientes résident dans la ville de Cotonou (75,1%), 8,9% viennent d'un milieu rural.

- Consultations prénatales

Tableau N° 29: Répartition en fonction des consultations prénatales

| Consultations prénatale | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-------------------------|-------------------|------------------------|
| Faites                  | 374               | 94,9                   |
| Non faites              | 020               | 05,1                   |
| Total                   | 394               | 100                    |

La grossesse avait été suivie chez la majorité des patientes (94,9%). Dans 243 cas nous avons déterminé le nombre de CPN faites. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau N° 30: Répartition en fonction du nombre de consultations prénatales

| Nombre de CPN | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|---------------|-------------------|------------------------|
| < 4           | 047               | 12,6                   |
| ≥ 4           | 196               | 52,4                   |
| Non précisé   | 131               | 35,0                   |
| Total         | 374               | 100                    |

Plus de la moitié des femmes ont fait au moins 4 consultations prénatales.

- Césariennes antérieures

Tableau N° 31: Répartition en fonction des césariennes antérieures

| Césariennes antérieures | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-------------------------|-------------------|------------------------|
| Oui                     | 084               | 21,3                   |
| Non                     | 310               | 78,7                   |
| Total                   | 394               | 100                    |

Sur 394 parturientes 84 soit 21,3% avaient subi une césarienne antérieure parmi lesquelles 54 soit 64,3% avaient un utérus unicatriciel et 30 soit 35,7% un utérus bicatriciel

- Niveau socio-économique

Pour étudier le niveau socio-économique, nous avons tenu compte de variables telles que : la profession, le statut matrimonial et la catégorie d'hospitalisation

Tableau N° 32 : Répartition en fonction de la profession des parturientes

| Profession de la parturiente                        | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-----------------------------------------------------|-------------------|------------------------|
| Vendeuse/ commerçante                               | 172               | 43,7                   |
| Artisane                                            | 092               | 23,4                   |
| Ménagère                                            | 073               | 18,5                   |
| Fonctionnaire                                       | 038               | 09,6                   |
| Transitaire/ Opératrice de saisie/ agent commercial | 012               | 03,0                   |
| Elève/ Etudiante                                    | 07                | 01,8                   |
| Total                                               | 394               | 100                    |

La profession de vendeuse est celle qui prédomine dans notre échantillon avec 43,7%.

Tableau N° 33: Répartition en fonction de la profession du procréateur

| Profession du procréateur | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|---------------------------|-------------------|------------------------|
| Artisan / Ouvrier         | 190               | 48,2                   |
| Fonctionnaire             | 095               | 24,1                   |
| Commerçant / Vendeur      | 042               | 10,6                   |
| Cultivateur / Pêcheur     | 038               | 09,6                   |
| Transitaire/ Entrepreneur | 019               | 04,8                   |
| Autres                    | 010               | 02,5                   |
| Total                     | 394               | 100                    |

Les procréateurs sont pour la plupart des artisans (couturier, coiffeur, chauffeur, mécanicien, maçon, etc. ...).

Tableau N° 34 : Répartition en fonction du statut matrimonial des femmes

| Statut matrimonial | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|--------------------|-------------------|------------------------|
| Concubinage*       | 273               | 69,8                   |
| Célibataire        | 073               | 18,7                   |
| Mariée             | 044               | 11,3                   |
| Veuve              | 01                | 0,3                    |
| Total              | 391               | 100                    |

\* Il s'agit de femmes vivant avec un homme sans avoir fait le mariage civil ni religieux, mais parfois le mariage coutumier.

Nous constatons que dans la majorité des cas, les femmes vivent en concubinage avec le procréateur. Le conjoint d'une patiente est décédé au cours de sa grossesse.

Tableau N° 35 : Répartition en fonction de la catégorie d'hospitalisation

| Catégorie d'hospitalisation | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-----------------------------|-------------------|------------------------|
| 1 <sup>ère</sup> catégorie  | 017               | 04,3                   |
| 2 <sup>ème</sup> catégorie  | 097               | 24,6                   |
| 3 <sup>ème</sup> catégorie  | 280               | 71,1                   |
| Total                       | 394               | 100                    |

Presque trois quart (3/4) des patientes (71,1%) ont été hospitalisées en dernière catégorie. Seulement 4,3% d'elles ont pu se payer la 1<sup>ère</sup> catégorie.

Signalons que toutes les césariées séjournent 24 à 48 heures en salle de réveil et /ou service des soins intensifs avant de passer en salle d'hospitalisation.

## **2- Les indications**

Nous avons classés les indications de césarienne en 6 groupes dont les fréquences sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau N° 36 : Répartition en fonction des indications

| Indications             | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-------------------------|-------------------|------------------------|
| Détresse fœtale         | 181               | 45,9                   |
| Obstacles               | 161               | 40,9                   |
| Pathologies maternelles | 081               | 20,6                   |
| Utérus cicatriciel      | 062               | 15,7                   |
| Dystocies cervicales    | 057               | 14,5                   |
| Présentations anormales | 038               | 09,6                   |

La détresse fœtale (souffrance fœtale, procidence du cordon) constitue l'indication la plus fréquente de césarienne avec 45,9%.

## **3- Les caractéristiques de l'intervention**

Nous nous sommes intéressé à certains éléments pouvant influencer le pronostic materno-fœtal de la césarienne. Ce sont :

- La rupture prématurée de la poche des eaux

Il est ressorti de l'étude que 184 cas sur 394 soit 46,8% avaient rompu la poche des eaux avant leur admission dans le service.

- Conditions opératoires

Tableau N° 37 : Répartition en fonction des conditions opératoires

| conditions opératoires | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|------------------------|-------------------|------------------------|
| Urgence                | 347               | 88,3                   |
| Programmée             | 047               | 11,7                   |
| Total                  | 394               | 100                    |

La grande majorité des femmes sont opérées dans un contexte d'urgence

- Le délai d'intervention

Il s'agit du délai entre la prise de décision opératoire et son exécution. Il a été déterminé dans 355 cas ce qui équivaut à 90,1%

Tableau N° 38 : Répartition en fonction du délai d'intervention

| Délai d'intervention | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|----------------------|-------------------|------------------------|
| ≤ 1 H                | 88                | 24,8                   |
| 1H - 2 H             | 148               | 41,7                   |
| > 2 H                | 119               | 33,5                   |
| Total                | 355               | 100                    |

Les trois quarts (3/4) des césariennes (75,2%) sont exécutées dans un délai supérieur à une heure de temps après la prise de décision.

- La durée de l'intervention

Tableau N° 39 : Répartition en fonction de la durée d'intervention

| Durée d'intervention | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|----------------------|-------------------|------------------------|
| ≤ 1 H                | 148               | 37,6                   |
| 1H - 2 H             | 242               | 61,4                   |
| > 2 H                | 04                | 01,0                   |
| Total                | 394               | 100                    |

La durée moyenne de l'intervention est de 67 mn. Dans 4 cas la durée est supérieure à 2 heures.

- Voie d'abord pariétal

Tableau N° 40 : Répartition en fonction de la voie d'abord

| Voie d'abord            | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-------------------------|-------------------|------------------------|
| IMSO                    | 361               | 91,6                   |
| Incision de Pfannestiel | 033               | 08,3                   |
| Total                   | 394               | 100                    |

L'Incision Médiane Sous Ombilicale (IMSO) est la voie d'abord prédominante avec 91,6%

- Type d'hystérotomie

L'Hystérotomie Segmentaire Transversal (HST) est le seul type pratiqué pour toutes les césariées

- Type d'anesthésie

Tableau N° 41 : Répartition en fonction du type d'anesthésie

| Type d'anesthésie   | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|---------------------|-------------------|------------------------|
| Anesthésie générale | 378               | 95,9                   |
| Rachianesthésie     | 015               | 03,8                   |
| Péridurale          | 01                | 0,3                    |
| Total               | 394               | 100                    |

L'anesthésie générale est la plus utilisée dans le service.

- L'opérateur

L'intervention a été pratiquée par :

- Un gynécologue obstétricien dans 110 cas soit 27,9%
- Un médecin en spécialisation de gynécologie - obstétrique dans 284 cas soit 72,1%.

- Le suivi post-opératoire

Nous avons distingué :

Le suivi correct : lorsque les prescriptions post-opératoires sont honorés à temps, et les soins mis en route et régulièrement administrés.

Le suivi non correct : Lorsque les soins post-opératoires sont faits avec retard et /ou de façon irrégulière soit parce que les prescriptions ne sont pas honorées (cas le plus fréquent) soit pour des raisons liées au personnel ou à la patiente.

Tableau N° 42 : Répartition des patientes selon le suivi post-opératoire

| Suivi post-opératoire | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-----------------------|-------------------|------------------------|
| Correct               | 318               | 80,7                   |
| Non correct           | 076               | 19,3                   |
| Total                 | 394               | 100                    |

Les prescriptions faites pour les soins post opératoires ont été correctement suivies pour 318 patientes.

#### **4- Pronostic**

- Pronostic maternel

- \* La morbidité

Une complication per opératoire est survenue chez 21 patientes soit 5,3%. La plus fréquente était l'hémorragie avec 14 cas (66,7%), suivie par les complications lésionnelles (lésion vésicale, lésion utérine) avec 7cas soit 33,3%.

Tableau N° 43 : Répartition des patientes selon les suites opératoires

| suites opératoires | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|--------------------|-------------------|------------------------|
| Complicquées       | 198               | 50,3                   |
| Simple             | 196               | 49,7                   |
| Total              | 394               | 100                    |

La survenue d'une complication en période post opératoire a été noté chez 198 patientes soit 50,3%. Les différentes complications observées sont les suivantes.

**Tableau N° 44 : Répartition des patientes selon le type de complication**

| Type de complication Post opératoire | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|--------------------------------------|-------------------|------------------------|
| Infection                            | 167               | 42,4                   |
| Anémie                               | 28                | 07,1                   |
| Hémorragie                           | 11                | 02,8                   |
| Autres                               | 16                | 04,1                   |

L'infection représente la plus fréquente complication chez les césariées avec 42,4%; elle est suivie par l'anémie.

Parmi les autres complications, nous avons eu 1 cas de fistule vésico-vaginale, 3 cas de phlébite, 1 cas d'hémiplégie.

Nous avons étudié la morbidité en fonction de certains éléments de pronostic à savoir : la condition opératoire, le suivi post opératoire et la catégorie d'hospitalisation.

- Les conditions opératoires

**Tableau N° 45 : Répartition des complications en fonction des conditions opératoires**

| Conditions opératoires | Césarienne d'urgence |      | Césarienne programmée |      |
|------------------------|----------------------|------|-----------------------|------|
|                        | Nombre               | %    | Nombre                | %    |
| Suites opératoires     |                      |      |                       |      |
| Complicquées           | 183                  | 52,7 | 15                    | 32,6 |
| Simple                 | 164                  | 47,3 | 32                    | 67,4 |
| Total                  | 347                  | 100  | 47                    | 100  |

Plus de la moitié des césariennes faites dans un contexte d'urgence (52,7%) ont évolué vers une complication post opératoire contre 32,6% dans les cas où la césarienne était programmée.

- Suivi post-opératoire

Tableau N° 46 : Répartition des complications en fonction du suivi post opératoire

| Suivi post-opératoire<br>Suites opératoires | Correct |      | Non correct |      |
|---------------------------------------------|---------|------|-------------|------|
|                                             | Nombre  | %    | Nombre      | %    |
| Complicquées                                | 148     | 46,5 | 50          | 65,8 |
| Simple                                      | 170     | 53,5 | 26          | 34,2 |
| Total                                       | 318     | 100  | 76          | 100  |

Les suites opératoires se sont compliquées dans 65,8% des cas de mauvais suivi post-opératoire.

- Les catégories d'hospitalisation

Tableau N° 47 : Répartition des complications en fonction de la catégorie d'hospitalisation

| Catégorie<br>Suites opératoires | 1 <sup>ère</sup> catégorie |      | 2 <sup>ème</sup> catégorie |      | 3 <sup>ème</sup> catégorie |      |
|---------------------------------|----------------------------|------|----------------------------|------|----------------------------|------|
|                                 | Nombre                     | %    | Nombre                     | %    | Nombre                     | %    |
| Complicquées                    | 03                         | 17,6 | 38                         | 39,2 | 157                        | 56,1 |
| Simple                          | 14                         | 82,4 | 59                         | 60,8 | 123                        | 43,9 |
| Total                           | 17                         | 100  | 97                         | 100  | 280                        | 100  |

L'évolution vers une complication post opératoire est plus fréquente chez les femmes hospitalisées en 3<sup>ème</sup> catégorie (56,1%).

Plus la catégorie est basse plus fréquentes sont les complications.

\* La mortalité maternelle

Dans notre échantillon nous avons déploré 3 cas de décès post-opératoire soit 0,7% des césarisées.

La fréquence de décès par rapport à l'ensemble des complications est de 1,5% (3/198).

- Durée d'hospitalisation

Nous avons recodé cette variable en plusieurs modalités, ce que nous présente le tableau suivant :

Tableau N° 48 : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

| Durée d'hospitalisation | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-------------------------|-------------------|------------------------|
| 0 - 7 jours             | 98                | 25,1                   |
| 8 - 14 jours            | 231               | 59,1                   |
| 15 - 21 jours           | 34                | 08,7                   |
| 22 - 28 jours           | 17                | 04,3                   |
| 29 -35 jours            | 06                | 01,5                   |
| > 35 jours              | 06                | 01,5                   |
| Total                   | 392               | 100                    |

La durée d'hospitalisation la plus courte a été de 4 jours (1 cas) et la plus longue de 62 jours (1 cas). La durée moyenne est de 11 jours.

- Pronostic foetal

- \* Morbidité

Sur les 409 nouveaux nés dont 13 cas de jumeaux et un cas de triplet 221 soit 54,03% ont bénéficié d'une réanimation à la naissance.

Tableau N° 49 : Répartition des nouveaux nés selon l'apgar à la 1<sup>ère</sup> minute

| Apgar à la 1 <sup>ère</sup> minute | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|------------------------------------|-------------------|------------------------|
| 0                                  | 015               | 03,6                   |
| 1 - 3                              | 049               | 12,0                   |
| 4 - 6                              | 095               | 23,2                   |
| ≥ 7                                | 250               | 61,1                   |
| Total                              | 409               | 100                    |

15,6% des nouveaux nés naissent dans un état de mort apparente.

Tableau N° 50 : Répartition des nouveaux nés selon l'apgar à la 5<sup>ème</sup> minute

| Apgar à la 5 <sup>ème</sup> minute | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|------------------------------------|-------------------|------------------------|
| 0                                  | 020               | 04,9                   |
| 1 - 3                              | 05                | 01,2                   |
| 4 - 6                              | 033               | 08,1                   |
| ≥ 7                                | 351               | 85,9                   |
| Total                              | 409               | 100                    |

5 mn après leur naissance, 85,9% des nouveaux nés ont un bon état général.

#### Complications néonatales

Nous avons observé 97 cas de complications néonatales soit 23,7%. Les principales complications se répartissent comme suit :

Tableau N° 51 : Répartition des patientes selon l'apparition ou non des complications néonatale

| Type de complication néonatale | Fréquence absolue | Fréquence absolue (%) |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Infection materno-fœtale       | 48                | 49,5                  |
| Ictère infectieux              | 25                | 25,8                  |
| Détresse respiratoire          | 12                | 12,4                  |
| Souffrance cérébrale           | 09                | 09,3                  |
| Autres                         | 24                | 24,7                  |

La complication prédominante a été l'infection materno-fœtale avec 48 cas. Parmi les autres complications nous avons observé 5 cas d'hémorragie digestive, 6 cas de souffrance intestinale, 1 cas de cardiopathie congénitale.

#### \* Mortalité

A la fin de notre enquête, nous avons déploré 32 cas de décès périnatal ce qui équivaut à 7,8%; dont 15 cas de morts nés et 17 cas de décès néonatal. Ces derniers sont survenus dans un tableau de :

- détresse respiratoire dans 8 cas
- souffrance cérébrale dans 2 cas
- épistaxis dans 1 cas

- hémorragie digestive dans 4 cas

Nous n'avons pas pu déterminer la cause du décès dans les 2 cas restants. Le taux de mortalité néonatale est de 43‰ naissances vivantes.

- Poids à la naissance

Tableau N° 52 : Répartition en fonction du poids de naissance

| Poids de naissance<br>(en gramme) | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------|
| 1000 - 2500                       | 86                | 21,0                   |
| 2500 - 4000                       | 317               | 77,5                   |
| ≥ 4000                            | 06                | 01,4                   |
| Total                             | 409               | 100                    |

21% des nouveaux nés avaient un faible poids de naissance et 1,4% d'entre eux étaient de gros fœtus. Le poids moyen est de 2932 g

## **5- Coût des différentes prestations**

- \* Frais de médicaments et consommables

Nous avons pu obtenir les ordonnances médicales chez 304 patientes dont la répartition est faite dans le tableau suivant.

Tableau N° 53 : Répartition des patientes en fonction des frais de médicaments et consommables

| frais de médicaments<br>(FCFA) | Fréquence<br>absolue | Fréquence relative<br>(%) |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| [20 000 - 40 000[              | 30                   | 09,9                      |
| [40 000 - 60 000[              | 152                  | 50,0                      |
| [60 000 - 80 000[              | 87                   | 28,6                      |
| [80 000 - 100 000[             | 29                   | 09,5                      |
| [100 000 - 120 000[            | 05                   | 01,6                      |
| ≥ 120 000                      | 01                   | 0,3                       |
| Total                          | 304                  | 100                       |

En moyenne, les frais de médicaments reviennent à 58.442 F. Seulement 9,9% des patientes ont dépensé moins de 40 000 F en produits pharmaceutiques, dès la décision de césarienne jusqu'à leur exeat. Une patiente a dépensé 127 000 F CFA.

\* Frais de l'acte opératoire

L'acte opératoire coûte 13.000 F CFA pour toutes les césarisées. Dans les 7 cas de reprise de paroi, il revient à 17 500 F CFA (13 000 + 4 500).

Le prix moyen est égal à 13.079 F

\* Frais d'hospitalisation

Tableau N° 54 : Répartition des patientes selon les frais d'hospitalisation

| Frais d'hospitalisation (F CFA) | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|---------------------------------|-------------------|------------------------|
| < 20 000                        | 284               | 72,6                   |
| [20 000 - 40 000[               | 081               | 20,7                   |
| [40 000 - 60 000[               | 016               | 04,1                   |
| [60 000 - 80 000[               | 06                | 01,5                   |
| ≥ 80 000                        | 04                | 01,0                   |
| Total                           | 391               | 100                    |

Le coût moyen de l'hospitalisation est de 19.311 F

\* Frais de soins néonataux

Ils ont été déterminés pour 276 nouveaux nés

Tableau N° 55 : Répartition selon les frais de soins néonataux

| Frais de soins néonataux | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|--------------------------|-------------------|------------------------|
| < 10 000                 | 011               | 04,0                   |
| [10 000 - 20 000[        | 120               | 43,5                   |
| [20 000 - 30 000[        | 108               | 39,1                   |
| [30 000 - 40 000[        | 031               | 11,2                   |
| [40 000 - 50 000[        | 06                | 02,2                   |
| Total                    | 276               | 100                    |

La moyenne est de 21.923 F. Les frais de soins néonataux, s'élève à 20.000 F au moins dans 52,5% des cas.

\* Coût global

Tableau N° 56 : Répartition des patientes selon le coût global de césarienne

| Coût global         | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|---------------------|-------------------|------------------------|
| < 20 000            | 03                | 0,8                    |
| [20 000 - 40 000[   | 75                | 19,0                   |
| [40 000 - 60 000[   | 09                | 02,3                   |
| [60 000 - 80 000[   | 28                | 07,1                   |
| [80 000 - 100 000[  | 74                | 18,8                   |
| [100 000 - 120 000[ | 121               | 30,7                   |
| [120 000 - 140 000[ | 58                | 14,7                   |
| [140 000 - 160 000[ | 14                | 03,6                   |
| [160 000 - 180 000[ | 08                | 02,0                   |
| [180 000 - 200 000[ | 04                | 01,0                   |
| Total               | 394               | 100                    |

Le coût moyen s'élève à 90 975 F CFA. Le prix de revient de la césarienne s'est élevé au moins à 100 000 F CFA pour 48% des cas. Le prix le plus élevé à été 198 060 F. Dans les cas de décès maternel, seul les frais de l'acte opératoire ont été pris en compte.

• Auteur du règlement des frais de prestations

Dans la majorité des cas (354/394) la prise en charge financière incombe au procréateur qui intervient soit tout seul (60,7% des cas) soit avec l'aide des parents ou de la patiente (18,6% des cas) soit avec une prise en charge (10,4% des cas). Ensuite vient la famille qui intervient dans 21,4% des cas seulé ou non. On a dû avoir recours à l'assistance sociale dans 14 cas soit 2,8% pour une action ponctuelle à un moment donné, en particulier :

- Achat ponctuel de médicament ou consommable
- Sensibilisation du milieu familial pour une meilleure prise en charge de leur patiente, ou pour un paiement par tranche des frais dus à la maternité (Acte opératoire + frais d'hospitalisation).

## **6- Perception psycho-socio anthropologique**

### **Enquête auprès des victimes**

- Représentation socioculturelle de la césarienne

Nous avons pu obtenir l'avis de 336 patientes sur cette question (85,3%).

Lorsque la grossesse se termine par une césarienne;

- 155 femmes (46,1%) pensent qu'il s'agit d'un signe du destin ou de la volonté divine
- 163 femmes (48,5%) pensent qu'il s'agit d'un sort qui leur a été jeté.
- 18 (5,4) femmes sont restées sans opinion sur le sujet.

- Ressentiment à l'annonce de la césarienne

Lorsque les parturientes sont informées qu'elles doivent subir une césarienne,

- 29,2% d'elles ont avant tout la crainte de perdre leur vie suite à cette intervention
- 8,6% craignent la douleur en per ou en post opératoire.
- 11,8% d'elles ont plutôt ressenti un soulagement à l'idée d'être enfin délivrées.
- 50,0% sont restées indifférentes ou étaient inconscientes lors de la décision

- Acceptation de la césarienne comme issue de la grossesse

La césarienne est considérée comme issue éventuelle de la grossesse par 95 patientes (24,1%), qui pensent que cette solution est adoptée par les médecins en cas de nécessité, pour aider la patiente ou sauver la mère et/ou le fœtus. 243 soit 61,7% des patientes n'acceptent pas qu'une grossesse se termine par une césarienne. Parmi les raisons qu'elles ont évoqué, les principales sont :

- le risque de décès
- les dépenses importantes
- la souffrance
- le fait que la césarienne hypothèque les grossesses futures

La césarienne a dû être exécuté contre la volonté de la patiente dans 9 cas. La décision a alors été acceptée soit par le procréateur ou sa famille (7 cas), ou la mère de la patiente (2 cas)

- Consultation de tradipraticien ou voyant

Dans 54 cas (13,7%) une visite a été effectuée chez le tradipraticien, le plus souvent initiée par les parents du procréateur ou de la gestante. Cette consultation est parfois faite déjà bien avant le travail d'accouchement dans le but de faciliter l'accouchement ou de préserver la santé de la mère et de l'enfant contre un mauvais sort. Dans d'autres cas, elle est faite après la décision de césarienne dans le but de déterminer la cause d'une telle issue et/ou d'éviter toute complication maternelle ou foétale de l'intervention.

- La patiente est-elle satisfaite de la césarienne effectuée

Sur 335 femmes qui nous ont donné leur avis sur la question durant leur séjour post opératoire dans le service, (à partir de J<sub>5</sub> P O), 282 se sont dit satisfaites, ce qui fait une fréquence de 71,6% des patientes. Elles l'ont été surtout parce que mère et /ou enfant a (ont) été sauvé.

Les patientes n'étaient pas satisfaites dans 13,5% des cas. Les principales raisons évoquées sont :

- le décès néonatal (14 cas)
- la douleur
- la survenue de complication post opératoire
- la crainte d'une césarienne à chaque future grossesse
- le sentiment que la césarienne effectuée était plutôt abusive et pouvait être évitée si le personnel avait été un peu plus patient.

# **V - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

Ce travail nous permet d'analyser et de commenter nos résultats par rapport aux données de la littérature.

Pour certaines variables, nous avons tenu compte des résultats de notre étude rétrospective, vu que l'échantillon y est plus important et les différences avec les résultats de l'étude prospective peu significatifs.

Le volet prospectif nous permettra l'analyse des données que nous n'avons pas pu obtenir dans le volet rétrospectif.

## **1- Fréquence de la césarienne**

Sur les cinq années (1995 – 1999) que couvre notre étude, nous avons enregistré 5308 césariennes pour 25481 accouchements. La fréquence moyenne de césarienne s'élève donc à 20,8 % . L'évolution s'est faite vers une augmentation régulière : Nous sommes passés de 17,7% à 22,4%. Plusieurs auteurs ont observé la même tendance : MBAZUMUTIMA [51] à la CUGO de 1994 à 1997 a observé une progression nette de 24,15% à 27,45% ; et COULIBALY [20] à l'HGT de Bamako de 1992 à 1995 a observé une augmentation de fréquence de 9,76% à 16,13% pour décroître à 13,61% en 1996.

Les travaux antérieurs des différents auteurs montrent que la fréquence de l'opération césarienne varie dans le temps et dans l'espace :

En France, à la clinique obstétricale de la conception (Marseille), AZOULAY P. et Coll. trouvent une fréquence globale de 15,68% entre 1986 et 1990 [9]. Au CHU de Toulouse, le taux est passé de 13% à 19,5% au cours de la période 1983-1993 [10].

Aux Etats Unis cette opération représente 24,0% des accouchements [31]. Notre taux est donc supérieur à ceux relevés en Europe, mais inférieur à celui des USA.

Par rapport aux auteurs africains, la fréquence de l'acte dans notre série est proche de celle de BIGABWA à la Clinique Universitaire de Kinshasa en 1997 [12] : 20,1% et dépasse celle de COULIBALY à l'Hopital Gabriel Touré de Bamako sur la période 1992-1996 : 12,17%. MBAZUMUTIMA à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Cotonou [51] et TEGUETE à l'Hôpital National du point G de Bamako [74] ont noté respectivement 23,54% sur la période 1994-1997 et 24,05% sur la période 1991-1993 ; ces taux sont supérieurs au nôtre.

En nous référant aux résultats obtenus par AOUANOU G.B.K. [7], et TOKANNOU S. [76] à la maternité Lagune, nous constatons que la fréquence de césarienne a triplé en 12 ans, en passant de 6,62% en 1987 selon AOUANOU à

10,93% en 1993 selon TOKANNOU, puis à 22,4% en 1999 d'après nos résultats ; soit une augmentation annuelle moyenne de 1,3%. Ce taux observé en 1999 à la maternité Lagune (22,4%) dépasse déjà largement les prévisions faites par TOKANNOU pour l'an 2000 soit 15,41%.

Cette situation peut s'expliquer en partie par la grande fréquentation de la maternité lagune vu son caractère social et l'afflux croissant des parturientes qui y sont évacuées pour accouchements dystociques.

Il faut dire que les chiffres africains ne reflètent pas la fréquence générale des césariennes dans la population , en raison du phénomène de concentration de pathologies dans les centres de référence. L'augmentation des formations sanitaires périphériques réduit le nombre des accouchements normaux alors qu'il augmente celui des accouchements dystociques , dans les centres de référence.

L'augmentation de la fréquence de césarienne est aujourd'hui un phénomène quasi général observé à travers la littérature. Il serait difficile de dire si l'on fait trop ou peu de césariennes.

## **2- Caractéristiques socio-démographiques des patientes**

### **2-1 L'âge**

L'âge moyen des parturientes césarisées dans notre série est de 27 ans, avec une prédominance entre 19 et 35 ans soit 83,7%. Ce résultat se rapproche de ceux de COULIBALY [20] 82,1%, de TEGUETE [74] 79,3%, et de DIALLO [25] 88,75% pour la même tranche d'age.

Notre âge moyen est légèrement inférieur à celui de TOKANNOU S. [76] et MBANZUMUTIMA [51] qui ont trouvé 29 ans, et comparable à celui de COULIBALY[20] soit 26 ans.

Comme l'avait noté TOKANNOU, la plus jeune césarisée a 13 ans et la plus âgée 47 ans. Mais ces âges extrêmes ne semblent pas avoir d'implications évidentes sur le pronostic de la césarienne.

Selon MERCHAOUI [54] l'âge des parturientes césarisées est sans influence sur la durée de leur séjour post opératoire.

## 2-2 La Parité

Les nullipares représentent 42,5% de notre échantillon pour 38,3% ; 33,3% et 30,10% trouvés respectivement par MBAZUMUTIMA, TOKANNOU et AOUANOU [51,76,7]. Les primipares font 23,5% des césariées, ce qui est supérieur aux chiffres de 19,7% et 20,8% recensés par TEGUETE [74] et TOKANNOU [76] mais inférieur à ceux de BERTHE Y. [11] et de BIGABWA [12] soit 27,92% et 29,5%.

En fait la fréquence de césarienne diminue au fur et à mesure qu'augmente la parité.

## 2-3 Le mode d'admission

62,4% de nos patientes étaient évacuées (54,2%) dans un contexte d'urgence ou référées (8,2%) contre 37,6% venues d'elle même.

Ces résultats sont en conformité avec ceux obtenus en 1994 à la maternité Lagune [76] et en 1998 à la CUGO[51].

Par contre dans les études plus anciennes, la proportion d'évacuées était moins élevée : AOUANOU en 1988 [7] avait noté 40,16% d'évacuées ; ce qui s'accorde avec notre hypothèse de concentration des pathologies.

Comparé aux chiffres de Bamako, le nôtre avoisine celui de COULIBALY [20] à l'HGT soit 60,56% ; mais il est inférieur à celui de TRAORE A. F. [77] : 91,10% et supérieur à celui de TEGUETE [74] à l'HNptG : 49,35% .

Une analyse des résultats obtenus par AGBANGLA C.[3] en 1993 sur la prise en charge des urgences obstétricales, nous permet de dire que le mode d'admission a une influence non négligeable sur le mode d'accouchement.

Ces parturientes sont évacuées le plus souvent lorsque l'accouchement s'avère dystocique nécessitant alors une prise en charge urgente ; à cela s'ajoute le retard que connaît le système d'évacuation dans les pays en voie de développement, et parfois le retard dans la prise en charge au niveau de notre structure de référence en raison de l'affluence des admissions, du manque de personnel qualifié ou des difficultés financières.

Le problème de la prise en charge des urgences obstétricales à la maternité Lagune demeure donc, et mérite notre attention à cause du mode d'accouchement qui leur est le plus souvent réservé et de la nature de leurs suites opératoires, que nous verrons plus loin.

## 2.4 La situation matrimoniale

11,3% de nos patientes sont mariées. Les autres (88,5%) sont célibataires ou vivent en concubinage avec leur partenaire. Cette situation peut engendrer des discordes entre la patiente et le milieu familial ou son partenaire, avec un impact sur la prise en charge financière et psycho affective de la patiente. Ceci pourrait influencer sur les suites opératoires.

## 2.5 La profession des patientes

La plupart des patientes (85,1%) sont ménagères ou exercent une profession libérale informelle (vendeuse, artisanne), comme l'avait noté NJEYEHA[60]. Des études précédentes [4,61], ont relevé la fréquence de suites opératoires compliquées dans ce groupe socio professionnel.

## 2.6 La profession des partenaires

Les professions libérales informelles constituent également les professions les plus exercées par les partenaires avec 68,5%. Elles leur rapportent un revenu mensuel bas, proche du SMIG qui est de 23.150F CFA[60].

Notre étude nous révèle que ces partenaires sont dans la majorité des cas (89,8%) responsables de la prise en charge financière des césarisées. Sans oublier qu'ils doivent également satisfaire leurs besoins élémentaires (alimentations, logement,...), leur précarité financière explique les difficultés à honorer les prescriptions et les frais des diverses prestations de soins, ainsi que les conséquences qui en découlent. Cette situation a été noté dans la littérature [18]

## **3- Les indications de la césarienne**

Dans notre maternité, les indications de la césarienne se sont considérablement élargies comme dans beaucoup d'autres centres hospitaliers. La pensée constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie ou de traumatisme, tout en ménageant au mieux la santé de la mère, le rend plus large sur les indications. Nous constatons dans notre série une évolution de toutes les indications sur la période d'étude ;il n'y a pas une augmentation particulière des indications d'origine fœtale ,qui témoignerait d'un plus grand souci d'améliorer le pronostic fœtal de l'accouchement . Ces préoccupations ne doivent cependant pas faire oublier les conséquences de la

césarienne pour la mère ainsi que l'hypothèque qu'elle fait peser sur les accouchements ultérieurs.

"Et la césarienne ne doit pas être une intervention de facilité ou de couverture car si certaines indications sont impérieuses, d'autres au contraire se veulent étalon de l'art de l'obstétrique dans une maternité ". [66]

Le plus souvent, l'indication de la césarienne était double dans notre échantillon (HTA+SFA, présentation dystocique+ bassin limite ). MELCHIOR et Coll. [53] avait retrouvé la même situation , ainsi que COULIBALY [20]

Les indications les plus fréquentes de notre étude sont :

Les souffrances fœtales : 40%

Les obstacles : 34,4%

Les utérus cicatriciels : 13,8%

Les pathologies maternelles : 13,8%

TOKANNOU [76] en 1994 a trouvé les indications les plus fréquentes selon l'ordre suivant :

Souffrance fœtale : 26,5%

Dystocie mécanique : 11,8%

Dystocie dynamique : 11,7%

Présentations vicieuses : 8,2%

Disproportion foeto - pelvienne : 7,9%

Une étude de ALIHONOU E. et Coll. [6 ] a prévu que le taux des césariennes pour souffrance fœtale allait évoluer ce que confirme notre étude. Ce taux est passé de 16,21% en 1980 [6] à 26,5% en 1994 [76] puis à 40% dans notre étude.

TEGUETE [74] a observé à l'H.N. PT G de Bamako :

Les disproportions foeto pelviennes : 37,6%

Les utérus cicatriciels : 22,5%

Les anomalies de présentation : 21,8%

La souffrance fœtale : 16,06%

BIGABWA à la maternité des CUK (Clinique Universitaire de Kinshasa) [12] a eu comme indications plus fréquentes :

La dystocie mécanique : 29,5%

La souffrance fœtale : 21,3%

La disproportion foeto pelvienne : 9,8%

Les utérus cicatriciels : 8,2%

Les présentations dystociques : 8,2%

Les plus fréquentes indications de césarienne de notre étude, se retrouvent dans les différents résultats sus-cités ; les proportions dans lesquelles elles interviennent sont variables d'un auteur à un autre.

#### **4- Les caractéristiques obstétricales**

Sur le tableau 7, nous constatons que 54,4% des patientes n'aurait fait aucune consultation prénatale. Il faut cependant reconnaître que cette notion n'est précisée dans nos dossiers médicaux que lorsque la grossesse a été suivie dans le service ; les nombreuses femmes évacuées ont souvent fait les CPN dans d'autres centres de santé, ce qui n'est presque jamais reporté.

Cette lacune explique la fréquence élevée de CPN faites que nous avons retrouvé dans notre étude prospective, soit 94,9% rejoignant ainsi BERTHE Y. [11] avec 93,1%. D'autres auteurs comme DIALLO C.H. et TEGUETE trouvent des chiffres de 50,2% et 38,2% [25,74].

Le tableau 30 nous montre que 12,6% des césarisées ayant suivi leur grossesse, ont bénéficié de moins de 4 CPN, minimum recommandé par l'OMS.

Au sein de notre échantillon, les césariennes itératives représentent 21,5% des césariennes effectuées. Ce taux est légèrement inférieur à celui des travaux de AOUANOU G.B..K [7] 27,99% en 1988 et TOKANNOU S. [76] 26,7% en 1994. On note donc une diminution des césariennes itératives malgré l'augmentation de la fréquence de césarienne. Il en ressort que l'axiome de CRAGIN : « Césarienne un jour, césarienne toujours » est aujourd'hui remise en question, par la promotion de l'accouchement par voie basse chez les patientes antérieurement césarisées, après épreuve de la cicatrice utérine [1,2,14].

Les Césariennes itératives de notre étude sont des itératives N°1 dans 79,1% des cas, N°2 dans 17,3% des cas et N° 3 dans 3,2% des cas.

La fréquence de césarienne itérative diminue donc au fur et à mesure qu'augmente le nombre de césarienne antérieure, comme l'avait noté TOKANNOU. [76]

Une rupture de la poche des eaux avant l'admission des patientes en salle d'accouchement a été observée chez 46,8% d'elles. Cette fréquence se rapproche de celle de TEGUETE [74] mais elle est inférieure à celle de DIALLO C H. [25] La poche

était rompue depuis plus de 12h dans 41,8% des cas et elle l'était de façon spontanée , ou artificielle (le plus souvent) dans les centres de santé et cabinets qui nous réfèrent les patientes .

Lorsque tout ceci s'ajoute au retard pris par les parturientes pour nous parvenir, il s'installe un risque infectieux quasi certain pour la mère ainsi que pour le fœtus (infection ovulaire, souffrance fœtale) pouvant conduire à la césarienne ou en grever le pronostic.

Le tableau 37 nous montre que les césariennes sont dans la majorité des cas effectuées en urgence (88,3%). Ce résultat est comparable à celui de TEGUETE[74] avec 83,6% et de NJEYEHA [60] qui a noté que 79,5% des laparotomies à la maternité lagune sont faites dans une situation d'urgence.

Malgré le contexte d'urgence qui entoure les césariennes, nous avons constaté un délai d'exécution de la décision de l'intervention, supérieur à 1h d'horloge dans 75,2% des cas ce qui pourrait porter préjudice à la santé de la mère et du fœtus. Ce délai a été trouvé long également par d'autres auteurs [74,60]

Ceci s'expliquerait par le manque de moyens de nos patientes pour honorer l'ordonnance de césarienne à temps, la non disponibilité de matériel chirurgical stérile ou du bloc opératoire ,l'absence de personnel qualifié, la réticence de la patiente ou de sa famille vis à vis de l'intervention. Mais c'est surtout le manque de kit d'urgence et les conditions socio- économiques qui allongent ce retard.

## **5- Le Pronostic maternel**

### **5.1 La morbidité maternelle**

Pendant la période d'étude, les suites opératoires ont été :

Simple dans 68,1% des cas

Complicées dans 31,9% des cas.

Cette fréquence de complication post opératoire est supérieure à celles de TOKANNOU [76] 19,7% ; de MBAZUMUTIMA [51] 11,5% à la CUGO ; et de COULIBALY [20] 16,19% à l'HGT de Bamako. Elle est inférieure à celles de TEGUETE [74] 37,9% à l'HNPTG et de BIGABWA 40,9% à la CUK [12].

- Les complications infectieuses sont en tête de liste avec 25,8% de nos césariennes et 77,3% de nos complications. Ce constat a été le même chez d'autres auteurs [74,20,12,51,68,11,23]. Ces complications se résument en :

- 76,4% de suppuration pariétale
- 2,6% d'endométrite
- 1% de péritonite
- 15,4 d'hyperthermie non étiquetée.

La suppuration pariétale occupe donc la première place des complications infectieuses dans notre étude, comme l'avait observé DIALLO C.H [25] et BERTHE Y. [11] cités par TEGUETE qui lui, la retrouve en 2<sup>e</sup> position après les endométrites. Cette grande fréquence de suppuration pariétale est liée au manque d'hygiène hospitalière, à l'absence d'examen complémentaire de bactériologie, et à l'absence d'antibiothérapie adaptée.

Parmi les complications de la chirurgie obstétricale, les complications septiques restent d'actualité du fait de leur fréquence, de leur gravité sur le plan vital et des séquelles qu'elles peuvent laisser sans compter la durée d'hospitalisation et le coût.

- Les anémies constituent notre 2<sup>e</sup> complication du point de vue fréquence avec 21,1% des complications et 7,08 % des césariennes. Elles sont souvent consécutives aux hémorragies per et post opératoires (28 cas).
- La césarienne comme partout ailleurs est une intervention pourvoyeuse d'hémorragie. Dans notre contexte, la prise en charge de ces hémorragies et des cas d'anémie qui en découlent, est souvent difficile ; en effet la maternité ne dispose pas de banque de sang et la limitation des moyens financiers des accompagnants rend souvent l'accès au sang et à ses dérivés, difficile.

## 5.2 La mortalité maternelle

Dans notre série, les suites opératoires ont été mortelles dans 1,3% des cas. Ce taux n'a pas changé car AOUANOU et TOKANNOU avaient trouvé 1,22% en 1988[7] puis 1,7% en 1994[76] à la maternité Lagune.

Notre taux est inférieur à ceux de COULIBALY [20] 3,50% , de TEGUETE [74] 3,88% et de BERTHE Y. [11] 7,34% ; mais il reste supérieur aux taux européens qui varient de 0,1 à 0,3% [11]. A Dakar , CISSE C.T. [16] a trouvé un taux égal aux nôtre soit 1,4%. De nombreux auteurs ont noté que la mortalité maternelle après césarienne est supérieure à celle de l'accouchement naturel et que les suites peuvent être souvent compliquées en particulier par des infections. [52,70,9]

L'importance de la morbidité et de la mortalité maternelle traduit l'inefficience de notre système de « référence / recours » obstétrical dans sa forme actuelle, les parturientes étant souvent tardivement et mal évacuées.

En dehors du mode d'admission, nous avons dégagé certains facteurs de pronostic explicités plus haut, en l'occurrence :

Les délais d'exécution de l'intervention trop longs malgré le contexte d'urgence.

La rupture de la poche des eaux avant l'admission

La pauvreté des patientes et de leurs partenaires.

Ces différents facteurs influencent également l'état du fœtus à qui nous donnons ainsi le temps de souffrir ou de mourir.

## **6. Le Pronostic fœtal**

L'appréciation du pronostic fœtal est faite pendant le séjour post opératoire dans le service de néonatalogie, donc durant les premiers jours de vie.

### **6.1 La morbidité**

"Les critères de morbidité sont encore difficiles à définir" selon THOULON [75]. La morbidité fœtale- néonatale est d'ailleurs un sujet peu documenté.

En considérant comme morbide tout nouveau né ayant un score d'apgar < 7, comme l'ont précédemment fait d'autres auteurs [ 11], notre taux de morbidité s'élève à 38,8%. Il est supérieur à celui de TEGUETE 16,19%[74] et inférieur au taux de TRAZIE (47,48%) cité par BERTHE Y. [11] dont le taux de 68,77% est largement supérieur au nôtre.

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

L'infection materno-fœtale dans ses différentes manifestations avec 75,3% des complications.

La détresse respiratoire avec 12,4%

La souffrance cérébrale avec 9,3%

### **6.2 La mortalité**

Au cours de notre étude nous avons recensé 32 cas de décès périnatal ce qui fait un taux de mortalité périnatale de 7,8%. Cette fréquence est faible comparée à celle de TEGUETE [74] 24,61% mais élevée comparée à celle de la France trouvée par RACINET C.P. et FAVIER M. [F] soit 0,93% et à celle notée par TOKANNOU [76] 3,63%. Notre taux de mortalité néonatale de 43 pour 1000 naissances vivantes est supérieur à celui de BIGABWA à Kinshasa (24‰) [12]

## **7- La durée d'hospitalisation après césarienne**

La durée moyenne est estimée à 11 jours, contre 14 jours observé par TOKANNOU en 1994[76]. Elle est supérieure à celles observées à l'HNPT G [74], à l'HGT de Bamako [20] et à la CUGO de Cotonou [51] soit respectivement 9,3 jours ; 8 jours et 7 jours. BIGABWA à la maternité des cliniques Universitaires de Kinshasa a trouvé un chiffre proche du nôtre (12 jours). [12]

25,1% des césarisées ont séjourné dans le service durant 0 à 7 jours et 59,1% d'elles durant 8 à 14 Jours.

Le profil social, la parité, les antécédents et les complications per et post opératoires sont autant de facteurs influençant la durée d'hospitalisation post opératoire [54].

## **8 – Le coût de la césarienne et accessibilité aux soins**

Le prix moyen d'une césarienne à la maternité lagune de Cotonou est de 90.975 FCFA soit presque 4 fois le SMIG au Bénin . Il est égal à celui trouvé en moyenne dans certains centres de gynécologie obstétrique du Sénégal (90.000 FCFA) [17] et supérieur à celui trouvé au CHU Le Dantec à Dakar à savoir 70.395 FCFA ; pourtant le SMIG y est plus élevé (37.675 F), mais on observe une participation communautaire et de l'Etat. [57].

A Bamako, TEGUËTE et COULIBALY ont trouvé respectivement 22.837,92 F à l'HNptG en 1996 [74] et 37.280 F à l'HGT en 1999 [20], en tenant compte des frais d'ordonnance et d'hospitalisation.

Pour tous, le coût de la césarienne est largement plus élevé que celui d'un accouchement par voie basse

Lorsque l'on se rappelle du revenu bas de la population et du contexte d'urgence dans lequel sont admises les parturientes ; on peut comprendre les difficultés et le retard accusé à honorer les prescriptions médicales et leurs répercussions sur la qualité des soins et le suivi post opératoire.

Les moyens financiers limités ont contraint 71,1% de nos patientes à une hospitalisation en 3<sup>e</sup> catégorie (moins payant) ; plus de la moitié de ces dernières ont évolué vers une complication (56,1%) le plus souvent infectieuse.

Malgré le tarif réduit de cette catégorie d'hospitalisation, certaines patientes n'arrivent pas à régler leurs frais d'hospitalisation et sont alors retenues dans l'enceinte de la maternité après leur exeat. Cette situation peut durer des semaines voire des mois.

## **9- La perception socio-culturelle et le vécu de la césarienne**

L'accouchement est considéré comme un phénomène naturel, lot de toute femme normale. Pour l'africaine, la césarienne va à l'encontre de toute éducation reçue depuis l'enfance.

Dans notre échantillon, près de la moitié des femmes (48,5%) expliquent leur césarienne comme un mauvais sort jeté dans le but de porter atteinte à leur vie ou à celle de l'enfant.

Seulement 95 patientes soit 24,1% ont compris que l'intervention chirurgicale est une solution de nécessité contre 243 qui ne peuvent accepter la césarienne comme issue d'une grossesse malgré qu'elles l'aient subi. Selon elles, cette opération :

- limite le nombre d'enfant
- met leur vie en danger
- occasionne des dépenses considérables et imprévues
- dévalorise le schéma corporel

Ces raisons rejoignent celles citées par F. JAMET et collaborateurs [40].

La césarienne n'est certainement pas la meilleure façon de mettre son enfant au monde pour une africaine, ceci explique pourquoi le médecin se heurte parfois à un refus catégorique de sa part quelle que soit la raison qu'il invoque, au prix de graves complications. C'est ainsi que dans 9 cas, l'acte a été exécuté contre la volonté de la patiente. En dépit de la rareté des implications judiciaires ou politiques dans l'activité médicale au Bénin, nous rappelons ici que l'une des 4 recommandations préventives de SOUTOUL J. H. [72] visant à contourner les pièges médico-légaux de la césarienne est: "un consentement bien éclairé de la gestante et de son entourage".

Trois de nos patientes pensent avoir subi une intervention abusive, qui aurait pu être évitée par le personnel médical.

Notre enquête sociologique auprès des victimes met en évidence certains problèmes en occurrence :

- la mauvaise information des parturientes sur la césarienne et leur non préparation à ce mode d'accouchement
- l'influence de la perception socio-culturelle dans la prise de décision opératoire
- le vécu de l'intervention par les victimes .

Les focus group effectués auprès des visiteurs et des accompagnants ont confirmé les problèmes évoqués par les victimes, et permis d'en dégager d'autres. Certaines déclarations ont retenu notre attention et nous ont permis les commentaires suivants :

- En dehors de la représentation psycho- sociale de la césarienne comme mauvais sort jeté par jalousie , par convoitise, par méchanceté etc.... ou simplement comme la volonté de dieu, d'autres pensent qu'il s'agit plutôt d'une malédiction, étant entendu que dans la mentalité béninoise, il existe une relation entre le monde des vivants et celui des morts. L'intervention est perçue comme un reflet du mal ou de la maladie. Le mal lui même compris comme l'expression d'un déséquilibre au niveau des relations entre deux mondes et plus particulièrement : soit entre différents membres de la famille, soit entre les familles et les ancêtres ou les vodouns du panthéon, soit entre l'individu et le monde de l'invisible. Par conséquent, la césarienne devient une malédiction provenant des mânes du panthéon familial ou des divinités adorées, suite à des transgressions aux lois comportementales culturelles ou raciales en matière d'interdits (totem), de sacrifices, de sexualité (adultère).
- La césarienne comme mode d'accouchement est mal acceptée par la population. Les raisons évoquées se rapprochent de celles des victimes car en fait elles proviennent de l'éducation reçue et du vécu quotidien de tout individu, bref de la culture.
- La prise de décision de césarienne par le personnel médical crée peur, doute, tristesse et angoisse chez la parturiente comme dans son environnement immédiat. Face à cette décision la parturiente comme sa famille craignent avant tout la mort, d'autant plus que l'opération est liée à l'anesthésie qui renvoie à l'idée de la mort.

- Ces états d'âme sont à la base de consultation des tradipraticiens et des mânes du panthéon familial dans le but de découvrir la cause d'un tel mode d'accouchement, considéré comme anormal. Ces consultations parfois faites avant même le travail d'accouchement permettent également de s'informer sur les démarches à suivre, les attitudes à adopter ou les sacrifices éventuels à faire afin d'éviter l'intervention ou d'en limiter les conséquences (décès materno-fœtal, suites opératoires compliquées), et de rétablir l'équilibre qui avait été entre temps ébranlé.

Les patientes appartiennent à un groupe social donné régi par des règles, des droits, des lois, des totems, etc.... qui les protègent. Dans ces conditions elles ne peuvent prendre aucune décision sans aller chercher la bénédiction des mânes, des dieux protecteurs; alors seulement elles retrouvent un état psycho-socio-anthropologique équilibré qui les rend plus aptes à accepter de se faire opérer et à penser à une issue positive de l'opération.

- Quelques fois ces démarches sont à l'origine d'un retard dans l'acceptation de décision opératoire par la parturiente et sa famille, et par conséquent un retard dans la prise en charge des patientes avec toutes les conséquences qui peuvent en découler. Quelques enquêtés ont jugé cette démarche inutile car selon eux, elle ne changerait rien à la situation et augmenterait les dépenses imprévues déjà importantes.
- En plus de la douleur physique post césarienne s'ajoute la douleur morale. En effet cette opération entraîne des conséquences sur la vie des victimes et de leur petite famille :

La femme césarisée voit ses rapports avec son enfant limités durant les 1ers jours post partum, du fait de la douleur qui la rend impotente sur le plan fonctionnel. Sa situation l'oblige à dépendre d'une tierce personne pour ses besoins, ceux de son enfant et de son partenaire. Celles qui perdent leurs enfants ne peuvent se faire une raison; il s'agit pour elles d'un double drame.

La césarienne contraint au ralentissement des activités socio-professionnelles de la femme pendant un temps relativement long, ce qui entraîne des répercussions socio-économiques.

Malgré la volonté d'avoir d'autre(s) enfant(s), le désir de maternité devient un problème en raison de la peur de revivre l'expérience de la césarienne ; surtout que dans l'entendement des uns et des autres, une femme césarisée est condamnée à l'être à chaque accouchement ultérieur.

La césarienne limiterait également les rapports du couple durant les 1<sup>ers</sup> mois post partum, par la perturbation de la vie sexuelle et une mauvaise humeur de part et d'autre.

Tous ces paramètres atténuent la joie engendrée par la naissance d'un enfant pour la mère et pour la famille.

La discussion avec les sages nous emmène à comprendre un peu plus l'évolution de la fréquence de l'opération depuis les temps reculés. En effet l'événement était rare, donc l'explication de ses fondements bien qu'étant mitigés autorise à penser qu'aujourd'hui la disponibilité de la technologie médicale rend la prise de décision de césarienne par le personnel médical, un peu précipitée. La rareté de l'intervention en ce temps pourrait s'expliquer par l'existence de plus de cohésion sociale et le grand respect aux lois définies par la société. «Aujourd'hui nous ne tenons plus compte de notre culture , ni de nos interdits » a déclaré un sage.

Face à ce drame social, les personnes interrogées ont proposé :

- de mieux informer la population sur la césarienne ( les indications surtout)
- de préparer les femmes enceintes à l'éventualité de ce mode d'accouchement
- de mieux analyser les indications de la césarienne avant la décision
- de prendre le soin et la patience d'essayer toute autre solution possible devant un accouchement difficile avant d'avoir recours à l'intervention chirurgicale.

Aux problèmes obstétricaux déjà complexes que pose la césarienne, s'ajoutent donc des difficultés d'ordre socio-culturel qui devraient retenir l'attention des auteurs. Des recherches approfondies sur le vécu de l'intervention par les patientes et leur environnement ne seraient pas sans intérêt.

# **CONCLUSION ET SUGGESTIONS**

## CONCLUSION

De Janvier 1995 à Décembre 1999, nous avons colligé 5308 césariennes pour 25481 accouchements.

La fréquence de l'opération a connu une évolution croissante tout au long des années en passant de 17,7% à 22,4%. La concentration de pathologies à la maternité Lagune, deuxième structure de référence de Cotonou, ayant un caractère social explique la fréquence élevée de césarienne (20,8%) dans ce service.

La proportion de parturientes évacuées dans notre échantillon est de 62,4%. Ainsi la plupart des interventions s'effectuent dans un contexte d'urgence.

Les indications de césarienne les plus fréquentes ont été :

- Les souffrances fœtales avec 40%
- Les obstacles 34,4%
- Les utérus cicatriciels 13,8%
- Les pathologies maternelles 13,8%

La morbidité et la mortalité maternelle sont importantes avec 31,9% de cas de complications post opératoire et 1,3% de décès post opératoire.

Ces résultats sont relativement bons.

Le pronostic fœtal est marqué par un taux de morbidité à 38,8%, un taux de mortalité néonatale à 43% naissances vivantes. L'infection materno-fœtale, la détresse respiratoire, et la souffrance cérébrale sont les principales complications survenant en période néonatale.

L'augmentation de la fréquence de la césarienne n'a pas pour autant amélioré le pronostic maternel et fœtal de cette intervention.

Ce pronostic est influencé par plusieurs facteurs, entre autres :

- le niveau socio-économique bas des patientes
- le caractère urgent de la césarienne et son contraste avec les délais d'exécution trop longs
- le coût élevé de la césarienne par rapport aux moyens financiers des patientes

- l'insuffisance et la mauvaise organisation du système de référence - évacuation (évacuation tardive ; difficultés de transport vers le centre de référence)
- la perception socioculturelle des patientes et de leur environnement.
- l'indication de la césarienne.

Ce sont là autant d'éléments par rapport auxquels il faudra intervenir pour améliorer la prise en charge des parturientes, en passant par une diminution de la fréquence de césarienne.

Nous ne prétendons pas avoir tout dit sur ce sujet ; nous sommes conscients de ses limites. Toutefois au regard de tout ce qui précède, nous avons l'espoir que nos suggestions contribueront à améliorer la qualité des prestations liées à l'opération césarienne.

## SUGGESTIONS

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

### ⇒ A l'endroit des autorités

- Augmenter le budget national consacré à la santé afin de permettre une meilleure accessibilité des soins.
- Doter les maternités périphériques de ressources humaines et matérielles leur permettant une prise en charge adéquate des accouchements dystociques
- Poursuivre le développement des infrastructures routières pour permettre aux parturientes évacuées des centres périphériques, d'accoucher dans de meilleures conditions.
- Organiser et promouvoir un système d'évacuation et de référence.
- Mettre en place un système de prise en charge des cas urgents quelle que soit leur solvabilité.

### ⇒ A l'endroit des prestataires de services

- Entreprendre des travaux d'évaluation de la qualité des soins en vue de l'améliorer
- Renforcer l'asepsie en salle d'opération et dans la pratique des soins gynécologiques et obstétricaux en général.
- Ne prendre en charge que les cas qu'ils peuvent traiter en fonction de leur compétence et de l'équipement de leur centre ; tous les autres cas doivent être référés à temps pour minimiser les risques.
- Doter le service d'une banque de sang avec un système de prise en charge des cas urgents.
- Mettre en place un système de prise en charge des urgences
- Assurer l'approvisionnement du service social en médicaments pour les cas de nécessité.
- Promouvoir des études de recherche et de documentation à la maternité Lagune par
  - l'informatisation des archives
  - la bonne tenue des dossiers médicaux

⇒ A l'endroit des populations

- S'organiser en mettant en place des mutuels pour assurer le déplacement des parturientes et leur prise en charge dans un meilleur délai, en cas d'évacuation.
- Faire suivre toute grossesse par un médecin ou une sage-femme dès la conception jusqu'à l'accouchement, de manière à ce que les grossesses soient mieux suivies et les complications dépistées à temps.

En définitif, il s'agit pour nous tous, d'œuvrer pour stabiliser voire réduire la fréquence de la césarienne et d'en améliorer le pronostic. Tel est le double défi à relever.

# REFERENCES

**1) ABBASSI H., ABOULFALAH A., EL KARROUMI M., BOUHYA S., BEKKAY M.**

Accouchement des utérus cicatriciels : peut-on élargir l'épreuve utérine ?

J. Gynécol Obstét. Biol. Reprod. 1998, 27 : 425 – 429.

**2) ABBASSI H., ABOULFALAH A., ELKARROUMI M., BOUHYA S., BEKKAY M.**

Epreuve du travail sur utérus bicicatriciel.

Etude prospective à propos de 130 cas.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod ; 1998 ; 27 : 806 – 810.

**3) AGBANGLA C.**

Prise en charge des urgences obstétricales dans le département de l'Atlantique.

Thèse Méd, Cotonou, 1993, N° 554

**4) AGUEMON B.**

Contribution à l'étude des suppurations pariétales post opératoires dans le service de chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou .

Thèse Méd., Cotonou, 1994, N°584

**5) ALBRECHT H.**

Indication excessive de la césarienne.

Triangle , 1991 ; 31(2) : 141 – 148

**6) ALIHONOU E., HEKPAZO A., PERRIN R, GBANGBADE S., AGUESSY B.,  
LALEYE H.,**

Prestations des soins au cours de la gravido- puerpéralité en République populaire du Bénin

Prévenir ou guérir ?

Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1987 – 82 (2) . 89 – 95

**7) AOUANOU G.B.K.**

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

Thèse Méd. , Cotonou, 1988, N° 373

**8) AUBARD Y. , LEMEUR Y., GRANDJEAN M.N. , BAUDET J. H**

Histoire de la Césarienne

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1995, 90 (1) 5-11

**9) AZOULAY P. et coll.**

Evolution des indications des césariennes de 1986 à 1990 à la maternité de la conception à MARSEILLE ( à propos de 1051 cas)

Thèse Med, Aix – Marseille 2, 1992, 708

**10) BAILLE M.F., GRANDJEAN H., ARNAUD C., LESOURD F., FOURNIE A., REME J.M., PONTONNIER G.L.**

Evolution des taux de césarienne au CHU de Toulouse de 1983 à 1993 Déterminants et conséquences.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. ,1995 ; 24 , 763 – 771

**11) BERTHE Y.**

Pronostic foeto- maternel dans les accouchements par césarienne

A propos de 218 cas enregistrés au service de gynécologie obstétrique de CHR de Bouaké en un an.

Thèse Méd. Abidjan, 1992.

**12) BIGABWA BIRINGANINE S.**

Contribution à l'Etude de l'opération césarienne. A propos de 122 cas recensés aux cliniques universitaires de Kinshasa du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 1997.

Thèse Méd, Cotonou , 1999, N° 804

**13)BOCK De G**

Souffrance fœtale chronique

Grossesses à haut risque.

Masson, édit., Paris 1980, 220-228

**14) BRETTELLE F., D'ERCOLE C., CRAVELLO L., PIECHON L., ROGER V., BOUBLI L., BLANC B.**

Utérus bicatriciel : la place de l'épreuve utérine

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. , 1998 ; 27 : 421 –424.

**15) CHAUVET –JAUSEAU M. F., THIBAUT C., BREHERET J.**

Mesures prophylactiques anti-infectieuses dans les césariennes  
Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1991, 86, 3, 233 – 242

**16) CISSE M.L ., MOREAU J. C., FAYE E. O., CISSE L. et coll.**

Coût de l'évacuation des parturientes au centre hospitalo universitaire Le Dantec de  
Dakar.

Communication au V<sup>e</sup> congrès SAGO, Dakar, SENEGAL, 14 –18 Déc. 1998.

**17) CISSE C.T., FAYE E. O. , DE BERNIS L., DU JARDIN B., DIADHIOU F.**

Césariennes au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services.

Cahier santé , 1998, 5(8) : 369 – 377

**18) CISSE C.T., ANDRIAMADY C., FAYE O., DIOUF A., BOUILLIN D., DIADHIOU F.**

Indications et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar.

J. Gynécol Obstét. Biol. Reprod. 1995 ; 24, 194 –197,

**19.) COSSON M. , DUFOUR PH., NAYAMA M.,VINATIER D., MONNIER J. -C.**

Pronostic obstétrical des utérus cicatriciels

A propos de 641 cas.

J. Gynécol . Obstét . Biol. Reprod. 1995, 24, 434 – 439.

**20) COULIBALY I. G.**

La césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'H.G.T. de Bamako de  
1992 à 1996. (A propos de 3314 cas )

Thèse Méd, Bamako, 1999, N°85

**21) CRIMAL Ph. LYMPEROPOULOU-DODOU A.**

Fistules vésico- utérines après césarienne.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1992,21, 112 – 118.

**22) CYNTHIA S. MUTRYN.**

Psychosocial Impact of caesarean section on the family : A litterature review.

Socio. Science. Med., 1993,37,10, 1271–1281.

**23) DE MUYLDER X .**

Caesarean section morbidity at district level in Zimbabwe .  
Journal of Tropical Medicine and Hygiène, 1989 (92) 2, 89 – 92

**24) DESJARDINS C., DIALLO H.O., AUDET-LAPOINTE P., HAREL F.**

Etude retrospective de l'endométrite post césarienne.  
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1996 , 25, 419 – 423.

**25) DIALLO C.H.**

Contribution à l'étude de la césarienne. A propos d'une série continue de 160 cas au service de gynécologie et d'obstétrique de l'H.GT. du 1<sup>er</sup> Octobre 1989 au 30 Septembre 1990.

Thèse Méd., Bamako , 1990, N° 37

**26) DREYFUS M., BALDAUF J – J.,BOESINGER F., TISSIER I., ANDRIANIVO J.,  
LEHMANN M. , RITTER I.**

Ruptures prématurées des membranes à terme.

(Etude retrospective de 88 cas)

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1995, 90,(5-6) 275 – 280

**27) DUMONT A. , De BERNIS L., WADE F., UZAN S., DARBOIS Y.**

Césarienne Vaginale dans les morts fœtales in utéro.

J. Gynécol. Obstét . Biol. Reprod., 1996, 25, 623 – 628.

**28) EYRARD J. R., GOLD M.E.**

Caesarean section and maternal mortality in Rhode Island.

Obstet. Gynecol . ,1977 ; 50 : 594 – 597

**29) FERNANDEZ H.**

Antibioprophylaxie dans les césariennes et les interruptions volontaires de grossesse.

Ann . Fr. Anesth. Réanim., 1994, 13(5) 128 – 134.

**30) FOURN L. , ALIHONOU E., SEGUIN L., DUCIC S.**

Incidence et facteurs associés à la césarienne primaire au Bénin (Afrique)

Rev. Epidém. et Santé Publ., 1994, 42, 5-12.

**31) FRACOME C., SAVAGE W.**

Caesarean section in Britain and the United states 12% and 24% : is either the right rate ?

Social science and Médecine : 1993 (37) 10 ; 1199 – 1218.

**32) FRANCHI M., SALVATORE S., FASOLA M., BALESTRERI D., SCORBATIE.**

Caesarean section : an economic appraisal of infectious complications

Clin. Exp. Obstét. Gynécol., 1993, 20 (2) 108-110

**33) GAREL M., LELONG N. MARCHAND A., KAMINSKI M.**

Conséquences maternelles de l'accouchement par césarienne .Résultats du suivi à 4 ans.

J. Gynécol Obstét. Biol . Reprod., 1990,19, 83 – 89

**34) GBEDONOU P.D.**

Déterminants du niveau de recouvrement des frais des fonctionnement local des centres de santé impliqués dans l'Initiative de Bamako : Analyse des données du Bénin. Mémoire , Université de Bordeaux, France, 1994.

**35.) GBENOU P., MOUSSA Y., FLOURY B. et al.**

Initiative de Bamako : Espoir ou illusion ? Réflexion autour de l'expérience béninoise. Cahier Santé, 1994, 4 : 281 – 288

**36) GODFROID I. O., CHARLOT A.**

Dépression du post partum : trop souvent négligée

Rev . Fr .Gynécol. Obstét., 1995 ; 90 (10), 444.

**37) GUIDI T.E.**

Accouchement par les voies naturelles chez les femmes antérieurement césarisées.

Thèse Med, cotonou, 1989, N° 445

**38) HAENTJENS K., DUFOUR Ph., VINATIER D., SUBTIL D., PUECH F.,**

**De MARTINI VILLE B., CODACCIONI., MONNIER J.C.**

Le déroulement de la grossesse après 40 ans.(A propos de 576 observations)

Rev. Fr. Gynécol . Obstét., 1997, 92 (1) 11-15.

**39) INSAE**

2<sup>e</sup> recensement de la population et de l'habitation.

INSAE, Cotonou, BENIN, 1996.

**40) JAMET F., BENOS P., HEDON B., LAFFARGUE F.**

La césarienne en situation précaire.

Rev. Fr. Gynécol .Obstét., 1996, 91, 10 486 – 492

**41) JEFFREY B., M.D., M.P.H., BECKY, DAVEY, M.S., and RANDALL S.,  
STAFFOR M.H.S., M.S.**

Socio economic differences in rates of caesarean section

N. Engl.J. Med., 1989 ; 321, 4, 233 – 239

**42) JENICEK M., CLEROUX R.**

Epidémiologie clinique.

Clinimétrie Edisem inc. ,Paris ; 1985 , 254 p.

**43) KNIPPENBERG R., ALIHONOU E., SOUCAT A. , N'DIAYE J.M.,  
LAMARQUE J.P. et al.**

Huit ans d'expérience de l'Initiative de Bamako

L'enfant en milieu Tropical 1997,229/230 : 2-108

**44) KO – KIVOK-YUN P. et coll.**

Grossesse prolongée ( A propos d'une série de 77 cas)

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1997 ; 92 ( 1 ), 32-36

**45) KOUAM L., KAMDON-MOYO J. , DOH A., NGASSA P., SHASHA W.**

Controverse sur la méthode de stérilisation au cours de la césarienne Contracept.

Fertil . Sex. , 1994 , 22 (3) 167 – 172

**46) LANGER B., SCHLAEDER G.**

Que penser du taux de césarienne en France ?

J. Gynécol Obstét. Biol. Reprod. 1998; 27 : 62 – 70.

**47) LEHMANN M., HEDELING., SORGUE C., GOLLNER J-L., GRALL C.,  
CHAMI A., COLLIN D.**

Facteurs prédictifs de la voie d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel.  
J. Gynécol. Obstét. Biol Reprod. 1999 ; 28 : 358 – 368.

**48) LEROY J. et AMOROS J.P.**

Césarienne pratiquée chez l'africaine à Dakar.  
Med. Trop., 1975 ; 35 (3) : 209 – 217.

**49) MAILLET R., SCHALL J.P, SLOUKGI J.C., Du LARD E., COLETTE C.**

Comment réduire le taux de césarienne en CHU ?  
Rev . Fr. Gynécol . Obstét., 1991 ; 84 (4) 294 – 300

**50) MATERNITE LAGUNE DE COTONOU.**

Rapport d'activité de l'exercice 1998  
Mat. Lagune, Cotonou, BENIN, 1999

**51) MBAZUMUTIMA K.**

Contribution à l'étude de l'opération césarienne. A propos de 2007 cas recensés à la  
CUGO du 1<sup>er</sup> Janvier 1994 au 31 Décembre 1997.  
Thèse Med , Cotonou, 1998, N° 783

**52) MBIYE KAMUMA, FERRE J., SEPOU A.**

Indications opératoires des césariennes pratiquées au centre national hospitalier  
universitaire de Bangui de 1983 à 1986.  
Médecine d'Afrique Noire , 1989 ; (36) : 42 – 46

**53) MELCHIOR J. , BERNAR N. RAOUST I.**

Evolution des indications de césarienne.  
CNGOG –Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique.  
Vigot ed., 1988 ; (13) 251-265.

**54) MERCHAOUI J., FEKIH M.A., SFAR R.**

Facteurs influençant la durée d'hospitalisation après une césarienne  
Rev. Fr .Gynécol Obstét., 1992 ; 1 (92), 17 – 20.

**69) SEYMOUR PERRY et ERIC S. , MARX .**

Quelles techniques pour l'action de santé dans les pays en voie de développement.  
Forum mondial de la santé.  
Rev. Inter . de développement sanitaire, 1992, 13 (4) .

**70) SMITH J. H.**

Indications for fetal distress  
Caesarean delivery  
Elsevier, edit. , New York, 1988, 70 – 90.

**71) SOUME B.K.B.**

La césarienne : A propos d'une série continue de 145 cas en 3 ans (1<sup>er</sup> Juillet 1985 au 30 Juin 1988) au centre régional d'Odiénné.  
Mémoire C.E.S. Côte d'Ivoire.

**72) SOUTOUL J. H., PIERRE F., PANEL N.**

Les implications médico-légales de la césarienne à la lumière de la jurisprudence.  
J . Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1991, 20, 737-744.

**73) SUREAU C.**

Fait-on trop de césarienne ?  
Rev. Prat. ;1990 ; 24 (40) : 2270 – 2272

**74) TEGUETE I.**

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'Hôpital National du point G, de 1991 à 1993 (A propos d'une étude cas – témoins de 1544 cas).  
Thèse Méd., Bamako, 1996, M.17

**75) THOULON J. M.**

Les césariennes  
Encycl. Med. Chir. Paris, obstétrique, 5102 A-10 ; 10-1979.

**76) TOKANNOU S.**

L'opération césarienne à la maternité lagune de Cotonou. A propos de 1953 cas recensés de 1989 à 1993.

Thèse Med., Cotonou, 1994, N° 619.

**77) TRAORE A. F.**

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'HGT.

Thèse Med, Bamako (MALI), 1989, M. 46

**78) TSCHIBANGU K., ENGENDJU K., SINAMULI K., MBOLOKO E., KIDONDE K., BOLEMBAL, BIAYI M.**

Particularisme de la gravido-puerpéralité en Afrique centrale : Opération césarienne dans trois environnements différents au Zaïre

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. , 1991 ; 20, (4) 568-574.

**79) VANDER WALT W.A., CRONJE H.S. BAM R.H.**

Vaginal delivery after one caesarean section.

Int. J. Gynécol . Obstét ; 1994 ; 46 (3) ; 271-277

**80) VOKAER R., BARRAT J., BOSSART H et coll.**

Disproportion foeto – pelvienne. La grossesse et l'accouchement dystocique.

Traité d'obstétrique II , Masson, 1985 ; 427-457.

**81) WANGALA P., RIETHMULLER D., NGUYEN S., LAITHIER V.,**

**PAUCHAR J. Y., MAILLET R., COLLETTE C.**

Mortalité et morbidité périnatales liées aux césariennes pour placenta praevia.

Rev. Fr Gynécol. Obstét ., 1996, 91, 4, 168 – 172.

# **ANNEXES**

# RESUME DES FOCUS GROUP

## GROUPE N° 1

### 1- Représentation de la césarienne

- Mauvais sort : 3 cas

Raisons → Jalousie , convoitise

- Volonté divine : 2 cas
- Malédiction : 0

### 2- Ressentiment face à la décision de l'opération

- Crainte de la mort : 3 cas
- Crainte de la douleur : 3 cas
- Soulagement : 2 cas
- Sans opinion : 1 cas

### 3- Acceptation de la césarienne comme mode d'accouchement

- Oui : 1 cas

Raisons → Elle se décide en vue d'un sauvetage maternel et/ou fœtal

- Non : 5 cas

Raisons → Dépenses importantes – cicatrice indélébile – réduction de l'activité physique - hypothèque des futures grossesses

### 4- Consultation de tradipraticien et des mânes du panthéon familial

→ Inutile car ne change rien à la situation et entraîne des dépenses

→ Permet parfois de détecter la cause de ce mode d'accouchement (sort, malédiction)

et de faire les sacrifices pour des suites opératoires simples

### 5- Conséquences de l'intervention

Sur la mère → Ralentissement des activités professionnelles – manque de désir de maternité par crainte d'une autre césarienne entraînant un conflit social (conflit avec une coépouse ou avec la belle famille).

Sur la famille → Perturbation de la vie familiale.

## GROUPE N° 2

### 1- Représentation de la césarienne

- Mauvais sort : 2 cas

Raisons → Méchanceté, jalousie

- Volonté divine : 4 cas
- Malédiction : 0

### 2- Ressentiment à l'annonce de l'opération

- Crainte de la mort : 4 cas
- Crainte de la douleur : 2 cas
- Soulagement : 2 cas
- Sans opinion : 0 cas

### 3- Acceptation de la césarienne comme mode d'accouchement

- Oui : 2 cas

Raisons → Seule solution lorsque l'accouchement normal est impossible

- Non : 4 cas

Raisons → Empêche de vivre l'expérience de l'enfantement entraînant un sentiment de culpabilité – hypothèque les futures grossesses – douleur post partum

### 4- Consultation de tradipraticien et des mânes du panthéon familial

→ Nécessaire pour rechercher la protection des ancêtres pour la mère et l'enfant

→ Inutile car n'apporte pas de satisfaction

→ Doit se faire pour rechercher la cause de la césarienne et conjurer un éventuel

mauvais sort

### 5- Conséquences de l'intervention

Sur la mère → Dépression – douleur sur plusieurs jours entraînant dépendance et incapacité de procurer les premiers soins du nouveau né

Sur la famille → Cicatrice douloureuse entraînant conflit conjugal par mauvaise humeur, abstinence sexuelle, travaux ménagers mal faits.

## GROUPE N° 3

### 1- Représentation de la césarienne

- Mauvais sort : 4 cas

Raisons → Jalousie, méchanceté, souci d'empêcher la naissance de l'enfant

- Volonté divine : 2 cas
- Malédiction : 2 cas

Raisons → Sacrifice demandé par les manes non fait – manque de respect aux sages – totem non respecté – transgressions aux lois comportementales en matière de sexualité (adultère)

### 2- Ressentiment face à la décision de l'opération

- Crainte de la mort : 4 cas
- Crainte de la douleur : 3 cas
- Soulagement : 2 cas
- Sans opinion : 1 cas

### 3- Acceptation de la césarienne comme mode d'accouchement

- Oui : 1 cas

Raisons → Mode d'accouchement de nécessité parfois.

- Non : 5 cas :

Raisons → Effets néfastes de l'anesthésie - Diminution physique et sociale – une fois césarienne donc toujours césarienne – mutilation de la créature humaine (acte chirurgical)

### 4- Consultation de tradipraticien et des mânes du panthéon familial

→ Nécessaire pour demander la clémence des mânes (en faisant des sacrifices) – pour conjurer un sort – pour éviter les complications opératoires- pour rechercher la cause de la césarienne.

→ Inutile : car réserve parfois des surprises désagréables (sort jeté par un parent proche)

### 5- Conséquences de l'intervention

Sur la mère → Empêche le contact mère / enfant des premiers jours, base de l'amour maternel – cicatrice douloureuse et impotente – suites opératoires parfois compliquées entraînant angoisse, dépression, tristesse.

Sur la famille → Conflits conjugal et familial liés aux dépenses considérables et le manque de moyens financiers – dépendance de la famille d'une tierce personne.

## GROUPE N° 4

### 1- Représentation de la césarienne

- Mauvais sort : 2 cas

Raisons → (Mêmes raisons)

- Volonté divine : 3 cas
- Malédiction : 1 cas

Raisons → Totem de famille non respecté – adultère par la femme

### 2- Ressentiment face à la décision de l'opération

- Crainte de la mort : 5 cas
- Crainte de la douleur : 3 cas
- Soulagement : 2 cas
- Sans opinion : 0 cas

### 3- Acceptation de la césarienne comme mode d'accouchement

- Oui : 0 cas

Raisons →

- Non : 6 cas

Raisons → Hypothèque les futures grossesses – réduction de toute activité – risque de décès sous anesthésie – suites souvent compliquées – dépenses importantes.

### 4- Consultation de tradipraticien et des mânes du panthéon familial

→ Inutile car ne change rien à la situation

→ Peut être nécessaire pour apaiser les mânes et / ou les divinités après avoir découvert leur rôle dans la césarienne ou encore pour découvrir un mauvais sort et le conjurer

### 5- Conséquences de l'intervention

Sur la mère → Impotence physique – plus de désir de maternité – incapacité de s'occuper de soi-même et de son enfant – mutilation du corps.

Sur la famille → Diminue la joie de la naissance, entraîne des dépenses imprévues – limite les rapports du couple.

## GROUPE N° 5

### 1- Représentation de la césarienne

- Mauvais sort : 3 cas

Raisons → (Mêmes raisons)

- Volonté divine : 1 cas
- Malédiction : 2 cas

Raisons → Totem de famille non respecté – adultère par la femme – sacrifices pour les manes et divinités non fait.

### 2- Ressentiment à l'annonce de l'opération

- Crainte de la mort : 4 cas
- Crainte de la douleur : 3 cas
- Soulagement : 2 cas
- Sans opinion : 0 cas

### 3- Acceptation de la césarienne comme mode d'accouchement

- Oui : 1 cas

Raisons → Solution de nécessité

- Non : 5 cas

Raisons → Mêmes raisons

### 4- Consultation de tradipraticien et des mânes du panthéon familial

→ Faite pour rechercher la raison de la césarienne – demander le pardon des ancêtre si nécessaire – pour conjurer le sort – pour protéger mère et enfant de tout malheur

→ Inutile

### 5- Conséquences de l'intervention

Sur la mère → Désir de maternité réduit par crainte pour les futures grossesses – Impotenc physique – Douleur – Limitation des rapports mère / enfant

Sur la famille →

## GROUPE DES SAGES

Dans l'ancien temps, la césarienne était peu pratiquée et pourtant les femmes accouchaient sans trop de difficultés mais avec certaines pratiques culturelles. Elles étaient alors assistées par des "matrones" qui les accouchaient même à domicile.

Aujourd'hui avec l'évolution de la médecine, la césarienne est un peu trop fréquente. Les sages femmes la considère comme une solution de facilité et l'adopte dès la moindre difficulté à l'accouchement. Pourtant ces difficultés pourraient être parfois surmontées grâce à des plantes à vertus médicinales ou des pratiques culturelles, mais la médecine d'aujourd'hui compte sans la "médecine traditionnelle".

Il faut reconnaître que certains cas (anomalies du bassin par exemple) nécessitent la césarienne et que forcer l'accouchement dans ces cas peut entraîner la mort de la mère et de l'enfant, chose couramment rencontrée dans les temps anciens. La césarienne aujourd'hui apporte donc une certaine sécurité dans l'accouchement quoi qu'on en abuse parfois.

Avec la césarienne, la femme ne connaît plus les douleurs de l'enfantement, hors cette expérience fait murir et grandir la femme et lui permet de mieux aimer son enfant et de reconnaître sa valeur.

L'anesthésie est comme "une mort et une résurrection" et diminue donc la femme. L'acte chirurgical est comme une mutilation du corps humain tel que Dieu l'a créé.

## QUESTIONNAIRE POUR ETUDE RETROSPECTIVE

| N° des questions                      | Questions                                                                                                  | Réponses codées                                                |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b><u>Identité de la patiente</u></b> |                                                                                                            |                                                                |
| Q1                                    | Numéro de dossier .....                                                                                    | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Q2                                    | Nom et prénom .....                                                                                        | <input type="text"/>                                           |
| Q3                                    | Age .....                                                                                                  | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| Q4                                    | Profession .....                                                                                           | <input type="text"/>                                           |
|                                       | Ménagère= 1; Etudiante/ Elève =2 Fonctionnaire=3<br>Vendeuse = 4 Artisane = 5 Commerçante= 6<br>Autres = 7 |                                                                |
| Q5                                    | Mode d'admission .....                                                                                     | <input type="text"/>                                           |
|                                       | Evacuée = 1 Référée = 2 Venue d'elle même = 3                                                              |                                                                |
| <b><u>ATCD OBSTETRIKAUX</u></b>       |                                                                                                            |                                                                |
| Q6                                    | Gestité.....                                                                                               | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| Q7                                    | Parité .....                                                                                               | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| Q8a                                   | Césarienne antérieure.....                                                                                 | <input type="text"/>                                           |
|                                       | Oui = 1 Non = 2                                                                                            |                                                                |
| Q8b                                   | Si oui, préciser le nombre .....                                                                           | <input type="text"/>                                           |
|                                       | ≤ 2 = 1 > 2 = 2                                                                                            |                                                                |
| Q9a                                   | Consultations prénatales .....                                                                             | <input type="text"/>                                           |
|                                       | Faite = 1 Non faite = 2                                                                                    |                                                                |
| Q9b                                   | Si faite, préciser le nombre .....                                                                         | <input type="text"/>                                           |
|                                       | ≤ 4 = 1 > 4 = 2                                                                                            |                                                                |
| Q9c                                   | Donner le nombre .....                                                                                     | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| <b><u>CLINIQUE</u></b>                |                                                                                                            |                                                                |
| Q10                                   | Age de la grossesse (en SA) .....                                                                          | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| Q11                                   | Indication de la césarienne .....                                                                          | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| Q12a                                  | Complication post opératoire ? Oui = 1 Non = 2 .....                                                       | <input type="text"/>                                           |
|                                       | Si oui, préciser la nature                                                                                 |                                                                |
| Q12b1                                 | Infection ? Oui = 1 Non = 2.....                                                                           | <input type="text"/>                                           |
| Q12b2                                 | Si Oui, préciser le type d'infection .....                                                                 | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| Q12c                                  | Hémorragique ? Oui = 1 Non = 2 .....                                                                       | <input type="text"/>                                           |
| Q12d                                  | Anémie ? Oui = 1 Non = 2 .....                                                                             | <input type="text"/>                                           |
| Q12e                                  | Décès ? Oui = 1 Non = 2 .....                                                                              | <input type="text"/>                                           |
| Q12f                                  | Autres ? Oui = 1 Non = 2 .....                                                                             | <input type="text"/>                                           |
| <b><u>NOUVEAU NE</u></b>              |                                                                                                            |                                                                |
| Q13                                   | Réanimé à la naissance .....                                                                               | <input type="text"/>                                           |
|                                       | Oui = 1 Non = 2                                                                                            |                                                                |
| Q14                                   | Apgar à la 1 <sup>er</sup> minute .....                                                                    | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| Q15                                   | Apgar à la 5 <sup>ème</sup> minute .....                                                                   | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| Q16                                   | Décès néonatal Oui = 1 Non = 2 .....                                                                       | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |

## QUESTIONNAIRE POUR ETUDE PROSPECTIVE

| <u>Identité de la patiente</u>       |                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q1                                   | Numéro de dossier .....                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q2                                   | Nom et prénom .....                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3                                   | Age .....                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q4                                   | Profession .....                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Ménagère =1; Etudiante/ Elève =2 ; Fonctionnaire =3<br>Vendeuse=4 ; Artisane=5 ; Commerçante=6 ; Autres=7 |                          |                          |                          |                          |
| Q5                                   | Statut matrimonial .....                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Mariée=1; Célibataire=2 ; Veuve=3 ; Concubinage = 4                                                       |                          |                          |                          |                          |
| Q6                                   | Mode d'admission.....                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Evacuée = 1 Référée = 2 Venue d'elle même = 3                                                             |                          |                          |                          |                          |
| Q7                                   | Provenance .....                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Cotonou =1 ; Périphériques de Cotonou =2<br>Autres villes=3 ; Campagnes = 4                               |                          |                          |                          |                          |
| <u>PROCREATEUR</u>                   |                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |
| Q8                                   | Nom et prénom .....                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q9                                   | Niveau d'instruction .....                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Non scolarisé=1 ; Primaire=2; Secondaire=3<br>Universitaire=4                                             |                          |                          |                          |                          |
| Q10                                  | Profession .....                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Etudiant/ Elève = 1 Fonctionnaire = 2 Vendeur = 3<br>Artisan = 4 Commerçant=5 Ouvrier =6 Autres = 7       |                          |                          |                          |                          |
| <u>ATCD OBSTETRIKAUX</u>             |                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |
| Q11                                  | Gestité.....                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q12                                  | Parité .....                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q13a                                 | Césarienne antérieure.....                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Oui = 1 Non = 2                                                                                           |                          |                          |                          |                          |
| Q13b                                 | Si oui, préciser le nombre .....                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | ≤ 2 = 1 > 2 = 2                                                                                           |                          |                          |                          |                          |
| Q14a                                 | Consultations prénatales faite .....                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Oui = 1 Non = 2                                                                                           |                          |                          |                          |                          |
| Q14b                                 | Si oui, préciser l'intervalle ≤ 4 = 1 > 4 = 2 .....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q14c                                 | Donner le nombre .....                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION</u> |                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |
| Q15                                  | Température .....                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q16                                  | Muqueuses ? Colorée = 1 Non colorée = 2 .....                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Terme de la grossesse en SA .....                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q17                                  | BDC fœtal ? Perçus=1 Non perçus=2 .....                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q18                                  | Fréquence des BDC .....                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q19                                  | ≤ 120 b/mn = 1 121 à 159 b/mn =2 ≥ 160 b/mn = 3                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q20                                  | Gestante en travail ? Oui = 1 Non = 2 .....                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Poche des eaux ? Rompues =1 Intactes=2 .....                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q21a                                 | Si rompues, depuis combien de temps .....                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q21b                                 | ≥ 12 heures = 1 < 12 heures = 2                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Si rompues, aspect du liquide .....                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q21c                                 | Clair = 1 Méconial = 2 Purée de pois = 3                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Sanguinolent =4 Autres = 5                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                             |                                                                   |                          |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Q22                         | Présentation .....                                                | <input type="checkbox"/> |
|                             | Céphalique=1 Siège=2 Transversale = 3 Autres = 4                  |                          |
| Q23                         | Basin .....                                                       | <input type="checkbox"/> |
|                             | Normale = 1 Limité = 2 Rétréci = 3 Autres = 4                     |                          |
| <b><u>LA CESARIENNE</u></b> |                                                                   |                          |
| Q24                         | Indication de la césarienne .....                                 | <input type="checkbox"/> |
| Q25                         | Heure de décision .....                                           | <input type="checkbox"/> |
| Q26                         | Heure d'incision .....                                            | <input type="checkbox"/> |
| Q27a                        | Délai d'intervention .....                                        | <input type="checkbox"/> |
| Q27b                        | Si délai d'intervention supérieur à 1 heure, préciser la cause .. | <input type="checkbox"/> |
|                             | Ordonnance non honorée = 1                                        |                          |
|                             | Absence d'opérateur = 2 Bloc occupé = 3                           |                          |
|                             | Refus de la gestante = 4 Autres = 5                               | <input type="checkbox"/> |
| Q28                         | Durée d'intervention .....                                        | <input type="checkbox"/> |
| Q29                         | Aspect du liquide amniotique .....                                | <input type="checkbox"/> |
|                             | Clair=1 Méconial=2; Purée de pois=3; Sanguinolent =4              |                          |
| Q30                         | Type de césarienne.....                                           | <input type="checkbox"/> |
|                             | Urgence = 1 Programmée = 2                                        |                          |
| Q31                         | Type d'anesthésie .....                                           | <input type="checkbox"/> |
|                             | Anesthésie générale= 1 Rachianesthésie = 2                        |                          |
|                             | Péridurale = 3                                                    |                          |
| Q32                         | Voie d'abord .....                                                | <input type="checkbox"/> |
| Q33                         | Type d'hystérotomie .....                                         | <input type="checkbox"/> |
| Q34                         | Intervention associée ? Oui = 1 Non = 2 .....                     | <input type="checkbox"/> |
|                             | Si oui préciser                                                   |                          |
| Q34a                        | Myomectomie ? Oui = 1 Non = 2 .....                               | <input type="checkbox"/> |
| Q34b                        | Hystérectomie ? Oui = 1 Non = 2 .....                             | <input type="checkbox"/> |
| Q34c                        | Kystéctomie ? Oui = 1 Non = 2 .....                               | <input type="checkbox"/> |
| Q34d                        | Ligature des trompes ? Oui = 1 Non = 2 .....                      | <input type="checkbox"/> |
| Q34e                        | Autres ? Oui = 1 Non = 2 .....                                    | <input type="checkbox"/> |
| Q35                         | Opérateur .....                                                   | <input type="checkbox"/> |
|                             | Obstétricien = 1 CES = 2                                          |                          |
| Q36a                        | Suivi post opératoire correct .....                               | <input type="checkbox"/> |
|                             | Oui = 1 Non = 2                                                   |                          |
| Q36b                        | Si non, préciser la cause .....                                   | <input type="checkbox"/> |
|                             | Ordonnance non honorée = 1                                        |                          |
|                             | Non disponibilité de produit = 2                                  |                          |
|                             | Faute du personnel = 3                                            | <input type="checkbox"/> |
|                             | Non observance du traitement = 4                                  |                          |
| Q37a                        | Complication per opératoire .....                                 | <input type="checkbox"/> |
|                             | Oui = 1 Non = 2                                                   |                          |
| Q37b                        | Si oui, préciser la nature .....                                  | <input type="checkbox"/> |
|                             | Hémorragie=1 Anesthésiologique=2 Lésionnelle=3                    |                          |
|                             | Décès=4                                                           |                          |

|                              |                                                                                                 |                                                                                                                              |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Q38a                         | Complications post opératoire.....<br>Oui = 1    Non = 2<br>Si oui, préciser la nature          | <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
| Q38b1                        | Infection ? Oui = 1    Non = 2 .....                                                            | <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
| Q38b2                        | Si Oui, préciser le type d'infection .....                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
| Q38c                         | Hémorragique ? Oui = 1    Non = 2 .....                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
| Q38d                         | Anémie ? Oui = 1    Non = 2 .....                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
| Q38e                         | Décès ? Oui = 1    Non = 2 .....                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
| Q38f                         | Autres ? Oui = 1    Non = 2 .....                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
| Q39                          | Catégorie d'hospitalisation .....                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
| Q40                          | Durée d'hospitalisation en jour.....                                                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                            |
| Q41                          | Si durée prolongée, Préciser la cause .....                                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                            |
| <b>Coût de la césarienne</b> |                                                                                                 |                                                                                                                              |
| Q42                          | Frais de médicaments .....                                                                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q43                          | Forfait opératoire .....                                                                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q44                          | Frais d'hospitalisation .....                                                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q45                          | Frais de soins néonataux .....                                                                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q46                          | Frais d'examens para médicale .....                                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q47                          | Coût global .....                                                                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q48a                         | Auteur du règlement des frais des prestations .....                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
|                              | Parents = 1    Patiente = 2    Assistance sociale = 3<br>Procréateur = 4    Prise en charge = 5 |                                                                                                                              |
| Q48b                         | Si assistance sociale, y a t-il possibilité de<br>remboursement    Oui = 1    Non = 2 .....     | <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
| <b><u>NOUVEAU NE</u></b>     |                                                                                                 |                                                                                                                              |
| Q49                          | Réanimé à la naissance .....                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
|                              | Oui = 1    Non = 2                                                                              |                                                                                                                              |
| Q50                          | Apgar 1 <sup>ere</sup> minute .....                                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                            |
| Q51                          | Apgar 5 <sup>ème</sup> minute .....                                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                            |

|                                         |                                                                                     |                          |                          |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q52                                     | Apgar 10 <sup>ème</sup> .....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q53                                     | Poids de naissance (en g) .....                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q54a                                    | Complication néonatale .....                                                        | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                         | Oui = 1 Non = 2                                                                     |                          |                          |
| Q54b                                    | Si oui, préciser .....                                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                         | IMF= 1 Souffrance cérébrale=2 Ictère infectieux = 3                                 |                          |                          |
|                                         | Détresse respiratoire = 4 Autres = 5                                                |                          |                          |
| Q55a                                    | Décès néonatal .....                                                                | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                         | Oui = 1 Non = 2                                                                     |                          |                          |
| Q55b                                    | Si oui, préciser la cause .....                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b><u>PERCEPTION PSYCHO-SOCIALE</u></b> |                                                                                     |                          |                          |
| Q56                                     | Que représente la césarienne .....                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q57a                                    | Ressentiment à l'annonce de la césarienne .....                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                         | Crainte de la mort=1; Crainte de la douleur=2                                       |                          |                          |
|                                         | Autres = 3                                                                          |                          |                          |
| Q57b                                    | Si autres préciser .....                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q58a                                    | La césarienne est-elle acceptée comme issue de la grossesse ? Oui = 1 Non = 2 ..... | <input type="checkbox"/> |                          |
| Q58b                                    | pourquoi .....                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                         | .....                                                                               |                          |                          |
| Q59a                                    | La césarienne a-t-elle été exécutée contre la volonté de la patientes .....         | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                         | Oui = 1 Non = 2                                                                     |                          |                          |
| Q59b                                    | Si oui, qui en a pris la décision .....                                             | <input type="checkbox"/> |                          |
| Q60a                                    | Y a t-il eu consultation de tradipraticien ou de " voyant" ? Oui = 1 Non = 2 .....  | <input type="checkbox"/> |                          |
| Q60b                                    | Si oui, pourquoi .....                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                         | .....                                                                               |                          |                          |
| Q61                                     | Y a t-il eu satisfaction .....                                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                         | Oui = 1 Non = 2                                                                     |                          |                          |
| Q62a                                    | Y a t-il eu préparation à ce mode d'accouchement .....                              | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                         | Oui = 1 Non = 2                                                                     |                          |                          |
| Q62b                                    | Si oui, par qui .....                                                               | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                         | Médecin = 1 Sage-femme = 2 autre = 3                                                |                          |                          |
| Q63a                                    | La patiente est-elle satisfaite de la césarienne effectuée ? Oui = 1 Non = 2 .....  | <input type="checkbox"/> |                          |
| Q63b                                    | Pourquoi ? .....                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                         | .....                                                                               |                          |                          |

## Guide d'entretien pour les focus group

- 1) Que représente la césarienne pour vous ?
- 2) Que peut ressentir la parturiente et sa famille face à une décision de césarienne ?
- 3) Concevez- vous la césarienne comme mode d'accouchement ?  
Pourquoi ?
- 4) Que pensez-vous de la consultation des tradipraticiens et des mânes du panthéon familial ?  
Que peut elle apporter ?
- 5) Quelles sont les conséquences de la césarienne sur la victime et sa petite famille ?