

**Ministère des Enseignements secondaire,
Supérieur et de la recherche scientifique**

oooooooo

Université de Bamako

oooooooo

**Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odontostomatologie**

République du Mali
Un Peuple- Un But- Une Foi

oooooooo

N°:

Année scolaire 2007-2008

TITRE

**LA CESARIENNE DE QUALITE
AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE NIONO
A PROPOS DE 400 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le...19...../...07...../ 2008
Devant la Faculté de médecine, de pharmacie et d'Odontostomatologie

PAR

MONSIEUR SIRADJOU KEITA

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

Jury :

Président : Professeur Salif DIAKITE

Membre : Docteur Boureima MAIGA

Co-Directeur : Docteur Oumar SANGHO

Directrice de thèse : Professeur SY Aida SOW

Liste des abréviations

AG : Anesthésie Générale

ASACO : Association de santé communautaire

ATCD : Antécédent

B.D.C.F : Bruit du cœur foetal

CFA : Communauté financière Africaine

CPN : Consultation prénatale

Cscom : Centre de santé communautaire

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CUD : Contraction utérine douloureuse

CSRéf CVI : centre de santé de référence de la commune VI

CUGO : Cliniques Universitaires de Gynécologie Obstétrique

CIVD : Coagulation Intra-Vasculaire Disséminée

DFP : Disproportion foeto pelvienne

EMC : Encyclopédie médico chirurgicale

ESS : Ecole secondaire de la santé

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FMPOS : faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

Fr. : Français

FRV : Fistule Recto-Vaginale

FVV : Fistule Vésico-Vaginale

Gr. : Gramme

Gyn. : Gynécologie

H. : Heure

HRP : Hématome retro-placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HNPt.G : Hôpital National du point G

HU : Hauteur Utérine

IMSO : Incision Médiane Sous Ombilicale

IIG : Intervalle Inter-génésique

LDT : Ligature des trompes

MAF : Mouvements Actifs du Fœtus

MN. : Minute

Nbre : Nombre

Obst : Obstétrique

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PD : Péri durale

PP : Placenta Prævia

Rev : Revue

RA : Rachie Anesthésie

RPM : Rupture prématurée des membranes

RU : Rupture Utérine

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------------|
| I. INTRODUCTION : | 2 |
| II Objectifs : | 6 |
| I. Objectif général : | 6 |
| II .Objectifs spécifiques : | 6 |
| III : GENERALITES | 8 |
| 1. RAPPEL ANATOMIQUE | 8 |
| 2. LA CESARIENNE | 13 |
| 3. DEFINITIONS OPERATIONNELLES | 28 |
| IV. Méthodologie | 33 |
| 1. CADRE D’ETUDE : | 33 |
| 2. Méthode | 37 |
| 3- MATERIEL | 42 |
| 4- ANALYSE STATISTIQUE : | 42 |
| V. Résultats | 44 |
| 1. Résultats globaux : | 44 |
| 2. Résultats analytiques : | 78 |
| VI. Commentaires et discussions | 83 |
| VII. Conclusions et Recommandations | 96 |
| 1. CONCLUSION | 96 |
| 2. Recommandations | 97 |
| VIII. Références bibliographiques | 101 |
| ANNEXES | I |
| RESUME DE THESE | XIII |

L'INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

En Afrique de l'ouest et du centre ; les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent les principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer

Selon les estimations publiées par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et UNICEF en 1996 20% des décès maternels suite à ces complications dans le monde, 585000se produisent en Afrique (cadre conceptuel de l'organisation du système de référence évacuation) (12).

En Scandinavie ; où les performances et l'accès des services de santé sont excellents le ratios des mortalités maternelles est de l'ordre de 6 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

Dans les pays développés il meurt moins de 1% des femmes ; ce qui montre que ces décès pourraient être évités si les ressources et les services étaient disponibles (12).

Au MALI selon la deuxième enquête démographique et de santé (EDSII ,1995-1996) et selon L'OMS et l'UNICEF le taux de mortalité maternelle a été estimé à 582 pour 100000 naissances vivantes.

Cette situation est révélatrice d'une faible couverture en santé maternelle ; seules en moyenne 60% des femmes enceintes bénéficient de consultation prénatales (souvent de qualité insuffisante) ; 34% des accouchements assistés et 32% ont lieu dans une structure sanitaire (15).

A coté des hémorragies, des infections et des états hypertensifs, la dystocie obstétricale occupe une place prépondérante parmi les causes évitables de mortalité maternelle (55-17).

Dès 1986 avec l'initiative<<pour une maternité sans risque>> l'organisation Mondiale de la santé (OMS) préconisait que la surveillance du travail et la détection précoce des dystocies soient retenues comme l'une des approches les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle.

Aussi, en octobre 1997 au Sri Lanka la conférence tenue avec intitulé <<L'initiative pour une maternité sans risque : 10ans d'expérience et de progrès>> a permis de renforcer certaines priorités et d'identifier d'autres.

Trois priorités ont été identifiées en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement :

- La ré spécification du contenu et des objectifs de la consultation prénatale.
- Le renforcement au niveau des hôpitaux de référence, de la couverture et de la qualité des soins obstétricaux.
- La centralisation de l'évaluation des programmes de santé maternelle sur les indicateurs de processus (notamment la qualité des soins et des services) et les indicateurs de couverture.

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

La césarienne est un<< moyen>> pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

Cette intervention, même dans les situations les plus favorable est toujours associée à un certain risque :

-Dans les pays industrialisés un taux de mortalité maternelle de 0,07 à 0,34% est rapporté dans la littérature.

-Dans de nombreux pays africains comme le Mali, la césarienne constitue une intervention à risque élevé (22).

En agissant sur la qualité de l'offre des soins on peut diminuer ce risque .Le concept de césarienne de qualité pourrait être défini selon DUJARDIN B. comme<< une intervention qui profite à toutes les patientes qui en ont réellement besoin avec un risque minimum pour le devenir du couple Mère Enfant et à un coût abordable pour la patiente et pour le système de santé » (22).

La médecine a toujours évolué vers la recherche d'une qualité de plus en plus élevée. Cette recherche de qualité s'est manifestée par la lutte efficace contre les maladies. Tout comme les entreprises et les grandes institutions (universitaires, politiques et

publiques), elle n'a pas échappé à cette évolution vers une qualité de plus en plus compétitive (35). L'évaluation des pratiques médicales est un ensemble de processus pour aider le professionnel de la santé à faire le meilleur choix diagnostique et thérapeutique pour le malade et la société.

L'activité d'un service hospitalier peut être évaluée de façon quantitative (étude épidémiologique ou thérapeutique d'une pathologie), économique (soit en appréciant le coût de la prise en charge soit le rapport coût bénéfice) ; elle peut aussi se faire de façon qualitative (9 et 47). L'évaluation qualitative apprécie aussi les résultats thérapeutiques, les séquelles du traitement et la satisfaction du patient à la fin de son séjour hospitalier (9). Le contrôle de la qualité des soins a pour objectif de réduire ou de supprimer les soins inutiles et d'améliorer la qualité des soins utiles tant dans leur indication que dans leur mise en œuvre (13).

L'organisation Mondiale de la Santé définit la qualité dans les établissements de santé comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient, l'assortiment d'acte diagnostic et thérapeutique qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un résultat au moindre risque iatrogène et pour la grande satisfaction du malade, en terme de procédures, de résultats et de contact humains à l'intérieur du système de soins » (26 et 9)

La démarche qualité doit aussi créer pour le personnel soignant un milieu favorable à son épanouissement professionnel.

Il nous a alors semblé utile, dans ce travail, d'analyser certains facteurs qui déterminent la qualité des prestations de service avec les objectifs précis.

II OBJECTIFS

II Objectifs :

I. Objectif général :

-Evaluer la qualité de la césarienne dans le centre de santé de référence de NIONO à propos de 400cas.

II .Objectifs spécifiques :

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

-Etudier les caractéristiques sociodémographiques des femmes

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

-Identifier les indications de la césarienne

-Déterminer le niveau de qualités de la césarienne dans le centre de santé de référence de NIONO

-Formuler des recommandations pour améliorer davantage la qualité de la césarienne.

III. GENERALITES

III : 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 cylindre 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 7-9cm, sa largeur de 4cm et son épaisseur de 3cm. Il pèse 50g. Sa capacité est de 2 à 3ml.

L'utérus comprend trois tunique qui sont de dehors en dedans : la séreuse, la musculieuse 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 : constitué 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 latero-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^{ème} mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

Selon Merger les dimensions sont les suivantes :

| | Hauteur | Largeur |
|-----------------------------------|----------------|----------------|
| A la fin du 3 ^{ème} mois | 13 cm | 10 cm |
| A la fin du 6 ^{ème} mois | 24 cm | 16 cm |
| A 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 autres, 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'imbibition 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 de l'utérus, 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 anatomique 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 sacrum et le coccyx en arrière. Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison, nous ne 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 de la présentation, séparant le petit bassin du grand bassin.

- Limites :

- 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 antéropostérieurs : on distingue
 - Le promonto-suspubien = 11cm
 - Le promonto-retropubien = 10,5cm
 - Le promonto-souspubien = 12cm
- ❖ Les diamètres obliques : allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12cm.
- ❖ 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 13cm.
- ❖ Les diamètres sacro cotyloïdiens : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurent chacun 9cm.

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 de la présentation.

- Limités :

- En avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne
- en arrière par le coccyx
- Latéralement d'avant en arrière par, les bords inférieurs des branches ischio-pubiennes, des tubérosités ischiatiques et des ligaments sacro sciatiques.

- Les diamètres du détroit inférieur :

- Le diamètre sous-coccy-sous-pubien est de 9,5 cm mais, peut atteindre 11 à 12 cm en rétro pulsion
- Le diamètre sous-sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum du bord inférieur du pubis est de 11 cm

Nous avons ainsi les différents éléments constituant du bassin obstétrical normal. D'un point de vue synthétique il existe des variations morphologiques explicitées par CALDWEL, 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

Le diaphragme pelvien principal :

Il est constitué par le releveur de l'anus, c'est un muscle pair qui forme avec celui du côté opposé et avec les deux muscles ischio-coccygiens en arrière le plancher du bassin ou diaphragme pelvien principal.

Le bord interne du releveur de l'anus, recouvert par l'aponévrose pelvien répond en bas, sur un plan un peu inférieur à lui, au diaphragme pelvien accessoire.

Le diaphragme pelvien accessoire :

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 est 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 » que 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 1.500 à 1.800, durant lesquels, elle apparaît comme un véritable pis-aller à cause de l'incertitude qui la caractérisait. Les faits marquants ces périodes sont :

- 1500 : Jacob NÜFER, châtreur de porc, suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.
- 1581 : François ROUSSET publie le « traité nouveau d'hystérotomie ou enfantement 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^{ème} moitié du 18^{ème} 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 introduit par l'américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences.
- Suture systématique de l'utérus par les Allemands KEHRER et SANGER en 1882
- Extériorisation temporaire de l'utérus par PORTES.
- FRANK en 1907, imagina l'incision segmentaire basse et sa péritonisation secondaire par le péritoine préalablement décollé. Ce fut là « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne » selon 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.

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, foetal 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 ; nous adopterons la classification analytique.

2.4.1. Les disproportions mécaniques

► Les disproportions foeto-pelviennes

Cette notion renferme en réalité 2 entités nosologiques distinctes :

- soit d'une étroitesse du canal pelvi-génital,
- soit d'un excès de volume du foetus ;

L'une ou l'autre constituant une entrave à la progression du mobile foetal (51 et 66). 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.

➤ Les bassins rétrécis :

- Bassin asymétrique congénital ou acquis
- Les bassins limites

➤ L'excès de volume fœtal :

Il peut être global, c'est le gros fœtus dont le poids est supérieur à 4 kg (37) ; parfois il est localisé.

Les obstacles prævia :

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

Les présentations dystociques :

- La présentation de l'épaule
- La présentation du front
- La présentation de la face en menton sacrée

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 dilation 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 corporéale.

L'idée première « One's a cesarean, always » 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 où 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 réparé :**

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 deux circonstances : soit parce qu'il est recouvrant, soit parce qu'il est hémorragique.
- L'hématome retro-placentaire surtout avec enfant vivant
- La procidence du cordon battant.

2.4.5. Les pathologies gravidiques

Maladies préexistantes aggravées :

- HTA (2 à 9% selon la littérature)
- Cardiopathie sur grossesse
- Diabète
- Autres affections :
 - Les antécédents cérébraux vasculaire 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 hypoventilation ;
 - L'allo immunisation foeto-maternelle

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 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. Dans notre contexte, le diagnostic de souffrance fœtale se fait par l'appréciation de l'aspect du liquide amniotique et l'écoute des BDCF au stéthoscope de PINARD.

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 elle-même mais les facteurs associés l'imposent souvent dans l'intérêt du fœtus.

➤ Les grossesses multiples

- Grossesse gémellaires : en l'absence d'une souffrance fœtale chronique c'est le plus souvent la dystocie de démarrage 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.

- Grossesse multiples : (plus de deux fœtales) 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 présent avant l'intervention ;
- Le délai est d'au plus 20mn après le décès maternel ;

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 (60) les a résumées en :

- Infection amniotique
- Malformation fœtale majeur (anencéphalie, hydrocéphalie)
- La mort in utero et défaut de maturité fœtale.

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.
- Soit par une laparotomie transversale basse ou incision PFANNENSTIEL : c'est une incision sus-pubienne transversale. Elle se situe à environ 3cm 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.

Ce pendant 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 supérieur 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

Une technique abandonnée actuellement.

L'incision se faisait 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 œufs 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 inopiné 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 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 locorégionale.

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

2.8.1 Anesthésie locorégionale

Les avantages :

- la mère est consciente, il n'y a pas de risque l'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'incision est rapide, c'est une technique fiable, contrôlable avec hypotension modérée.

-Les inconvénients :

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

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 selon Misgav Ladach. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

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 ;
- Cinquième temps : extraction de l'enfant
- Sixième temps : c'est la délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'hystérotomie.
- 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 extra-muqueux sur les berges.
- Huitième temps : suture du péritoine pré segmentaire.
- Neuvième temps : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.
- Dixième temps : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

Avantages de la césarienne segmentaire

- Incision autonome du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture.
- Incision de 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 selon la technique de Misgav Ladach

Se basant sur la littérature, Michael Stark de l'hôpital Misgav Ladach de Jérusalem a modifié et rationalisé ces nouvelles stratégies en mettant au point une technique qu'il a appelé modestement méthode de Misgav Ladach. Elle consiste à :

- Ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3cm au dessous de la ligne inter iliaque unissant les 2 épines antérosupérieures.
- Ouverture transversale du péritoine pariétal
- Pas de champs abdominaux
- Hystérotomie segmentaire transversale
- Suture de l'hystérotomie en un plan un surjet non passé
- Non fermeture des péritoines viscéral et pariétal
- Suture aponévrotique par un surjet non passé
- Rapprochement cutané par quelques points de Blair-Donati très espacés.

Avantages de la technique de Misgav Ladach :

- Limite des attritions tissulaires
- Elimine les étapes opératoires superflues
- Simplifie le plus possible l'intervention.

La simplicité de cette technique et les résultats obtenus par différentes études (18) font penser qu'elle deviendra sous peu la référence en matière d'extraction foétale par voie haute (52).

Il faut signaler cependant que les techniques sus citées comportent des précautions particulières et des modifications gestuelles dans certaines circonstances telles que le placenta prævia 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 ligature des trompes
- 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'asepsies, 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 acre ta).

- Les lésions intestinales

Elles sont le plus souvent iatrogènes (césarienne 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 anesthésiques

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

2.11.2. Les complications postopératoires

- Les complications maternelles

Elles sont les plus nombreuses, 30 à 40% des césarienne selon la littérature.

Cette fréquence trouve son explication dans cette phrase de GRALL : « la flore vaginale après que la rupture des membranes, les touchés, les manœuvres, en aient permis l'ascension trouve dans ces 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 (phlébites, antécédent des maladies thromboemboliques).

- Les complications diverses

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

-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. DEFINITIONS OPERATIONNELLES**3.1. Qualité des soins :**

C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts ou les erreurs (4) ; ils doivent donc être efficaces, appropriés, sûrs, accessibles et acceptables et utilisant de façon optimale les moyens disponibles.

C'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services offerts répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement censée permettre d'obtenir les résultats souhaités (52).

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (en fonction des normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risques, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition (49).

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

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

3.2. Définitions des concepts :

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

- Evaluation :
Selon l’OMS, c’est une procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d’actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés
- Critère :

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

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

- Les indicateurs

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

A la lumière de ces définitions ci-dessus citées, nous allons aborder notre travail sur la qualité de la césarienne.

Revue de la littérature :

Bien que l’évaluation de la qualité des soins ait débuté voilà près d’un siècle aux Etat-Unis, elle ne s’est vraiment développée qu’à partir des travaux de DONABEDIAN en 1966 (56), mis ensuite en place dans les pays anglo-saxons puis en France au début des années 1980 en particulier sous l’impulsion de Papiernik et coll., Lacronique, Armogathe et Well.

Cette pratique de l’évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la

création de l'Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi de la réforme hospitalière.

Au Mali, les travaux concernent l'évaluation de la qualité des soins sont très limités et deux études ont été faite sur la césarienne de qualité en 2004 par M TOGORA au centre de santé de référence CV puis en 2006 par S.CISSE au centre de santé de la commune CVI.

En 1989, l'évaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en CVI (29) a montré que la qualité des services souffre de l'insuffisance de l'accueil et de l'exécution de certains gestes dangereux ou inadaptés ainsi que la très faible productivité du personnel et un manque de formation permanente.

En 1997, une étude comparative de la qualité des soins en CVI (68) a révélé un manque de personnel, des conditions d'hygiène très mauvaises et un manque de recyclage permanent du personnel.

Une autre étude faite en 2000 sur la prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain (58) montre que les parturientes ne reçoivent pas toujours tous les soins qui leur assurent une maternité sans risque au niveau des CSCOM.

Au Sénégal, une étude a porté en 1996 sur l'évaluation de la qualité de la couverture en césarienne (16). Cette étude révéla que le système de référence est inopérant : 58% des opérées sont évacuées en urgence vers une maternité chirurgicale avec des moyens de transport non médicalisés ; l'accessibilité des populations à la césarienne est faible aussi bien sur le plan géographique que financier. Globalement, la couverture en césarienne et la qualité des soins sont insuffisantes.

En Côte d'Ivoire, une étude faite en 1999 sur l'analyse des facteurs et des déterminants de la césarienne de qualité au CHU de Yopougon (50) a montré que :

Le taux de césarienne est 25,5%. Plus de 63% des patientes ont été évacuées et ont été prises en charge tardivement. Le délai moyen entre l'admission de la

patiente et l'extraction du fœtus est de 8 heures 28 minutes. Plus de 88% des patientes sont opérées en urgence. Les services se trouvent confrontés à un manque de matériels et une insuffisance de personnels compétents et de plateaux techniques.

Au Burkina Faso, une étude effectuée en 2000 sur l'analyse des déterminants de la césarienne de qualité (46) a révélé qu'il n'y avait pas une bonne référence des patientes qui devaient en être l'objet. Les centres chirurgicaux étaient peu accessibles pour les patientes. Les retards à la décision de césarienne ont été révélés dans 14,2% et le retard à l'intervention dans 54,6%. L'indication de césarienne était abusive dans 32,6% des cas et le suivi post opératoire non satisfaisant.

Globalement, la césarienne n'était pas de bonne qualité dans 33,1%.

Les auteurs ont souligné la nécessité d'améliorer la qualité de la césarienne pour une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale.

A travers ces différents travaux, la nécessité de l'amélioration de la qualité de la césarienne s'impose.

Notre étude est la première du genre à se pencher sur la césarienne de qualité au niveau du Csréf de NIONO.

IV. METHODOLOGIE

IV. Méthodologie

1. CADRE D'ETUDE :

1.1 Centre de santé de Référence

Notre étude s'est déroulée au Centre de santé de Référence du Cercle de Niono dans la 4^{ème} Région Administrative du Mali (Ségou).

L'histoire du centre s'identifie à celle de Niono créée en 1935. Au début, il n'était qu'un centre de soins pour les besoins du colonisateur, venu pour les travaux d'aménagement de la zone office du Niger. Il a connu plusieurs évolutions, de dispensaire à centre de santé de cercle. Il a été enfin érigé en Centre de Santé de Référence en 2001 avec la nouvelle politique de décentralisation sanitaire. C'est ainsi qu'il a été créé dans chaque cercle au moins un centre de santé de référence.

Il constitue la première référence du district sanitaire de Niono, qui est l'un des huit (8) districts de la Région de Ségou. Le système de référence/évacuation a été organisé à partir de juin 2002.

Il est situé dans le plus grand district de la Région de Ségou avec 23 063 km² de superficie et 287980 habitants en 2007 avec un taux d'accroissement de 2,7% et une densité de 13 habitants par km². Il est limité à l'Est par les cercles de Téninkou et de Niafunké ; au Sud par les cercles de Ségou et de Macina ; à l'Ouest par les cercles de Nara et de Banamba ; au Nord par la République Islamique de Mauritanie. Le district sanitaire de Niono est constitué de 22 aires de santé dont 20 sont fonctionnels. Chacune de ces aires dispose d'un CSCOM.

Le cercle de Niono est une zone d'attraction par excellence en raison des aménagements hydro agricoles de l'Office du Niger.

Les principales activités menées par la population sont :

- l'agriculture est la principale activité qui occupe près de 90%

- de la population ; ensuite le maraîchage et la pêche,
- l'élevage car Niono est aussi une zone d'élevage par excellence qui est dominé par le système d'extension ; l'effectif cheptel est estimé à 316595
 - le commerce est très développé de part la situation géographique et axé sur le système de foires hebdomadaires pour les échange des produits agricoles, de bétail etc.
 - le transport et artisanat
 - la culture de canne à sucre pour la sucrerie et distillerie de sukala qui dispose d'une capacité de production de 32 000 tonnes de sucre/an.

Niono connaît un climat tropical de deux saisons ; une saison sèche (novembre- Mai) et une saison pluvieuse (Juin- Octobre).

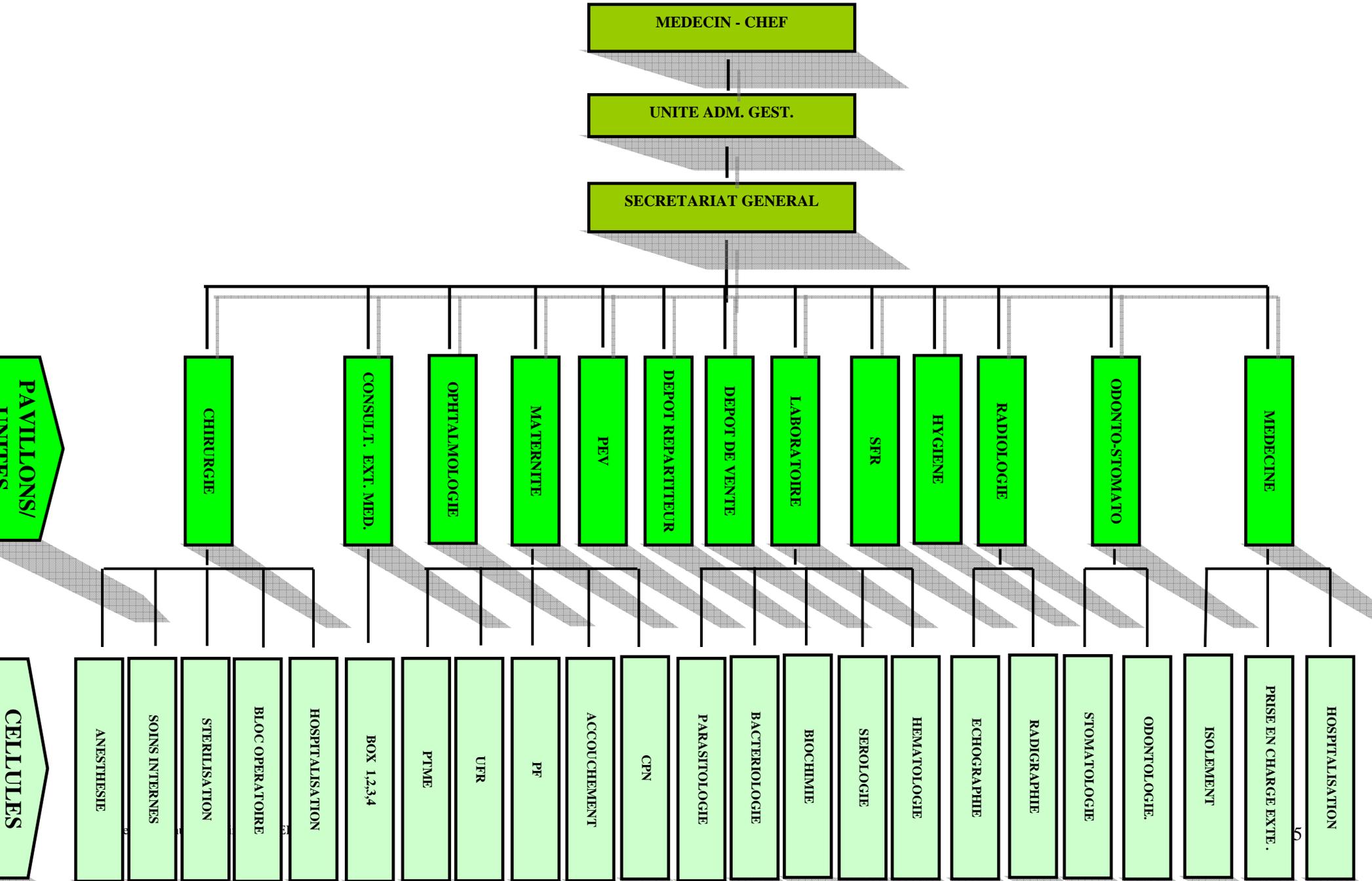
Le centre de santé de référence de Niono est beaucoup sollicité par la population dudit cercle mais aussi des habitants des pays limitrophes comme la Mauritanie. Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car situé à la frontière mais aussi à la qualité du plateau technique et du service offert.

1.2 Organisation du centre

a) Infrastructure du service

Le centre de santé de référence comprend plusieurs unités qui sont selon

ORGANIGRAMME STRUCTUREL DU CSREF DE NIONO



b) Le personnel :**Tableau I**

| Qualification | Nombre |
|-----------------------------|--------|
| Médecin généraliste | 5 |
| Infirmier diplômé d'Etat | 6 |
| Technicien de laboratoire | 4 |
| Infirmiers de premier cycle | 3 |
| Sages femmes | 4 |
| Infirmières obstétriciennes | 2 |
| Matrone | 1 |

| | |
|--|-----------|
| Technicien spécialisé en soins dentaires | 1 |
| Technicien spécialisé en radiologie | 1 |
| Technicien spécialisé en ophtalmologie | 1 |
| Technicien spécialisé kinésithérapie | 1 |
| Technicien spécialisé en santé publique | 1 |
| Technicien sanitaire | 1 |
| Secrétaire dactylo | 1 |
| Gestionnaire | 2 |
| Comptable | 1 |
| Adjoint administratif | 1 |
| Gardiens | 2 |
| Chauffeurs | 5 |
| Aide soignant | 3 |
| Manœuvre | 5 |
| Total | 51 |

NB : Durant la période d'étude 5 autres étudiants en médecine étaient entrain de traités leur thèse.

C) Fonctionnement de services :

- La maternité et le bloc fonctionnent 24 heures sur 24 heures.
- Les séances d'échographies sont effectuées les Mardis et jeudis.
- Les consultations externes médicales tous les jours ouvrables.
- Les consultations prénatales de références toutes les heures ouvrables.
- Le Programme opératoire les mardis et jeudis
- Les consultations spécialisées: ORL, ophtalmologique, stomatologie toutes les heures ouvrables.
- Le service de garde se compose du Médecin Chef comme superviseur, d'un médecin, d'un interne, d'une sage femme, une infirmière, un anesthésiste, une aide soignante, un instrumentiste, et deux manoeuvres.
- Les soins des malades hospitalisés sont effectués par le personnel soignant.
- Le transport des malades et le nettoyage du service sont assurés par les manoeuvres.

2. Méthode

2.1. Type d'Etude

Il s'agissait d'une Etude prospective transversale.

2.2. Période d'Etude

Elle s'est étendue du 01 janvier 2007 au 31 décembre 2007 soit une durée d'un an

2.3. Population d'Etude

L'étude a porté sur l'ensemble des femmes, ayant subi une césarienne au centre de santé de référence de Niono (CSRéf de Niono) au cours de la période d'étude et des nouveaux-nés issus de ces césariennes

2.4. Echantillonnage :

L'échantillonnage a porté sur 400 cas de césarienne.

2.5. Les critères d'inclusion

- Les parturientes qui ont subi une césarienne dans le service.
- Les nouveaux-nés issus de ces césariennes.

2.6. Critères de non inclusion

- Les parturientes qui ont subi la césarienne ailleurs, venues dans le service pour d'autres complications
- Les nouveaux-nés qui ne sont pas issus de césarienne.

2.7 Classification des indications de la césarienne

La classification des indications de la césarienne est une question encore en discussion et difficile. Dans le cadre de ce travail nous avons utilisé une classification des indications de césarienne proche de celle de Maillet et de Boisselier et déjà utilisée dans plusieurs études dont celles du Sénégal (18), du Burkina Faso (48) et Mali (15) . Nous avons retenu la classification des indications de césarienne en 5 groupes.

Urgence absolue

La vie de la mère ou / et de l'enfant est en danger immédiat si la césarienne n'est pas pratiquée. Exemples :

- placenta praevia recouvrant hémorragique,
- la procidence du cordon avec fœtus vivant.

- Césarienne obligatoire

Concerne les situations pour lesquelles l'accouchement ne peut être réalisé autrement que par la voie haute. Exemples :

- Disproportions fœto-pelviennes
- présentation vicieuse (transversale, face en menton sacré)
- Anomalies du bassin (bassin généralement rétréci, bassin asymétrique)

L'absence d'intervention exposant au décès maternel ou à des séquelles maternelles très grave.

- Césariennes de nécessité :

Correspondent à des pathologies associées à la grossesse ou à des anomalies lors de l'évolution du travail. Exemples :

- pathologies hypertensives
- dystocie dynamique

- Césarienne de prudence

Correspondent à des circonstances pour lesquelles une intervention n'est pas indispensable, l'accouchement par la voie basse est théoriquement possible, mais l'intervention peut apporter dans certains cas un meilleur pronostic vital ou fonctionnel à la mère, mais surtout à l'enfant .

Exemples :

- utérus cicatriciel
- souffrance fœtale aiguë

- Césariennes abusives :

Concernent toutes les indications de césarienne par excès ou qui aurait pu être évitées. Exemples :

- Dystocie Dynamique non corrigé médicalement
- bassin limite sans épreuve de travail bien menée

2.8. Méthode d'analyse :

Niveau de qualité des césariennes : pour évaluer la qualité de la césarienne, nous avons procédé par 2 approches :

1^{ère} Approche :

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

- **Les conditions de prise en charge :**

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

- **La réalisation et les résultats de l'intervention**

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

- **Le Suivi Post-Opératoire**

- le respect du protocole post-opératoire
- la surveillance post-opératoire immédiate
- les complications post-opératoires
- la durée Moyenne d'hospitalisation.
- la re-hospitalisation

Une cotation en score (0 à 3) a été faite pour les critères ci hauts identifiés.

Trois indicateurs ont été identifiés. Chaque indicateur est composé de 5 à 6 critères. La somme des scores réalisés appliqués à l'échelle d'évaluation permettra d'évaluer le niveau de qualité de la césarienne.

Le maximum de Score que l'on peut enregistrer pour les 3 indicateurs est de 20.

Le détail sur les cotations sera présenté dans les tableaux en annexes.

L'échelle d'évaluation qui a été utilisée, se présente comme suit :

- Qualité bonne (Q4) : 95 à 100% de score maximal soit un Score total de 19-20.
- Qualité Assez bonne (Q3) : 75 à 94,99% de Score maximal soit un Score total de 16-18.
- Qualité moyenne (Q2) : 50 à 74,99% de score maximal, soit un Score total de 13-15
- Qualité Faible (Q1) : moins de 50% de Score maximal, soit un score total < à 13.
- Cette échelle a permis de déterminer pour le CSRéf de Niono la proportion de parturientes recevant des césariennes de « Bonne » ou « d'assez Bonne Qualité » (Q4 et Q3) et celle recevant des césariennes de qualité « moyenne » ou « faible » (Q2 et Q1). (15)

2^{ème} Approche

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

L'analyse a porté sur une échelle où les césariennes sont dites :

- « Bonne Qualité » si toutes les variables discriminatoires ont été réalisées
- « Moins Bonne » ou de « Non Qualité » si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

3- MATERIEL

Nous avons procédé au recueil des données de la période d'Etude à partir des supports portés en annexes : fiches d'enquête, partogramme registres, dossiers des malades

4- ANALYSE STATISTIQUE :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à partir du logiciel Excel 2003

V. RESULTATS

V. Résultats

1. Résultats globaux :

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de la voie d'accouchement

| Accouchement par | Fréquence | |
|------------------|--------------|------------|
| | Absolue | Relative |
| Voie basse | 10047 | 96,18 |
| Voie haute | 400 | 3,82 |
| Total | 10447 | 100 |

La fréquence moyenne des césariennes s'élève à 3,82% sur 10447 accouchements

CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES

Tableau II : Répartition des patientes en fonction des tranches D'âges

| Tranches d'âges | Fréquence | |
|-----------------|------------|------------|
| | Absolue | Relative |
| 14-19 | 111 | 27,75 |
| 20-25 | 158 | 39,5 |
| 26-30 | 75 | 18,75 |
| 31-35 | 19 | 4,75 |
| 36-40 | 30 | 7,5 |
| >40 | 7 | 1,75 |
| Total | 400 | 100 |

La tranche d'âge 20-25 a dominé avec 39,5%

Age minimum= 14; Age moyen=24; Age maximum= 46; Ecart type= 6, 69

Figure 1 : Répartition des patientes en fonction de l'activité socio professionnelle

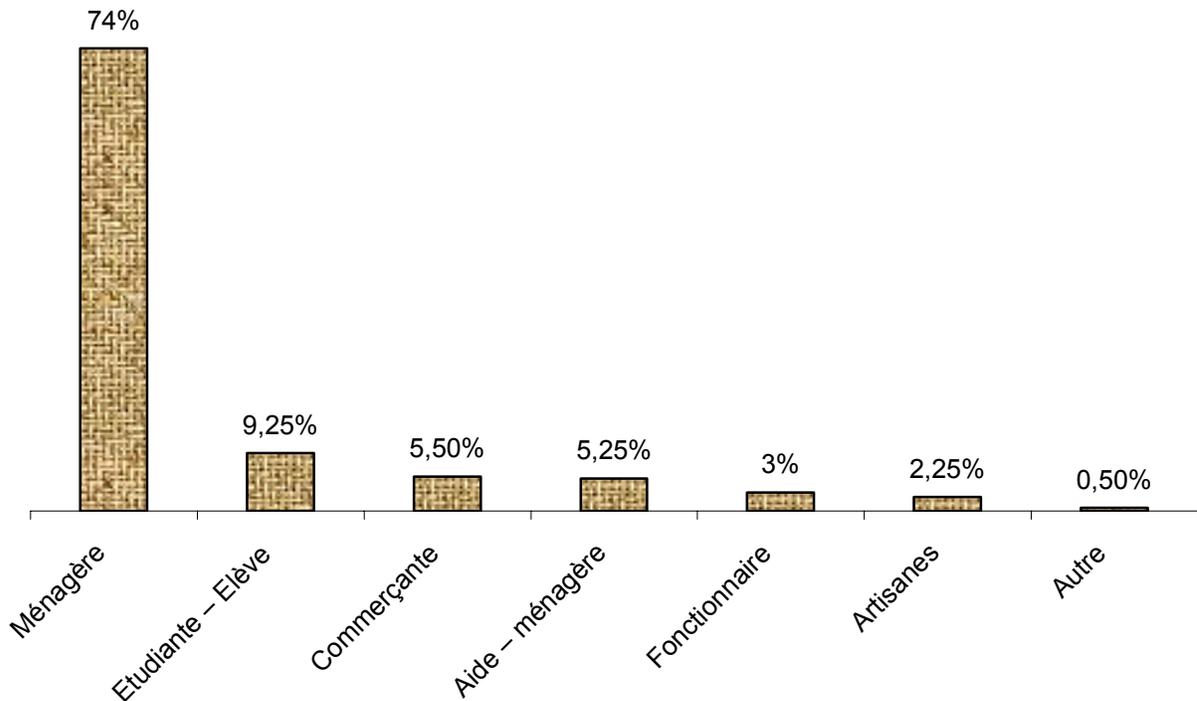


Figure 2 : Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

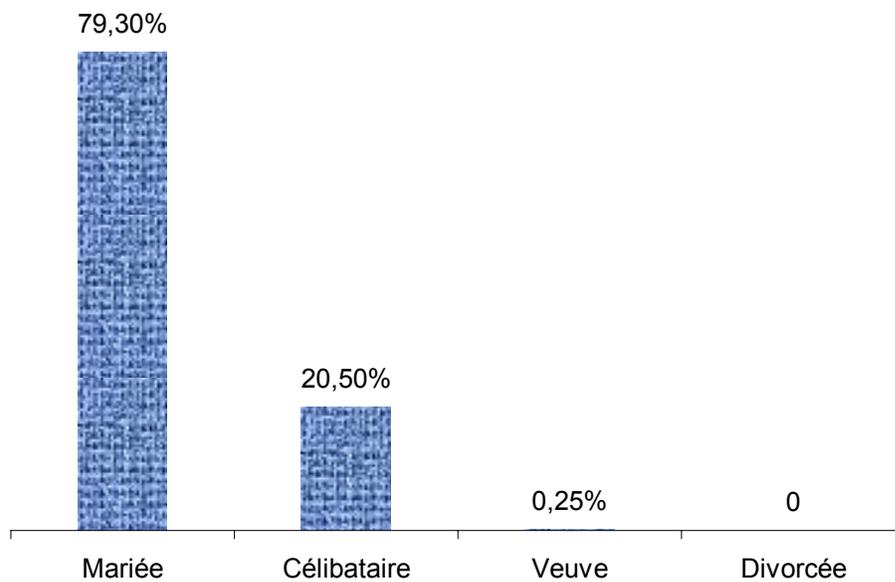
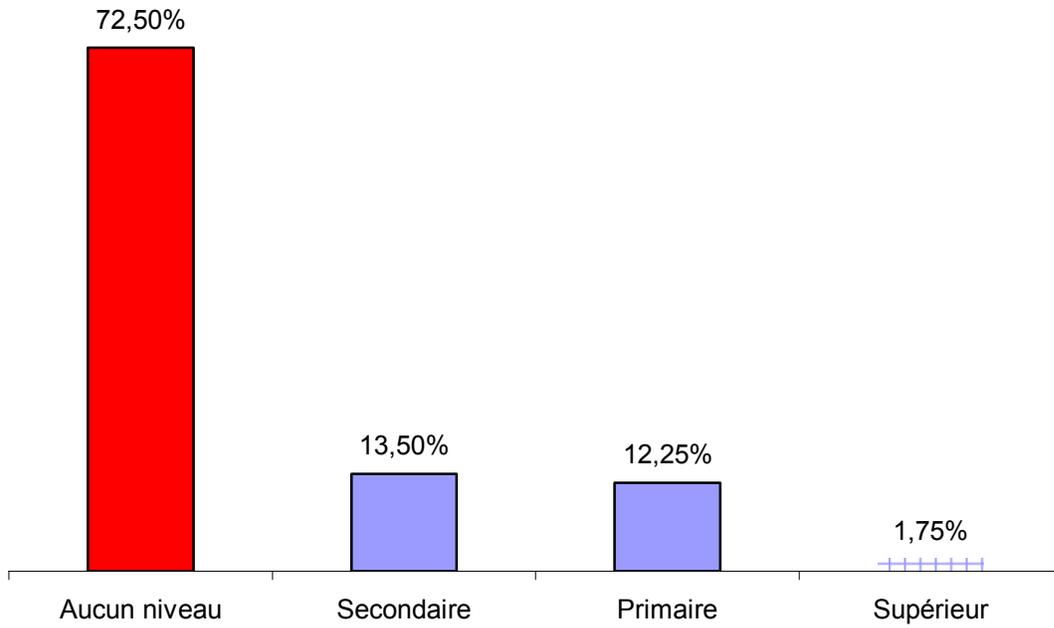


Figure 3 : Répartition des patientes en fonction du niveau d'alphabétisation en Français.



- **L'aire de provenance des patientes**

Tableau III : Répartition des patientes en fonction des aires de provenance.

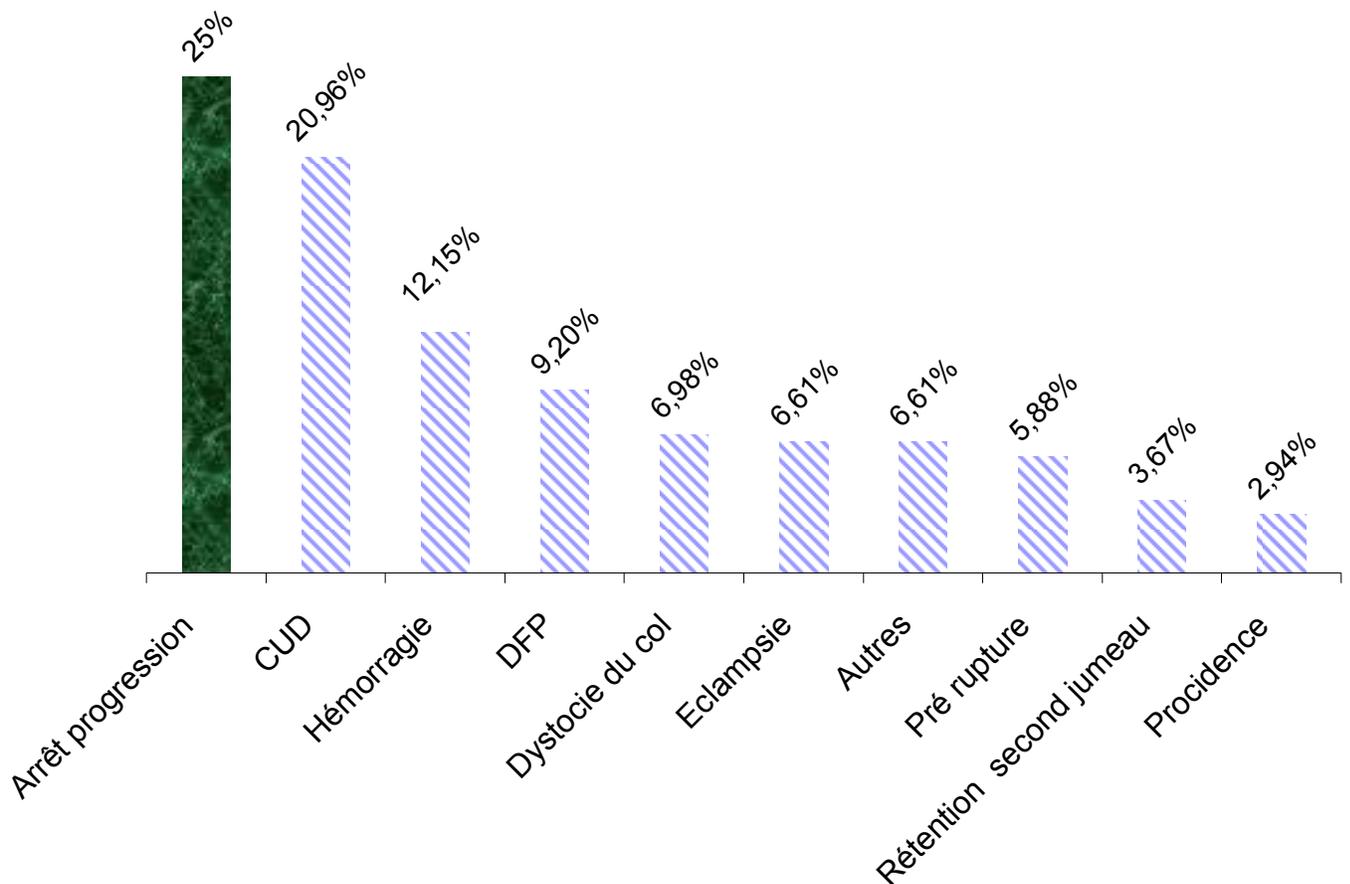
| Aire | Distance au Csref (km) | Fréquence | |
|--------------------------|------------------------|------------|--------------|
| | | Absolue | Relative (%) |
| Cscom central | 2 | 131 | 32,8 |
| Cscom de Siribala | 35 | 36 | 9 |
| Cscom de Molodo | 7 | 40 | 10 |
| Cscom de N'Debougou | 15 | 29 | 7,25 |
| Cscom de Dougouba | 75 | 5 | 1,25 |
| Cscom de Sokolo | 75 | 13 | 3,25 |
| Cscom de Diabaly | 60 | 17 | 4,25 |
| Cscom de Kourouma | 55 | 4 | 1 |
| Cscom de B6 | 30 | 29 | 7,25 |
| Cscom de N8 | 12 | 10 | 2,5 |
| Cscom de Cocody | 20 | 8 | 2 |
| Cscom de Niono extension | 7 | 19 | 4,75 |
| Cscom de Boh | 45 | 1 | 0,25 |
| Cscom de Diakiwèrè | 35 | 5 | 1,25 |
| Cscom de Pogo | 55 | 7 | 1,75 |
| Cscom de Komola zafina | 45 | 1 | 0,25 |
| Cscom de Nampala | 185 | 3 | 0,75 |
| Cscom de Nara-IBT | 30 | 2 | 0,50 |
| Cscom de Niono C3 | 3 | 13 | 3,25 |
| Cscom de Dogofry | 75 | 20 | 5,75 |
| Autres (H.A) | 100 | 4 | 1 |
| TOTAL | | 400 | 100 |

Les 32,8% de nos patientes résident à Niono

Les modalités d'évacuations des patientes

- Le motif d'évacuation des patientes

Figure 4 : Répartition des patientes en fonction du motif d'évacuation.



- Le mode d'admission des patientes

Figure 5 : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission.

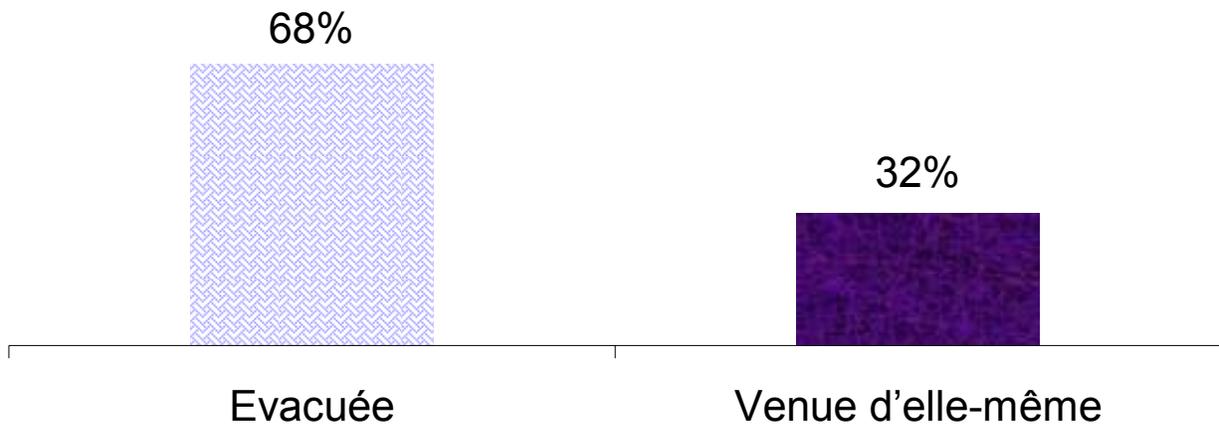
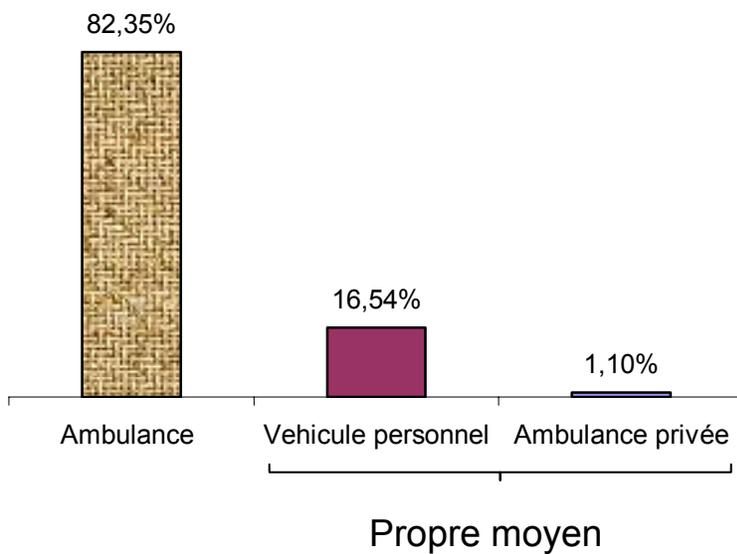
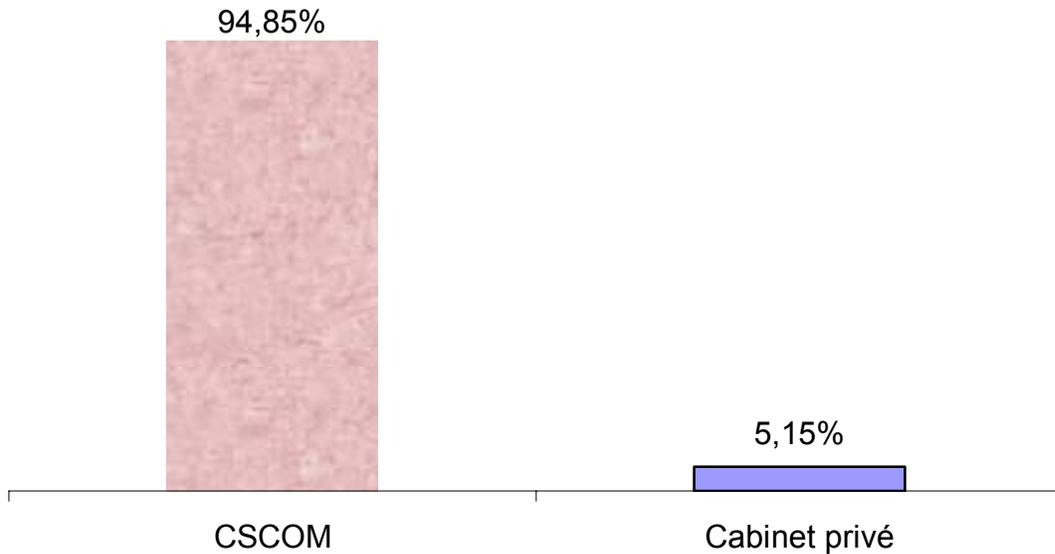


Figure 6 : Répartition des patientes évacuées selon le moyen de transport



- **La structure ayant évacué**

Figure 7 : Répartition des femmes évacuées en fonction des structures



CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES DES PATIENTES

Figure 8 : Répartition des patientes est fonction de la gestité.

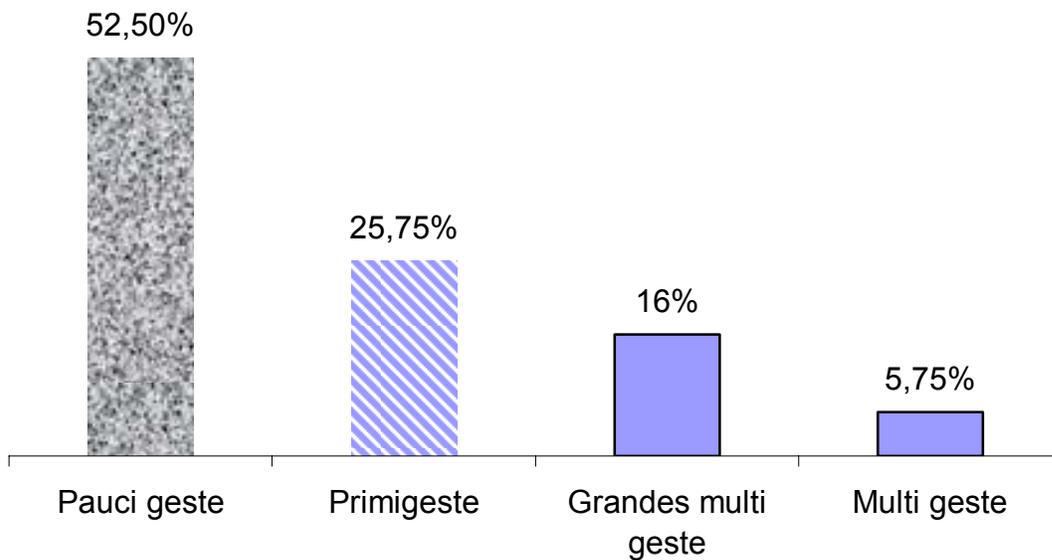


Figure 9 : Répartition des patientes en fonction de la parité.

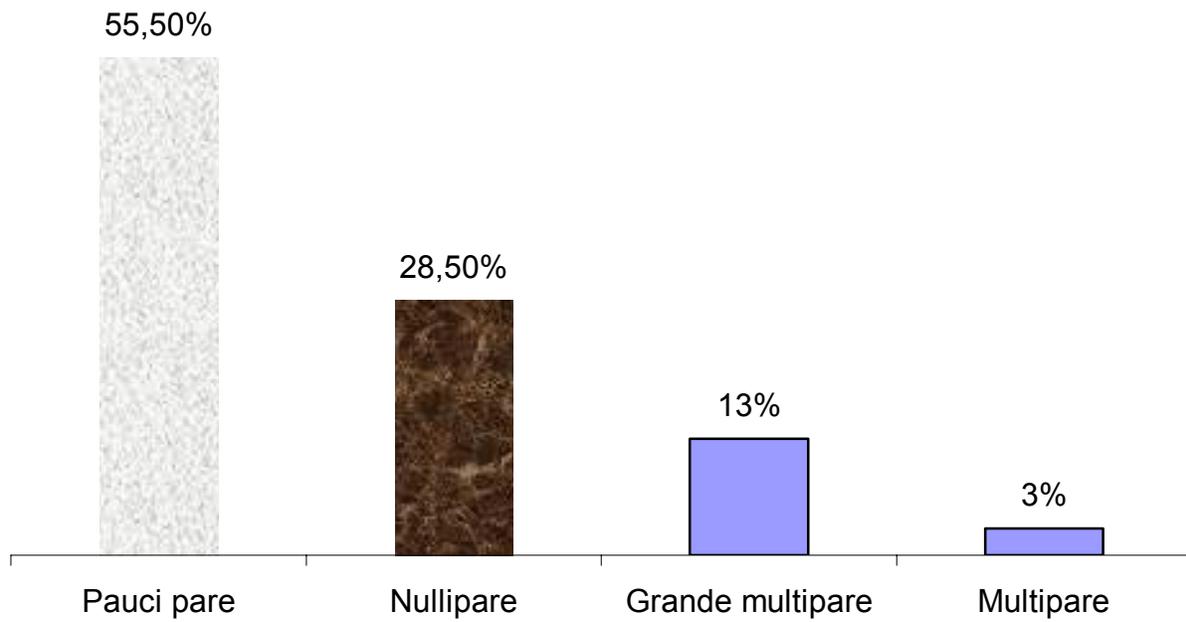
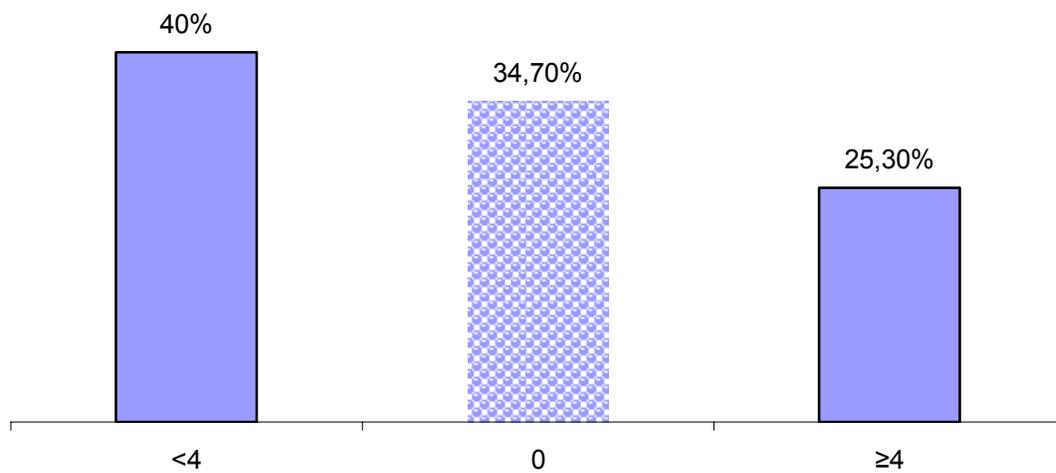


Figure 10 : Répartition des patientes en fonction des CPN



CARATERISTIQUES CLINIQUES DES PATIENTES A L'ADMISSION

Figure 11 ; Répartition des patientes en fonction des antécédents médicaux

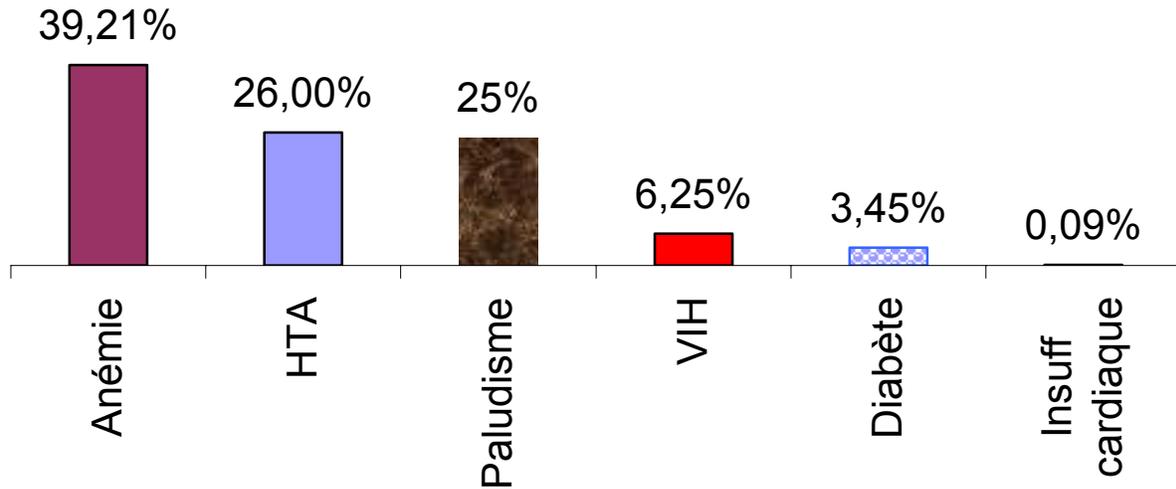


Figure 12 ; Répartition des patientes en fonction des antécédents chirurgicaux

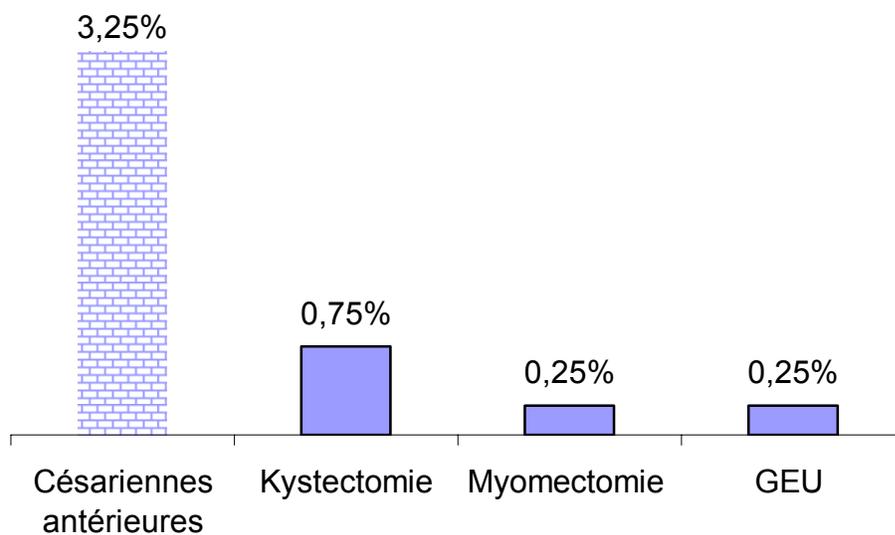


Figure 13; Répartition des patientes en fonction des conjonctives

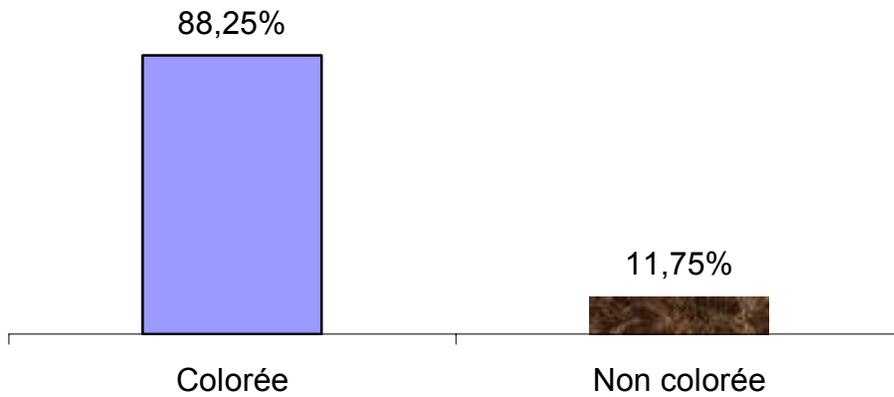


Figure 14 : Répartition des patientes en fonction du terme de la grossesse.

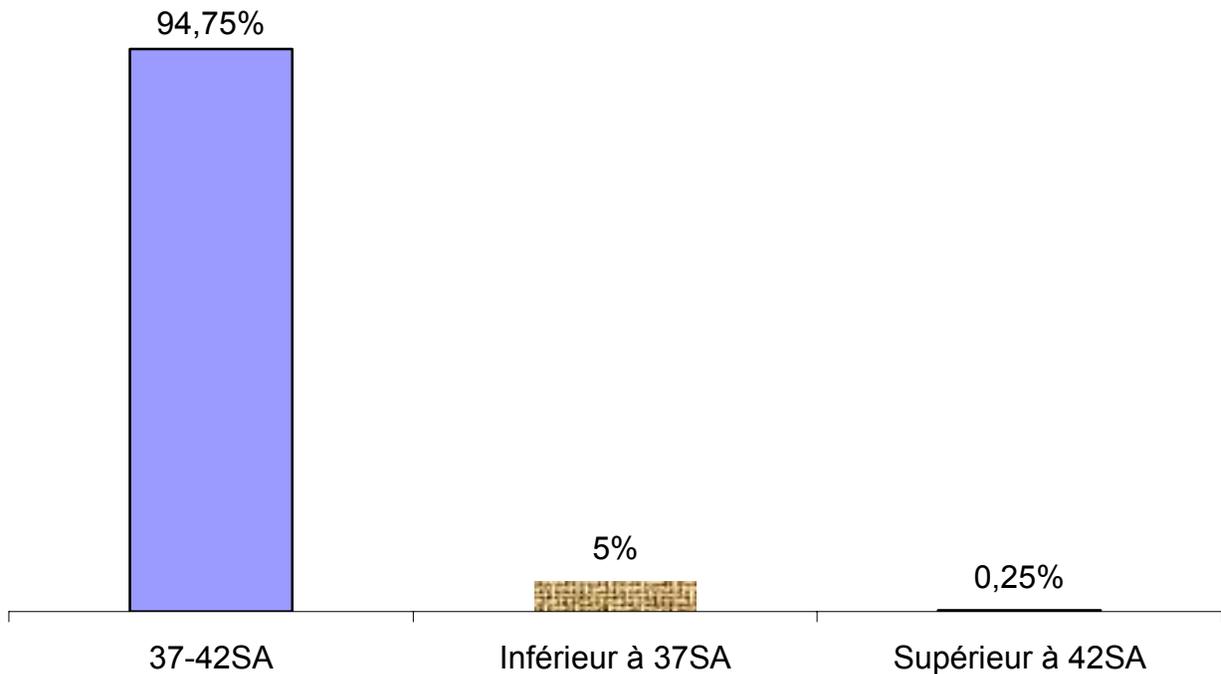


Figure 15: Répartition des patientes en fonction de la hauteur utérine à l'admission.

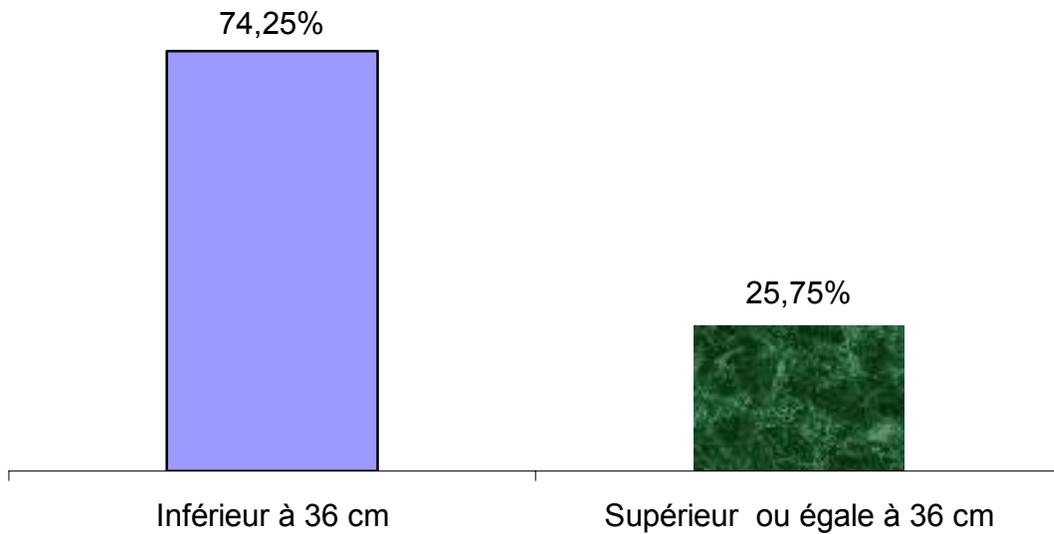


Figure 16 : Répartition des patientes en fonction de la dilatation du col à d'admission.

Conformément au partogramme, nous avons classé la dilatation du col en deux phases : phase de latence (< à 4cm) ; phase active (≥ 4 cm)

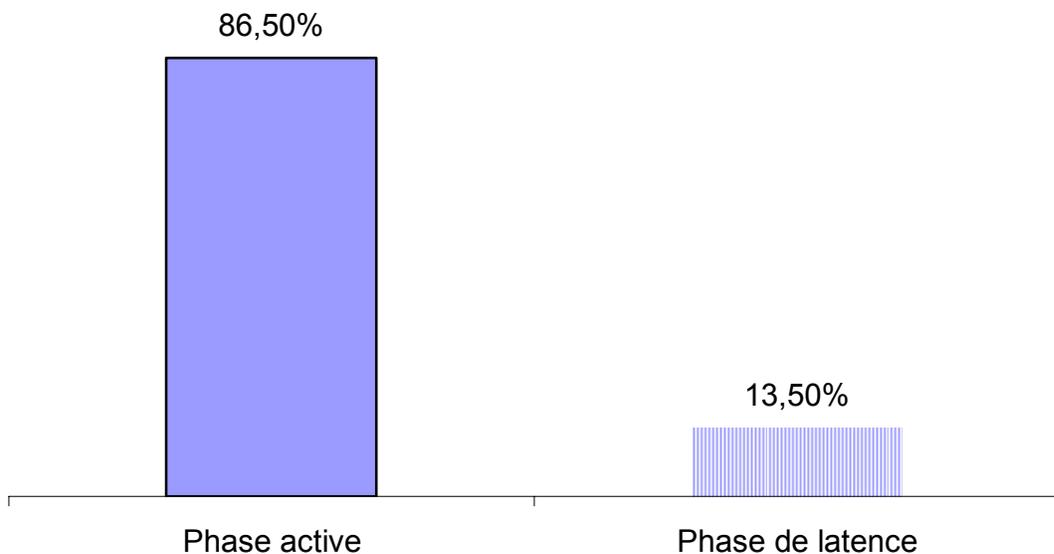


Figure 17 : Répartition des patientes en fonction de l'état des membranes à l'admission.

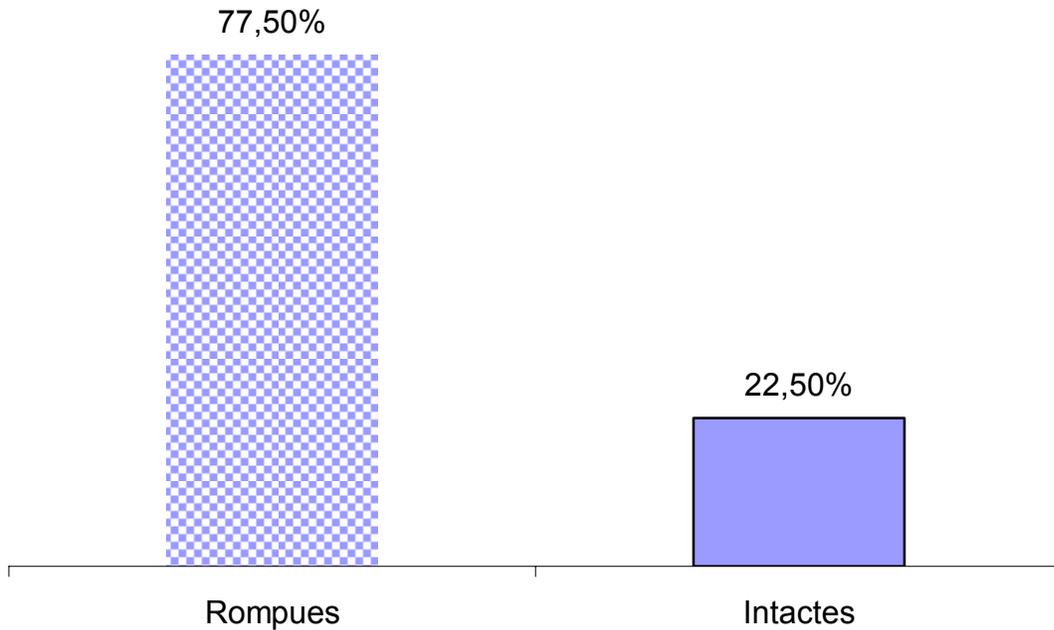
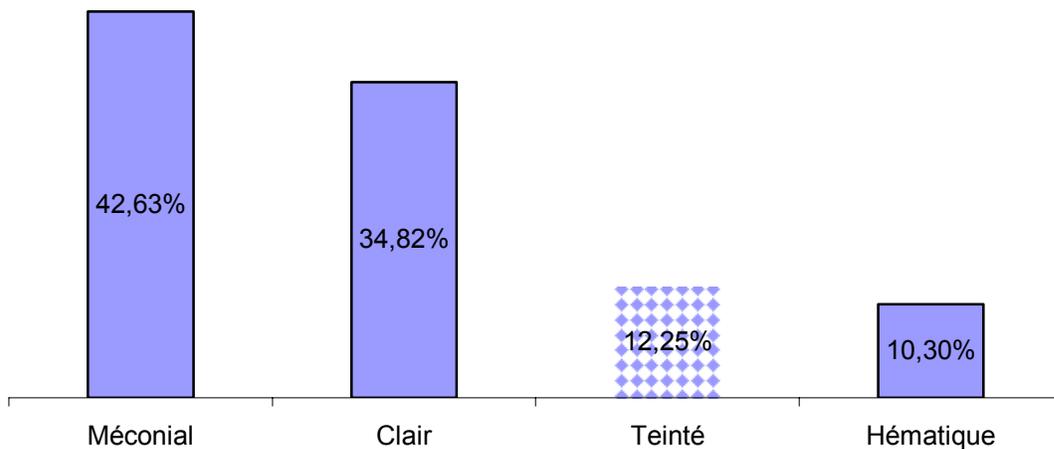


Figure 18 : Répartition des patientes en fonction de l'aspect du liquide amniotique.



- **Etat du fœtus à l'admission**

L'état fœtal à l'admission a été apprécié par l'auscultation au stéthoscope de PINARD

Figure 19 : Répartition des fœtus en fonction de la présence des BDCF à l'admission.

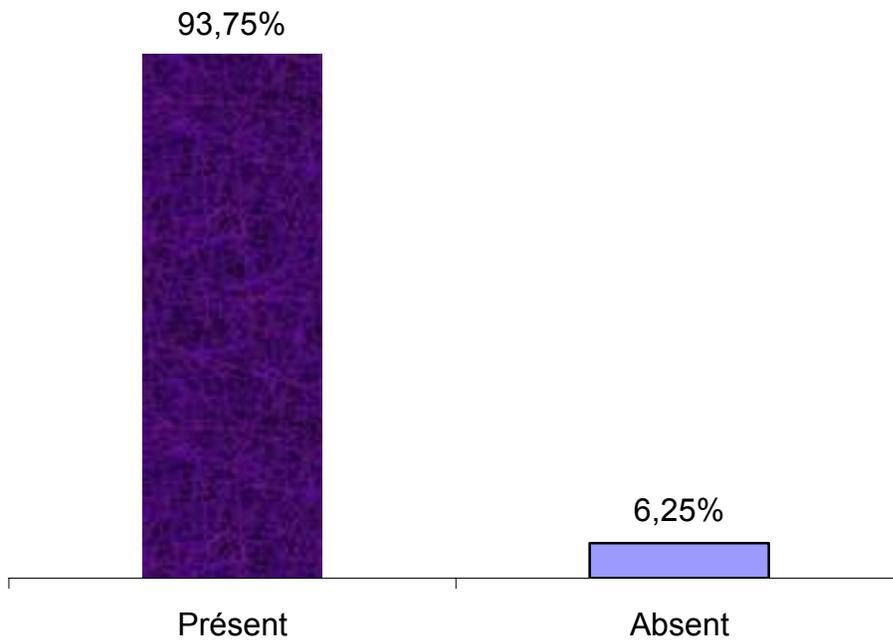


Figure 20 : Répartition des fœtus en fonction de la fréquence des BDCF à l'admission.

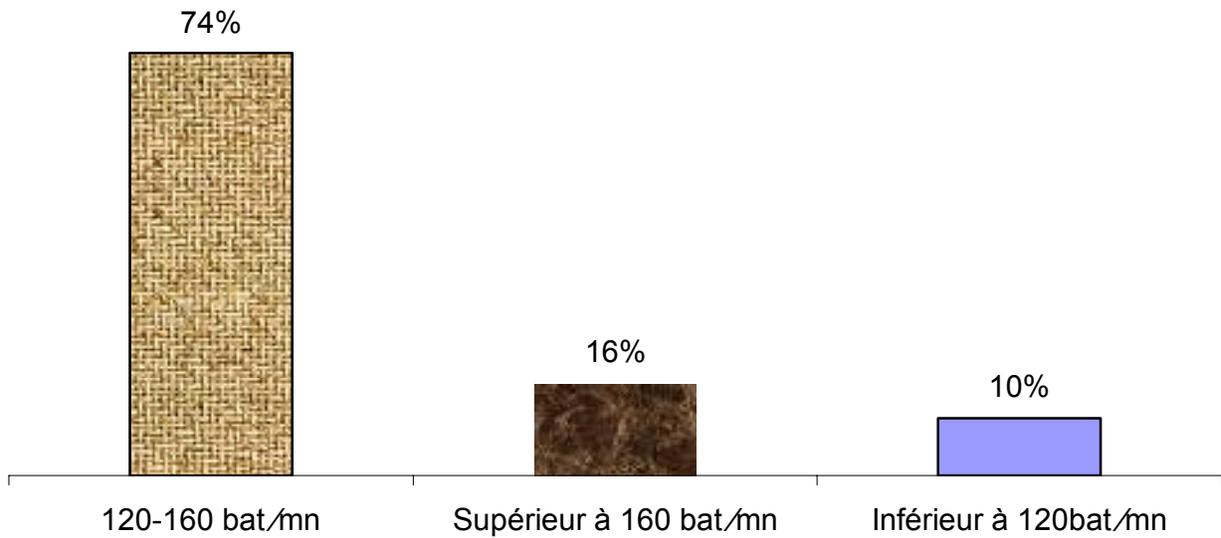


Figure 21 : Répartition des fœtus en fonction du type de la présentation à l'admission.

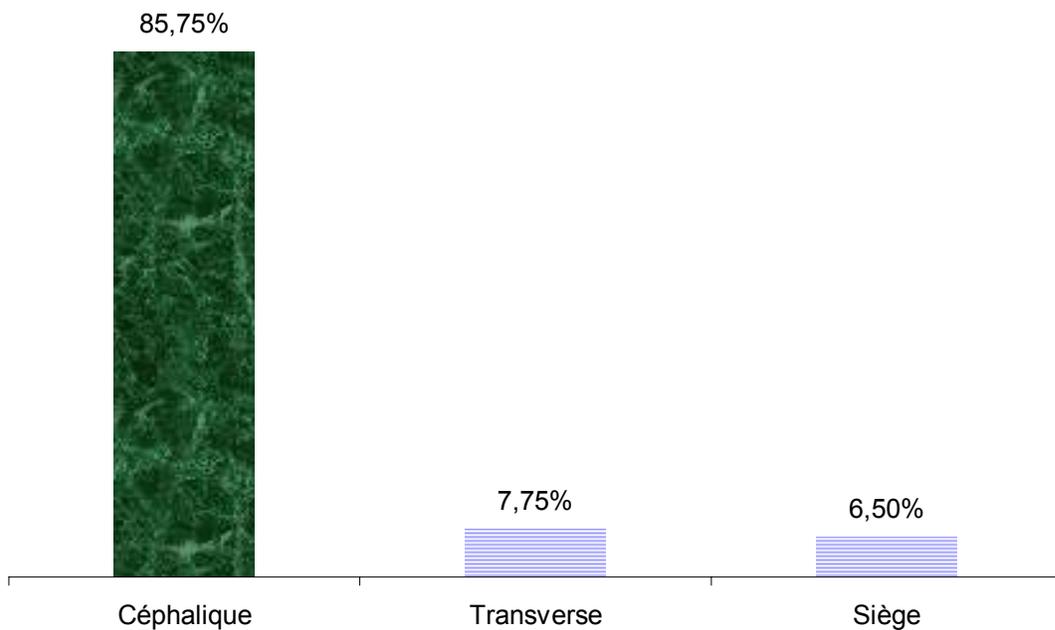
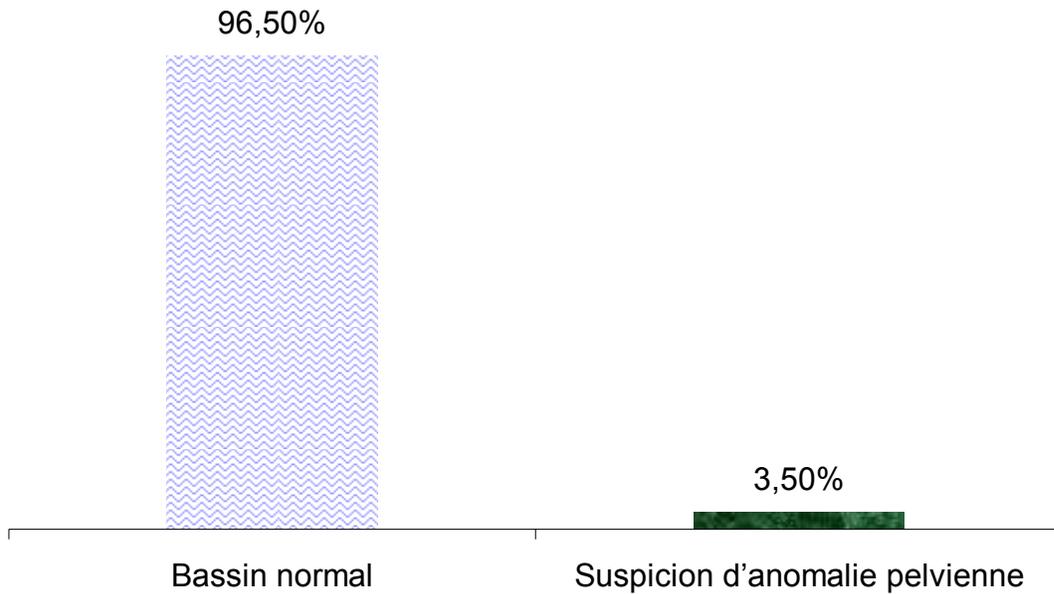
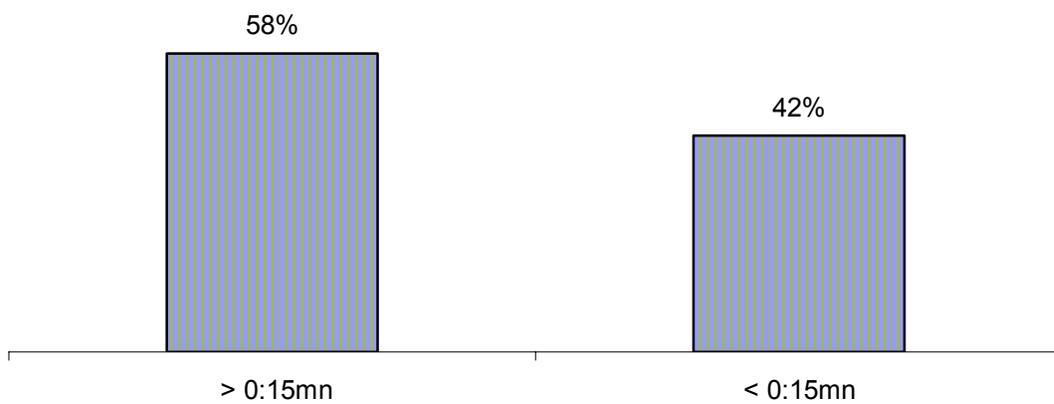


Figure 22 : Répartition des patientes en fonction de l'aspect clinique du bassin



OPERATION CESARIENNE

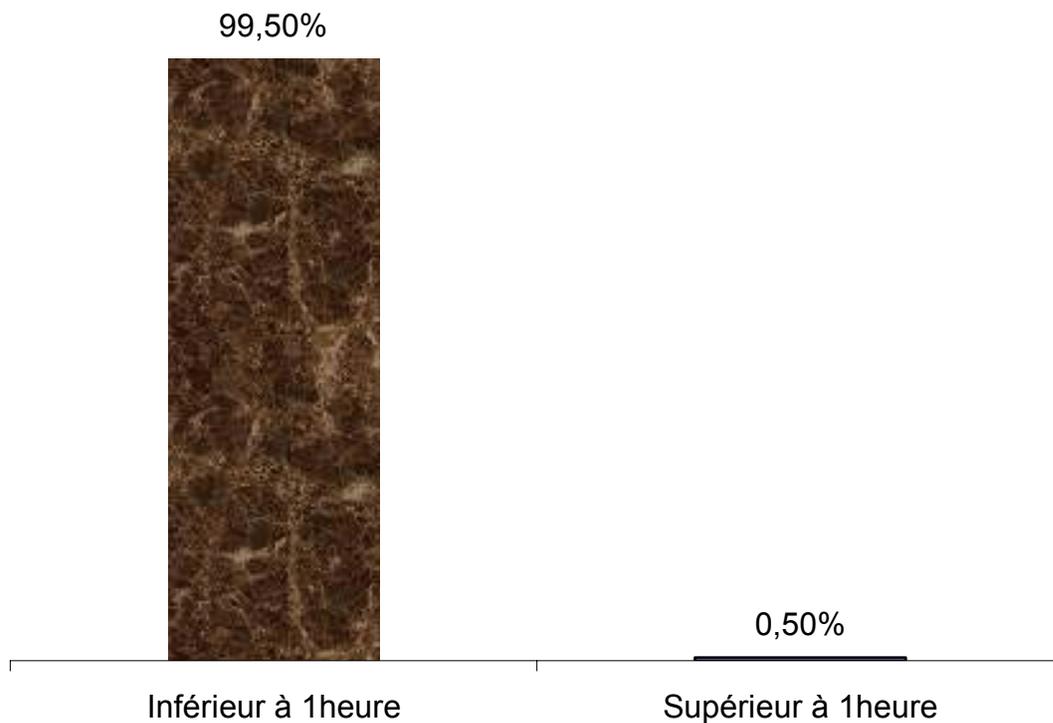
Figure 23 : Répartition des patientes en fonction du temps mis entre l'admission et la prise de décision



Temps moyen : 10mn

Temps extrême : 21h

Figure 24 : Répartition des patientes en fonction du délai entre la prise de décision et le premier coup de bistouri.



Temps moyen : 10 mn Temps extrême : 45mn

Figure 25 : Répartition des patientes ayant un délai d'exécution supérieur à 1 heure en fonction du motif

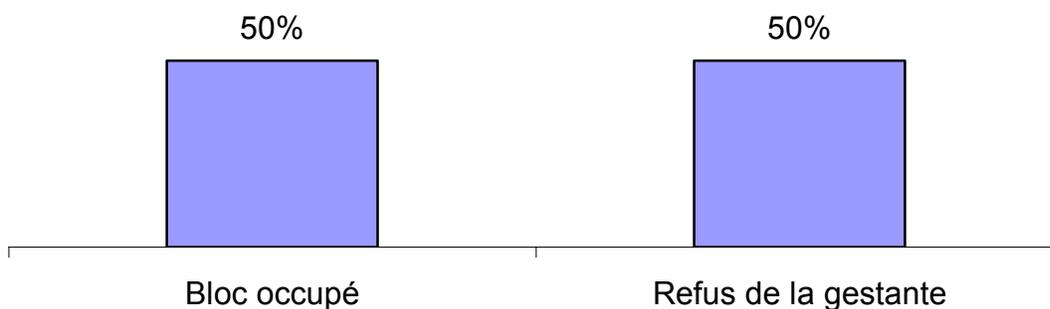
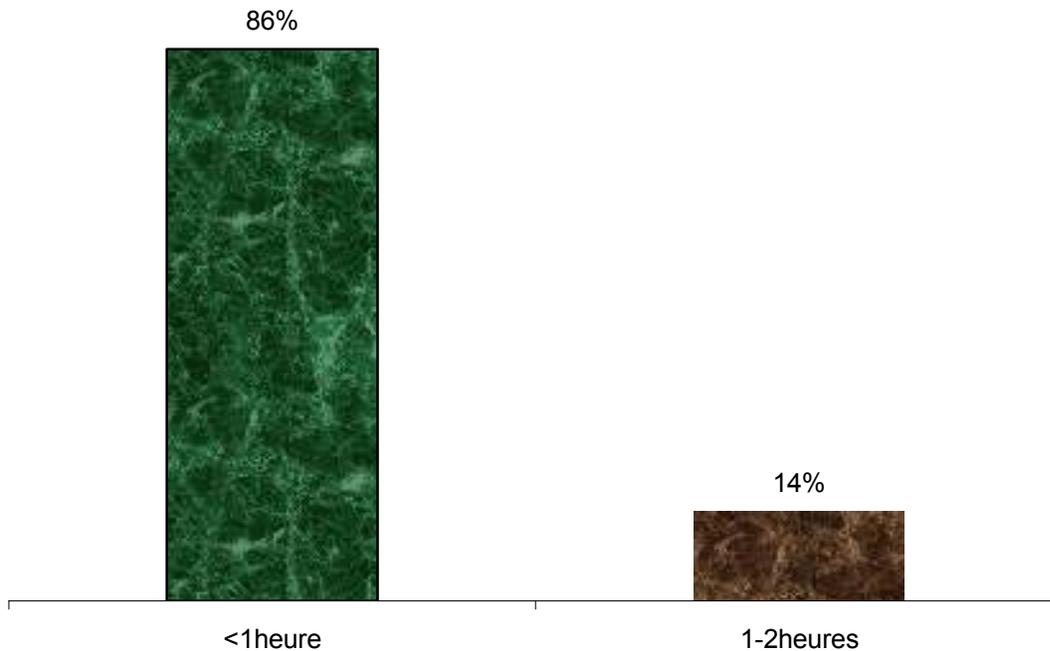


Figure 26 : Répartition des patientes en fonction de la durée de l'intervention



Temps moyen : 17 mn Temps extrême : 1H 56mn

Nos patientes ont bénéficiés des analyses suivantes dans le cadre de la gratuité de la césarienne : **groupage/rhésus ; VIH ; hépatite B ; BW.**

- **Les indications opératoires.**

Pour l'étude des indications, nous les avons classé en 5 groupes à savoir :

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

Tableau IV: Répartition des patientes selon les principaux groupes d'indication

| Groupes d'indications | Indications | Fréquence | |
|-------------------------------|--|------------|--------------|
| | | Absolue | Relative (%) |
| Urgence absolue | Signes de pré rupture | 22 | 5.5 |
| | HRP+PP | 1 | 0.25 |
| | PP hémorragique | 18 | 4.5 |
| | HRP | 20 | 5 |
| | Suspicion de RU | 4 | 1 |
| | Total | 65 | 16.25 |
| Césarienne obligatoire | HRP+ Enfant vivant à terme | 3 | 0.75 |
| | ATCD de FVV/FRV réparées | 0 | 0 |
| | Présentation anormale | 36 | 9 |
| | Dilatation stationnaire | 61 | 15.25 |
| | Absence d'engagement à dilatation complète | 13 | 3.25 |
| | DFP | 37 | 8.75 |
| | Eclampsie | 21 | 5.25 |
| | Total | 171 | 42.75 |
| Césarienne de prudence | SFA (bradycardie et liquide amniotique méconial - tachycardie et liquide méconial) | 118 | 29.5 |

| | | | |
|--------------------------------|--|------------|-------------|
| | Procidence du cordon battant | 5 | 1.25 |
| | Siège et suspicion de macrosomie | 1 | 0.25 |
| | Utérus cicatriciel | 13 | 3.25 |
| | Rétention du second jumeau | 9 | 2.25 |
| | Total | 146 | 36.5 |
| Césarienne de nécessité | HTA sévère + SFA | 7 | 1.75 |
| | RPM >24 H + échec du déclenchement | 4 | 1 |
| | Grossesse pathologies maternelles | 2 | 0.5 |
| | Total | 13 | 3.25 |
| Césarienne Abusive | -liquide amniotique teinté isolé, -bradycardie récente isolée, -tachycardie isolée | 5 | 1.25 |
| | Total | 5 | 1.25 |
| TOTAL | | 400 | 100 |

La souffrance fœtale aigüe a été le premier motif de césarienne dans l'ensemble des groupes avec 29,5% des cas.

Figure 27 : Répartition des patientes en fonction du contexte de la césarienne.

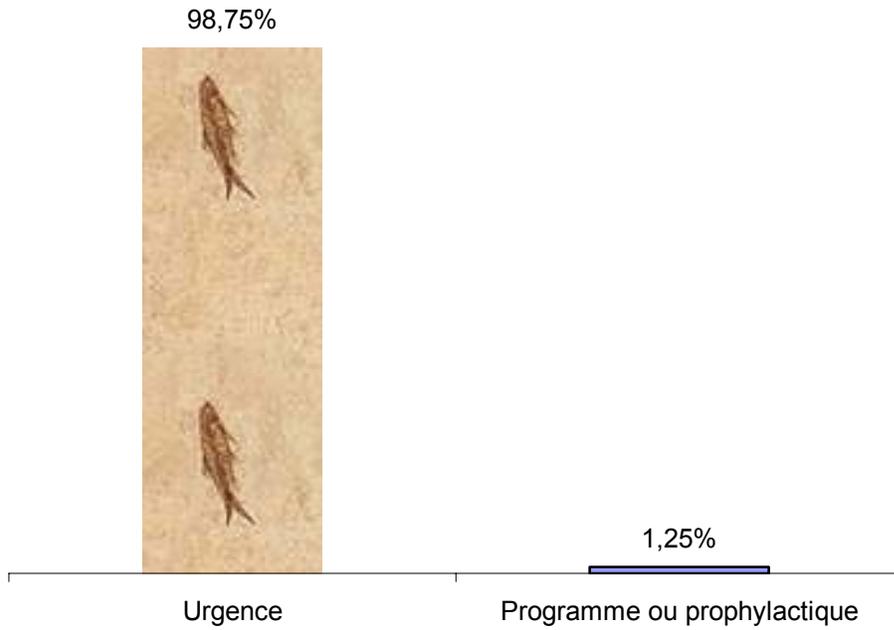


Figure 28 : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie.

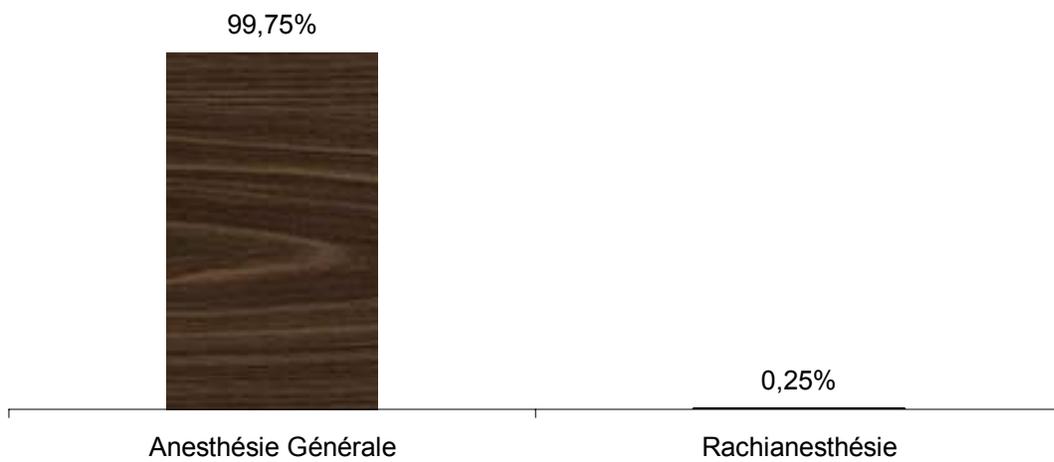
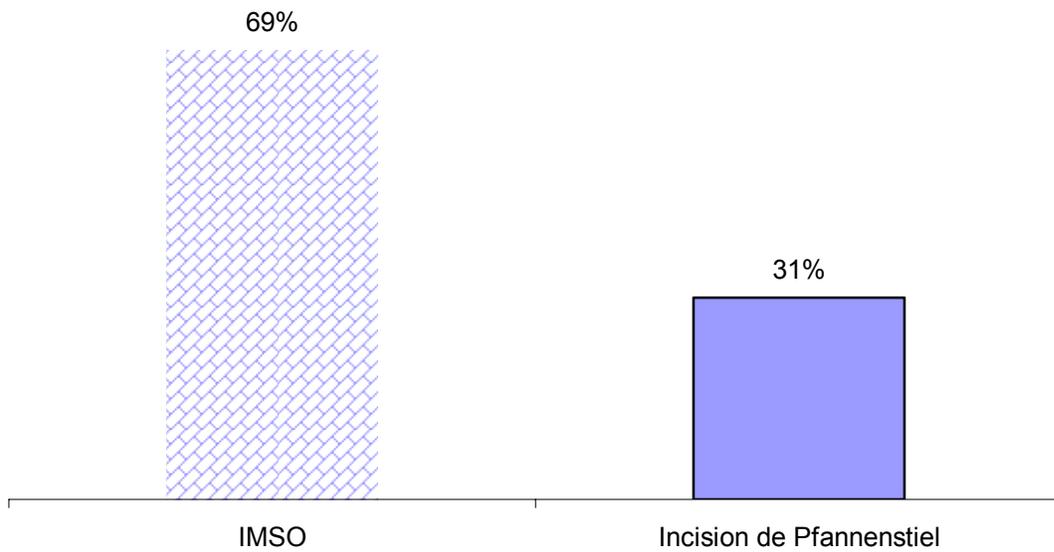


Figure 29 : Répartition des patientes selon la voie d'abord



- **Type d'hystérotomie**

L'hystérotomie segmentaire transversale (HST) est le seul type pratiqué pour toutes nos césariennes.

- **Opérateur :**

La figure 30 : Répartition des patientes selon la qualité de l'opérateur

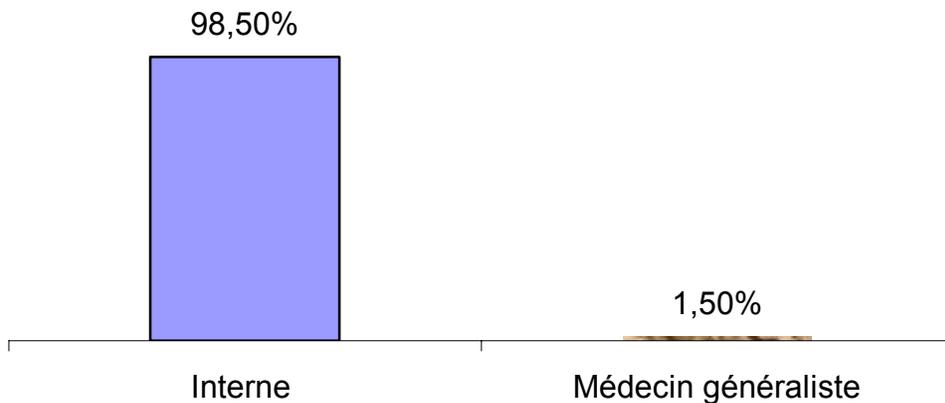


Figure 31: Répartition des patientes selon l'intervention associée.

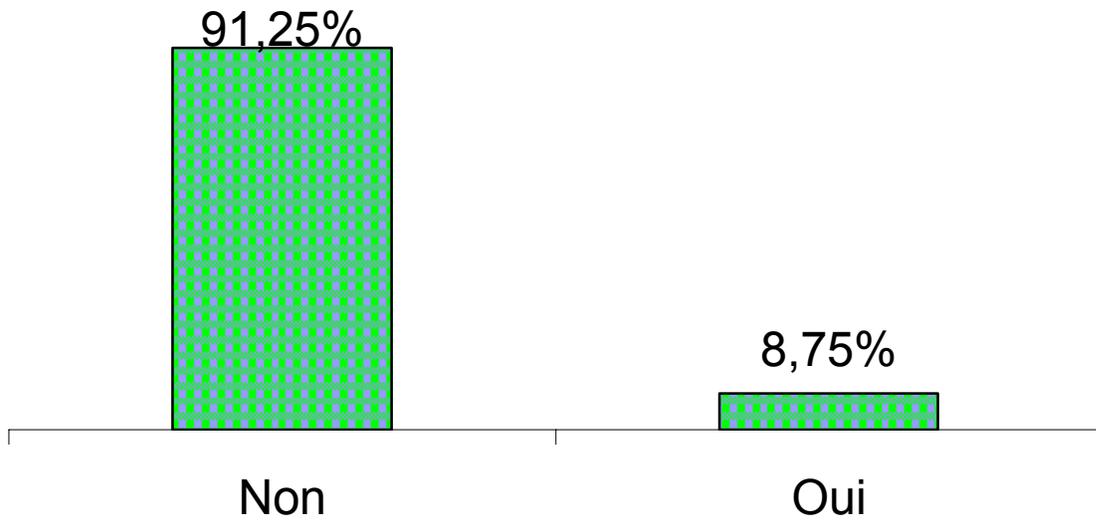
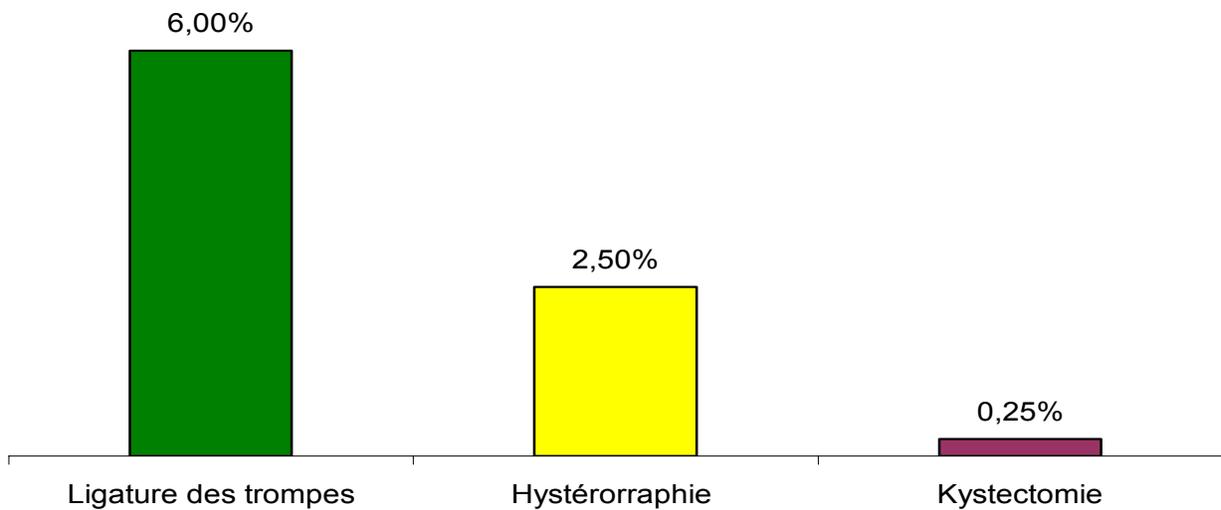


Figure 32 : Répartition des patientes selon le type d'intervention associée à la césarienne.



Difficultés opératoires

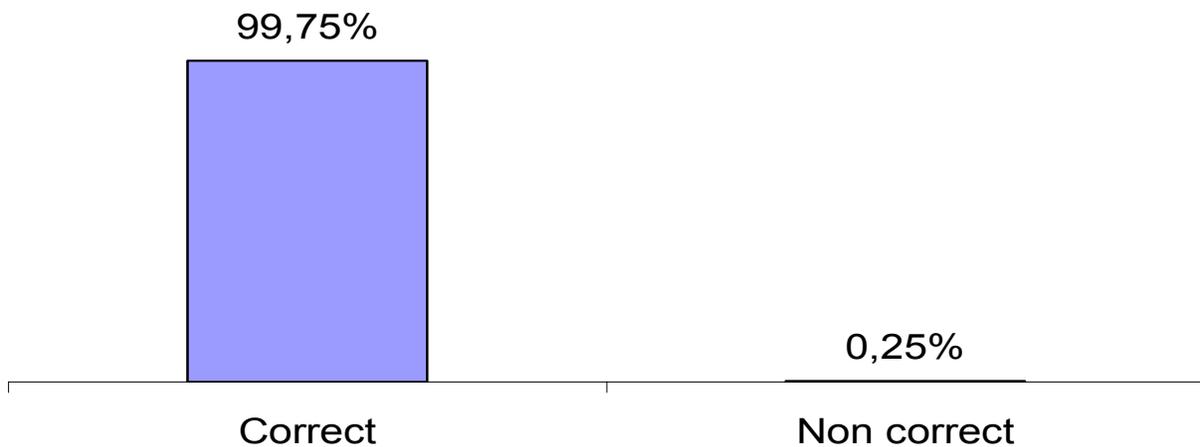
- Une anomalie de la paroi abdominale (adiposité, adhérence) :

Elle a été retrouvée chez 34 de nos patientes, soit 8.5 %

- Transfusion sanguine :

Au cours de notre étude 41 patientes soit 10.25 % ont bénéficié d'une transfusion sanguine ; parmi lesquelles 37 l'ont bénéficié au moment opportun et 4 ont accusé un retard par manque de sang sur place.

Figure 33 : Répartition des patientes selon le suivi post opératoire.



- **Le pronostic**
 - La morbidité

Figure 34 : Répartition des patientes en fonction de l'évolution de l'intervention.

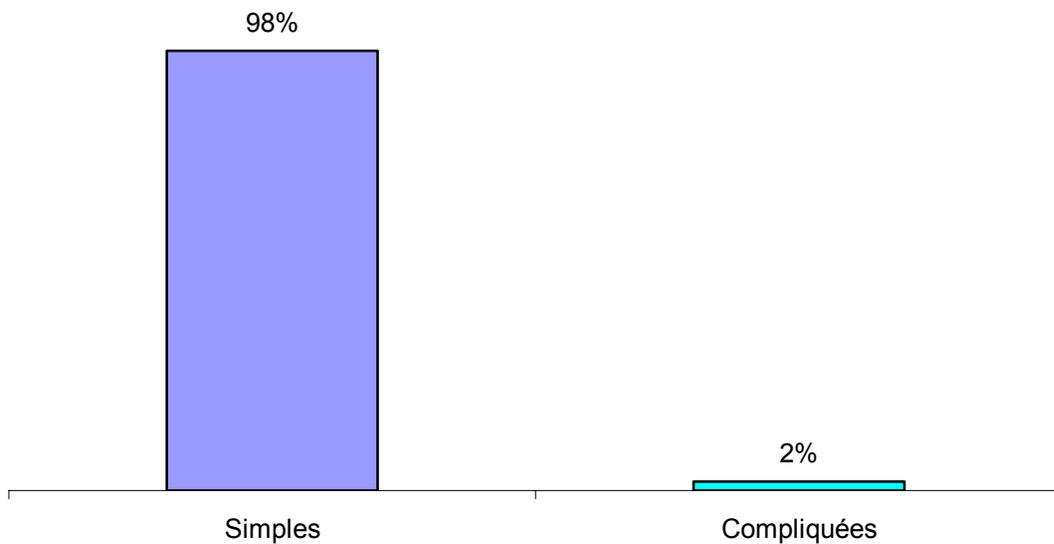


Figure 35 : Répartition des patientes ayant présenté des complications selon le type.

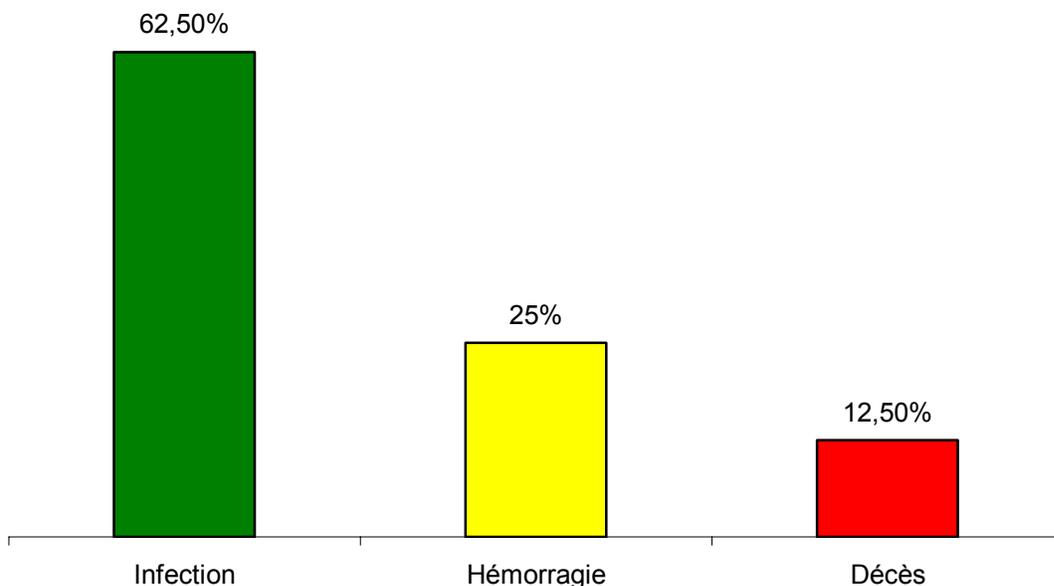


Tableau V : Répartition des patientes ayant présenté des complications en fonction de l'âge.

| Age | | <19 ans | 20-35 ans | >36 ans | Total |
|--------------------|--------------|---------|-----------|---------|-------|
| Suites opératoires | Complicquées | 2 | 4 | 2 | 8 |
| | Nombre | 2 | 4 | 2 | 8 |
| | % | 25 | 50 | 25 | 100 |

La tranche d'âge de 20 – 35 ans a présenté plus de complications avec 50%.

Tableau VI: Répartition des patientes ayant présenté des complications en fonction de la parité

| Parité | | Nullipare | Pauci pare | Multipare | Total |
|---------------------------|---------------|------------------|-------------------|------------------|--------------|
| Suites opératoires | | | | | |
| Complicquées | Nombre | 2 | 3 | 3 | 8 |
| | % | 25 | 37.5 | 37.5 | 100 |

Les pauci pares et les multipares ont dominés avec 37,5%.

Tableau VII: Répartition des patientes ayant présenté des complications en fonction du mode d'admission.

| Mode d'admission | | Venues d'elles mêmes | Evacuées | Total |
|---------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------|--------------|
| Suites opératoires | | | | |
| Complicquées | Nombre | 1 | 7 | 8 |
| | % | 12.5 | 87.5 | 100 |

Les femmes évacuées ont présentés plus de complications avec 87.5%.

Tableau VIII: Répartition des patientes ayant présenté des complications en fonctions des conditions opératoires.

| Conditions opératoires | Césarienne d'urgence | | Césarienne programmée | |
|---------------------------|----------------------|------------|-----------------------|------------|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Suites opératoires | | | | |
| Simple | 387 | 98 | 5 | 100 |
| Complicées | 8 | 2 | 0 | 0 |
| Total | 395 | 100 | 5 | 100 |

2% des césariennes faites dans un contexte d'urgence ont évolué vers une complication.

- La mortalité :

Parmi les 400 césariennes nous avons déploré 1 cas de décès soit 0,25%.

Notons que ce décès est survenu dans un contexte de CIVD suite à l'HRP.

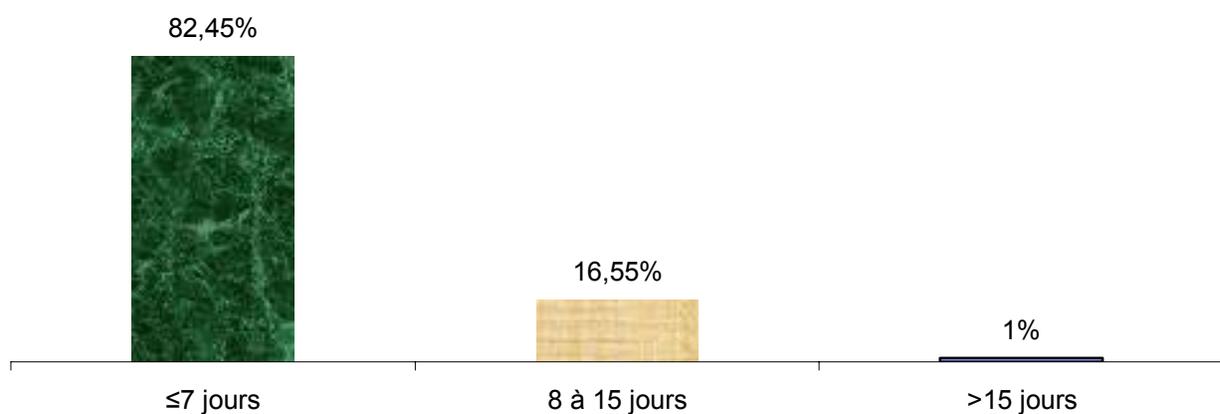
Figure 36 : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Figure 37 : Répartition des patientes en fonction de la re hospitalisation.

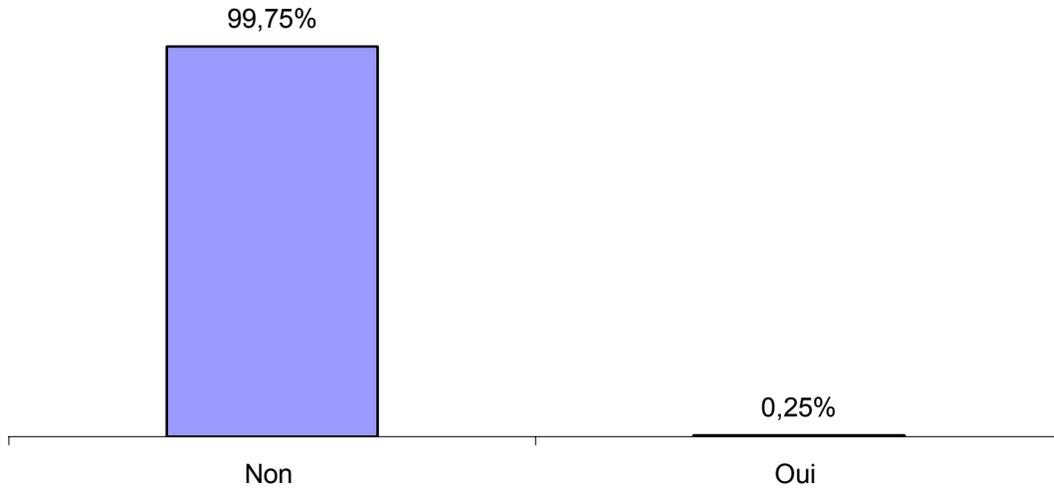


Figure 38 : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'Apgar à la 1^{ère} minute

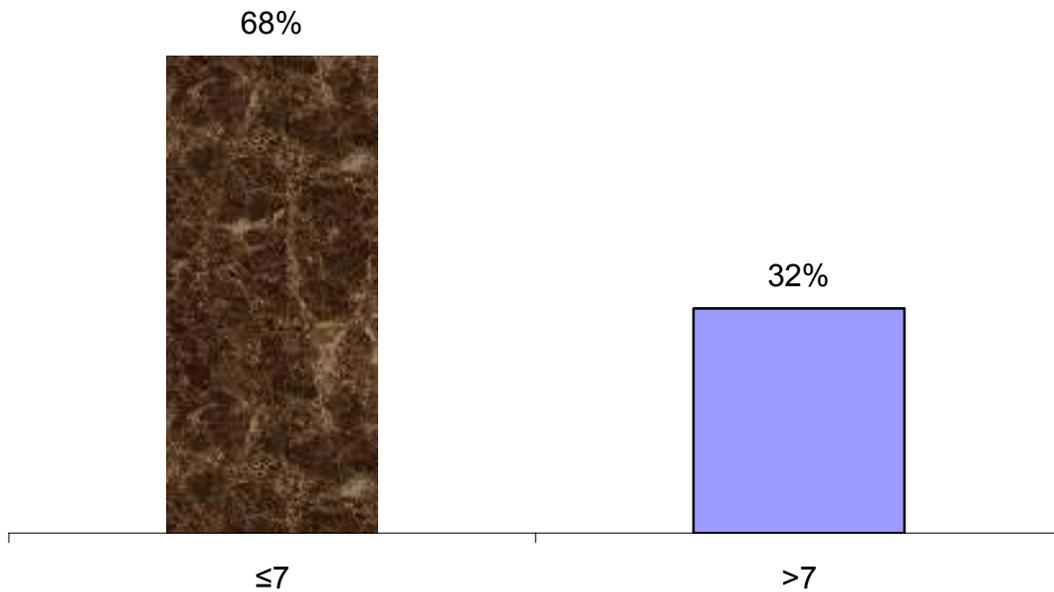


Figure 39 : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'Apgar 5^{ème} minute.

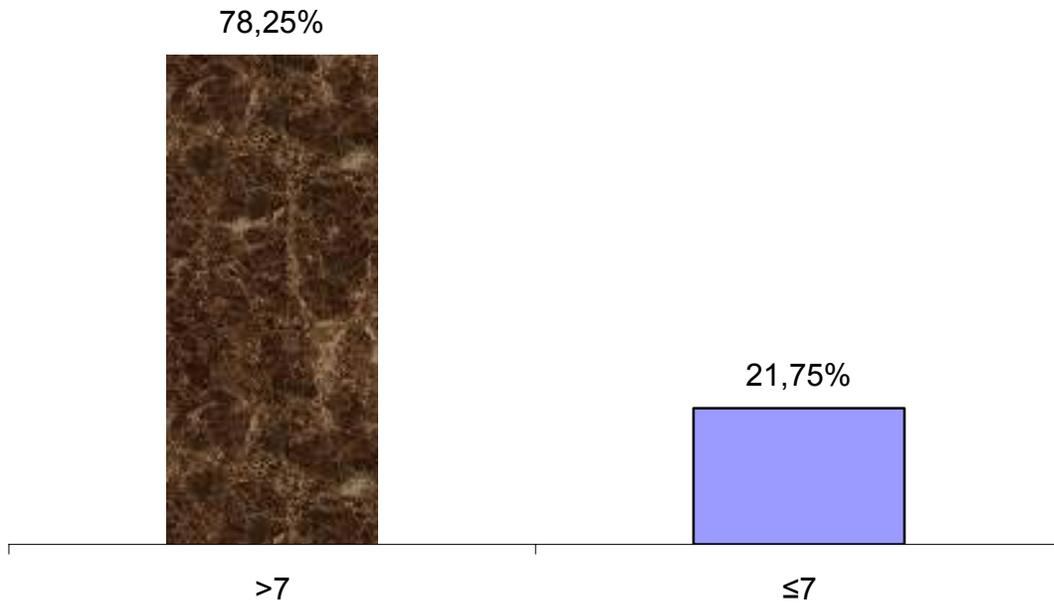


Figure 40 : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'Apgar 10^{ème} minute.

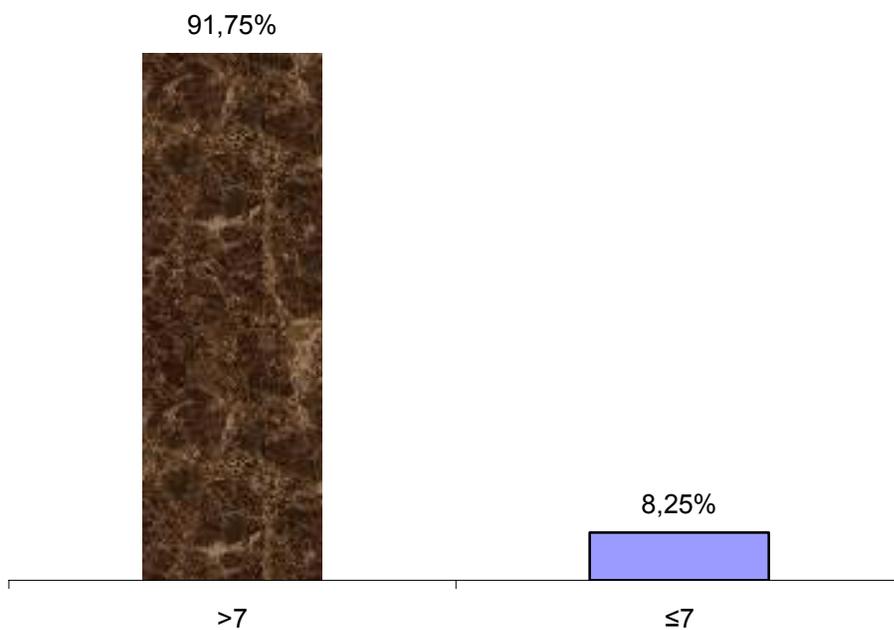


Figure 41 : Répartition des nouveaux nés en fonction du terme de la grossesse.

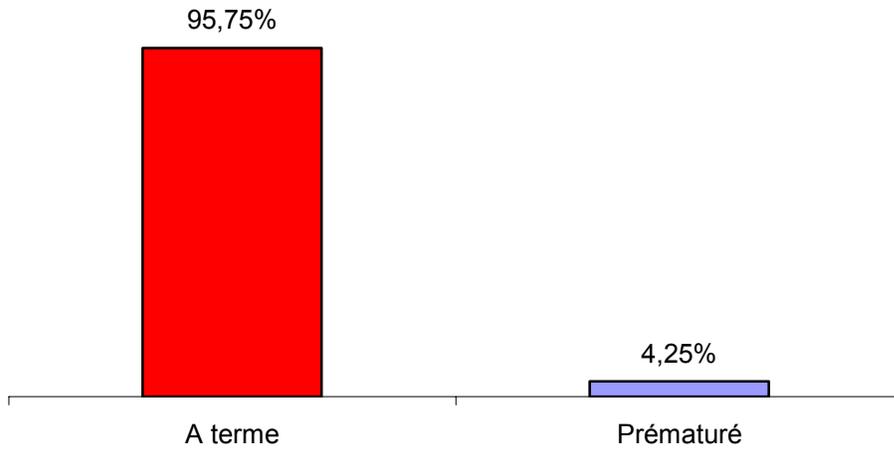
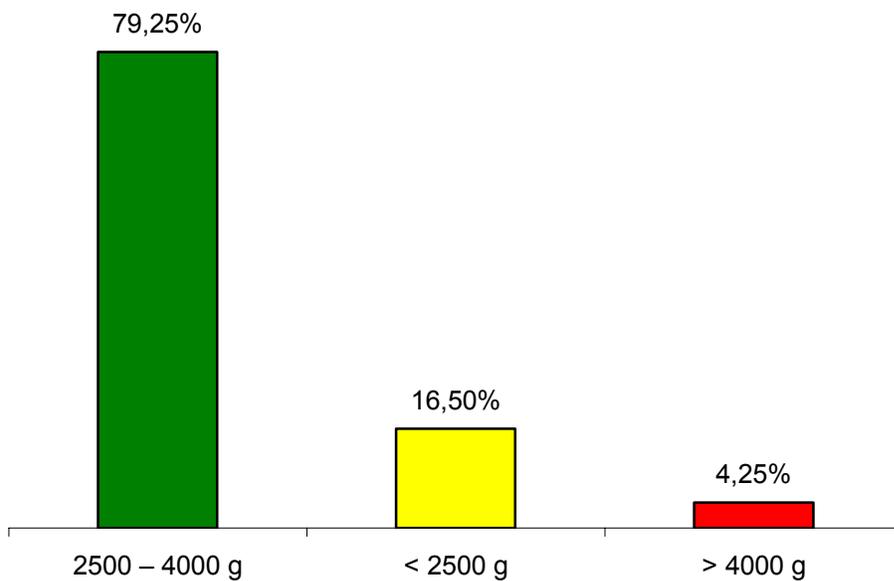


Figure 42: Répartition des nouveaux nés en fonction du poids à la naissance.



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 première minute.

Tableau IX : Répartition des nouveau-nés en fonction du mode d'admission.

| Mode d'admission Apgar | Venue d'elle-même | | Evacué | | Total |
|---------------------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Nombre | % | Nombre | % | |
| ≤7 | 86 | 67,18 | 186 | 68,38 | 272 |
| >7 | 42 | 32,82 | 86 | 31,62 | 128 |
| Total | 128 | 100 | 272 | 100 | 400 |

Quelque soit le mode d'admission l'APGAR était comparable. Cependant on a noté 27 cas d'APGAR=0 dont la majorité (21) chez les évacuées.

Tableau X : Etat des nouveau-nés en fonction des différents groupes d'indication.

| APGAR | | ≤7 | >7 | TOTAL |
|-------------------------|--------|------------|--------------|--------------|
| | | | | |
| Urgence absolue | Nombre | 43 | 22 | 65 |
| | % | 10,75 | 5,5 | 16,25 |
| césarienne obligatoire | Nombre | 105 | 66 | 171 |
| | % | 26,25 | 16,5 | 42,75 |
| Césarienne de prudence | Nombre | 120 | 26 | 146 |
| | % | 30 | 6,5 | 36,5 |
| Césarienne de nécessité | Nombre | 3 | 10 | 13 |
| | % | 0,75 | 2,5 | 3,25 |
| Césarienne abusive | Nombre | 1 | 4 | 5 |
| | % | 0,25 | 1 | 1,25 |
| Total | | 272 | 128 | 400 |

La majorité des mort-nés (21 cas) a été attribuée aux urgences absolues qui ne représentent que 10,75% des états morbides.

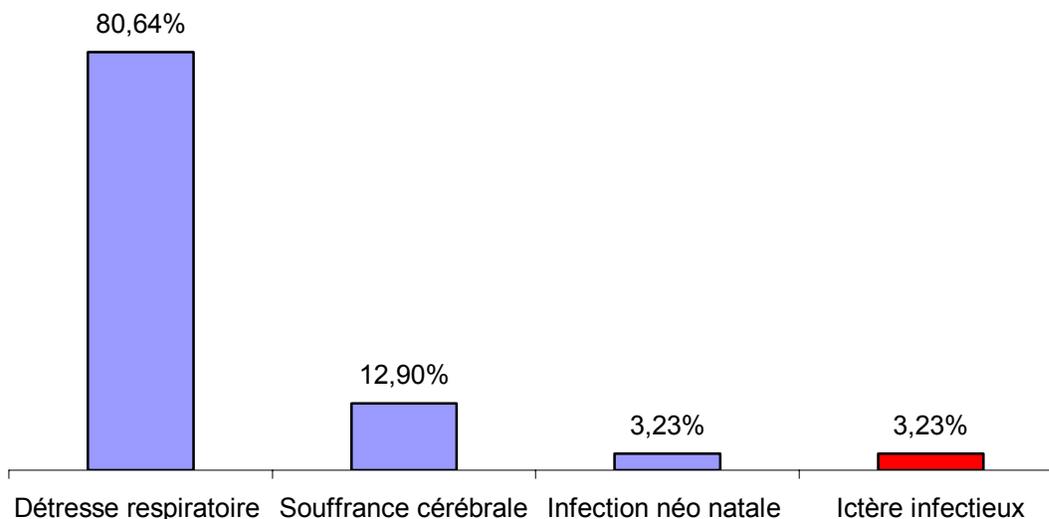
Tableau XI : Etat des nouveaux-nés en fonction du terme de la grossesse.

| Etat du nouveau- né Apgar | Prématurité | | Terme normal | | Total |
|------------------------------|-------------|------------|--------------|------------|------------|
| | Absolu | % | Absolu | % | |
| ≤7 | 17 | 100 | 255 | 54,77 | 272 |
| >7 | 0 | 0 | 128 | 45,23 | 128 |
| Total | 17 | 100 | 383 | 100 | 400 |

Tous les prématurés avaient un état morbide. Parmi eux, 29,41% avaient un Apgar = 0 à la naissance

- **Les complications néonatal**

Figure 43 : Répartition des nouveaux-nés selon le type de complication.



LE COUT DE LA CESARIENNE

Les prix de prestation sont subdivisés en deux catégories :

- l'acte, les analyses, l'hospitalisation sont facturés à 30000FCFA avec un remboursement au Csréf à partir du budget d'état.
- le kit est aussi facturé à 30000FCFA mais livré directement au Csréf suivant le schéma directeur.

Ces différentes dispositions sont précisées dans la lettre circulaire numéro 1003/MS/SG du 27 juin 2005.

2. Résultats analytiques :

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

| Variables | Qualité | | Non Qualité | | Total |
|----------------------------------|---------|-------|-------------|------|-------|
| | N | % | N | % | |
| Délai de prise en charge | 398 | 99,5 | 2 | 0,5 | 400 |
| Disponibilité du Kit | 400 | 100 | 0 | 0 | 400 |
| Disponibilité du personnel | 400 | 100 | 0 | 0 | 400 |
| Disponibilité du bloc opératoire | 399 | 99,75 | 1 | 0,25 | 400 |
| Disponibilité du sang | 37 | 90,24 | 4 | 9,76 | 41 |

Seulement 0,5% de nos césariennes ont été effectués dans un délai supérieur à 1h

Tableau XIII: Répartition des patientes en fonction de la qualité de la réalisation et les résultats de l'intervention

| Variables | Qualité | | Non qualité | | Total |
|--|---------|-------|-------------|------|-------|
| | N | % | N | % | |
| Qualité de l'opérateur | 0 | 0 | 400 | 100 | 400 |
| Qualité anesthésie | 400 | 100 | 0 | 0 | 400 |
| Indications opératoires correctes | 395 | 98,75 | 5 | 1,25 | 400 |
| Complications per- opératoires | 396 | 99 | 4 | 1 | 400 |
| Vie mère/ enfant | 400 | 100 | 0 | 0 | 400 |
| Apgar du nouveau Né à la 1 ^{ère} mn | 128 | 32 | 272 | 68 | 400 |

Les 68% des nouveaux nés avaient un Apgar inférieur à 7 à la 1^{ère} minute

NB : Vie mère-enfant (vie de la mère et ou de l'enfant)

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de la qualité du suivi post opératoire

| Variables | Quantité | | Non qualité | | Total |
|--|----------|-------|-------------|-------|-------|
| | N | % | N | % | |
| Respect du protocole opératoire | 399 | 99,75 | 1 | 0,25 | 400 |
| Surveillance post- opératoire immédiat | 400 | 100 | 0 | 0 | 400 |
| Complication post opératoire | 392 | 98 | 8 | 0,2 | 400 |
| Durée moyenne d'hospitalisation | 334 | 83,50 | 66 | 16,50 | 400 |
| Re hospitalisation | 399 | 99,75 | 1 | 0,25 | 400 |

Seulement 0,25% de nos césariennes ont été re hospitalisés.

LE NIVEAU DE QUALITE DE LA CESARIENNE

Analyse du niveau de qualité de la césarienne au centre de santé de référence de Niono.

Dans notre pays il n'y a pas eu de travaux de consensus pour élaborer des critères de qualité de la césarienne ; les références à des travaux effectués ici et dans d'autres pays pour évaluer une démarche de qualité de la césarienne sont rares. Nous avons dirigé notre travail sur trois indicateurs composés chacun de cinq à six critères qui sont :

- Les conditions de prise en charge :
 - Le délai de prise en charge
 - La disponibilité du Kit
 - La disponibilité du personnel soignant
 - La disponibilité du bloc opératoire
 - La disponibilité du sang

➤ La réalisation et les résultats de l'intervention :

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

➤ Le suivi postopératoire :

- Le respect du protocole post-opératoire
- La surveillance du post-opératoire
- Les complications post-opératoires
- La durée moyenne d'hospitalisation
- La re hospitalisation

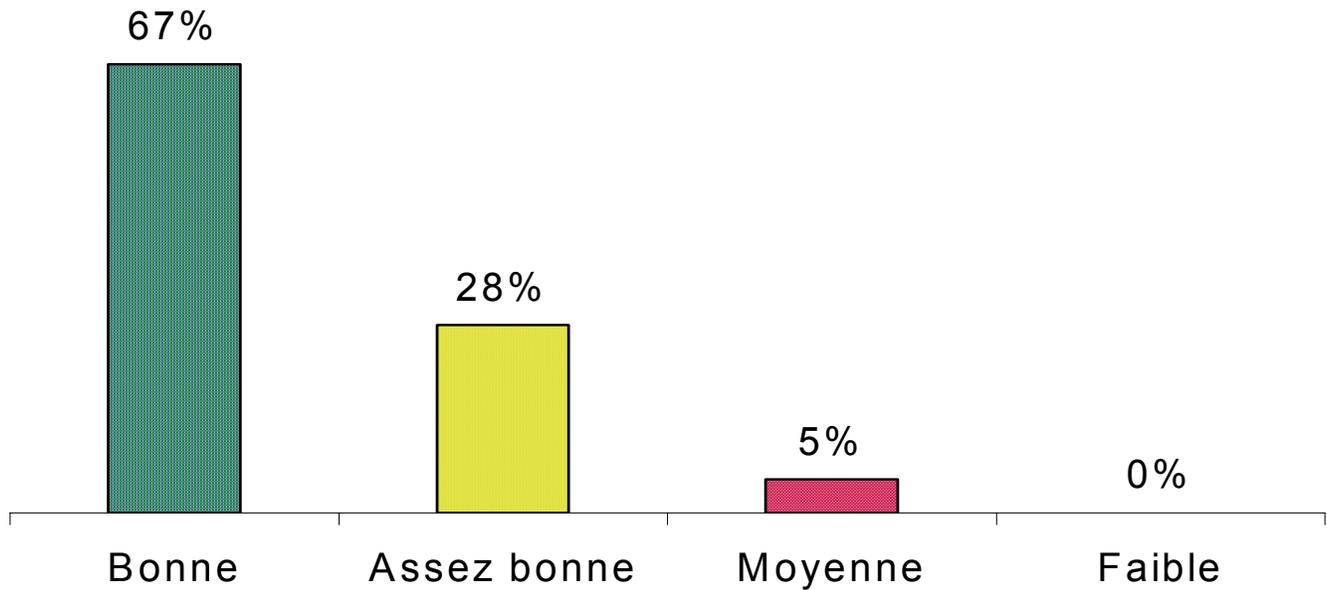
Une démarche méthodologique semblable a été adaptée par SEYDOU CISSE (15) dans une étude intitulée : césarienne de qualité au Csref CVI de Bamako (Mali) de 2005 à 2006 à propos de 400 cas ; par Ouédraogo C. et coll. (46) au service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) en retenant comme critères de césarienne de bonne qualité, toute césarienne ne comportant pas de complication (morbidité et mortalité) chez la mère enfant vivant, par Cissé (16) dans une étude intitulée : Césarienne au Sénégal : Couverture des besoins et qualité des services.

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

- Qualité faible : score inférieur à 13
- Qualité moyenne : score entre 13 et 15
- Qualité assez bonne : score entre 16 et 18

- Qualité bonne : score entre 19 et 20.

La figure 44 : Répartition des patientes en fonction du niveau de qualité de la césarienne.



VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI. Commentaires et discussions

1. Fréquence de la césarienne :

La fréquence moyenne des césariennes s'élève à 3,82% sur 10447 accouchements. Ce taux est inférieur à ceux obtenus en France, comme le témoignent les travaux de Melchior et Coll. (36) avec 12,6%, de Rudigoz et coll. (53) avec 10,4% dans la région Rhône-alpes cité par Tégoué I (56), Dublin avec 5%, MM. JM .GONNET avec 5,91 % cité par Togora M (61).

Par rapport aux auteurs Africains, notre taux est toujours inférieur à celui de Diallo CH (21) en 1989 qui avait retrouvé 7,82% à l'HGT obtenu par Longombe et Coll. 10,2%, Thibangu K et Coll. 8,6% au CHU du Zaïre et Eliot et Coll. 8 % au Zimbabwe cité par Togora M (61).

Par rapport aux auteurs Malien, notre taux est inférieur à ceux retrouvés par CISSE S. (15) avec 8,82% au Csref CVI, et Tégoué I. (56) à l'HNPG de Bamako 24,05% sur la période 1991-1993.

Avec 24 % aux USA cité par Togora M (61) et 20 % au Canada cité par Azoulay P et Coll. (10), notre taux est nettement inférieur à ceux du continent américain.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de taux inférieur à celui de notre étude, cependant ce taux reste supérieur à la moyenne régionale qui est d'environ 2%.C'est le seul district de la Région de Ségou qui a un taux aussi élevé.

Ce faible taux peut s'expliquer en partie par l'insuffisance d'infrastructures. Il faut signaler que les chiffres africains ne reflètent pas la fréquence générale des césariennes dans la population en raison du phénomène de concentration des pathologies dans les centres de référence. L'augmentation des formations sanitaires périphériques réduit le nombre des accouchement normaux alors qu'il augmente celui des accouchements

dystociques dans les centres de référence ; il apparaît évident que l'augmentation du taux des césariennes va de paire avec le degré d'équipement du pays concerné. Notons qu'à Niono sur les 20 Cscm ,7 sont dirigés par des médecins.

2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes :

➤ Age :

Pour une population nationale dont 50 % a moins de 15 ans (38), les parturientes césarisées avaient un âge compris entre 14 ans et 46 ans avec une prédominance de la tranche d'âge 20-25 ans 39,5%. Ce résultat est inférieur à celui de Berthé (11) 66,06 % ; de Cissé B (14) 61,17 % et de Togora M. (61) 67,3 %.

➤ Situation matrimoniale :

79,3% de nos patientes étaient mariées. Ce résultat est proche de celui CISSE S (15) 91,5 %. Les célibataires constituaient 20,5 % de nos femmes césarisées, ce taux est nettement supérieur à celui de CISSE S (15) 8,3% et de Tégoué I. (56) 9,4 %.

➤ La profession des patientes :

74, % de nos patientes sont ménagères, ce résultat est proche de celui de Togora M. (61) 80 %.

➤ La résidence :

La grande majorité de nos patientes résidaient dans l'aire de santé du Cscm central soit 32,8 % suivi de Molodo à 7km de Niono 10% et de Siribala à 35km 9%. Cette fréquence élevée pour le Cscm central s'expliquerait par sa présence dans l'enceinte du Csref durant la quasi-totalité de l'étude. D'autre part les femmes en voulant s'approcher du Csref s'approchaient plutôt du Cscm central qui est le premier niveau.

3. Modalités d'évacuations :

3.1 Les motifs d'évacuations: les motifs d'évacuation étaient essentiellement en rapport avec les urgences obstétricales et les diagnostics d'évacuations ont été retenus dans 11,10% :

L'arrêt de la progression a dominé notre étude avec 17 % suivi de la contraction utérine douloureuse 14,3%et de l'hémorragie 8,25 %.

Ces résultats sont proches de ceux retrouvés par Togora M (61) où les références évacuations étaient motivées par l'arrêt de la progression 26,8 %, l'hémorragie 9,9%. Les évacuations sont décidées par les chefs des Cscm. Rappelons que 7 Cscm sont dirigés par des médecins ;4 Cscm par des infirmiers d'états.

3.2 Le mode d'admission :

La majorité de nos patientes (68 %) ont été évacuées. Ce résultat est proche de celui de Coulibaly I. (19) à l'HGT soit 60,56 % ; Traoré A F (63) 91,10 %.

Une analyse des résultats obtenus par Agbanglac (1) 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.

4. Les caractéristiques obstétricales :

- La parité : les pauci pares représentent 55,5% de notre échantillon, contrairement à de celui retrouvé par CISSE S. (15) 44% étaient des nullipares.
- Les consultations prénatales (CPN) : dans notre étude 34,70% des patientes n'ont pas de CPN. Ce chiffre est différent de celui de Diallo C H (21) et Tégoué I. (56) qui trouvent respectivement 50,2% et 38,2% de femmes qui ont bénéficié au moins une CPN.

Au cours de notre étude nous avons observé 13 césariennes itératives soit

3,25% des césariennes effectuées. Ce taux est inférieur à ceux retrouvés par Cissé B (14) 12,4% et Togora M (61) 29,2%. Parmi nos patientes qui avaient un utérus cicatriciel (3,25%) par suite d'une césarienne au dernier accouchement, 74,75% n'ont pas été évacués ou évacués tardivement après rupture de la poche des eaux. Ce résultat est proche de celui de Togora M (61) 74,5% et nous a amené à conclure comme Cissé CT (16) et Ouédraogo C (46) sur la qualité insuffisante des CPN.

5. La césarienne :

➤ Le délai d'exécution : devant le caractère d'urgence de nos césariennes, nous avons constaté un délai d'exécution de la décision de l'intervention inférieur à une heure dans 99,5% des cas. Cette rapidité de la prise en charge peut être expliquée par la présence des Internes logés dans le Csref et font la garde des Médecins. Ces résultats sont proches de celui retrouvé par CISSE S (15) 96,5% au centre de santé de référence de la commune VI

➤ Les indications : le souci constant de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie ou de traumatisme tout en ménageant au mieux la santé de la mère, l'amène à être plus large sur les indications. Nous constatons dans notre étude une augmentation particulière des indications d'origine fœtale témoignant d'un plus grand souci d'améliorer le pronostic fœtal de l'accouchement.

Parmi nos indications les dystocies occupent le 1^{er} rang avec 44,25% suivi par les souffrances fœtales 29,5% et les hémorragies 10,5%.

Plusieurs auteurs ont conclu à des résultats proches dont la plupart ont relevé la fréquence élevée des indications fœtales, ainsi : Janet F (28) dans une revue de la littérature sur la césarienne en situation précaire en milieu africain a retrouvé une fréquence élevée des dystocies avec 46% suivi par

la présentation dystocique 9,4 % et la souffrance fœtale aiguë 4,2 %. Une étude menée par CISSE (15) sur l'étude qualitative de la césarienne à propos de 400 cas a retrouvé les dystocies en tête avec 50,7 % suivi par les souffrances fœtales 28,7 % et les hémorragies 8,3 %.

CISSE S avait conclu que les indications pour souffrance fœtale allaient évoluer, ce qui est confirmé par nos résultats avec 29,5 % d'indication pour souffrances fœtales. Certains auteurs comme Téguté I (56), Rudigoz (53) l'attestent en trouvant respectivement pour la souffrance fœtale 16,06 % et 24%.

Dans notre étude la classification par groupe d'indication a montré que les indications de césarienne obligatoire étaient plus fréquentes (42,75 %) suivis par les indications de césarienne de prudence (36,5 %), l'urgence absolue (16,25 %) et la césarienne de nécessité (3,25 %).

Ces résultats sont proches de ceux retrouvés par : Ouédraogo C (46) au Burkina Faso :

- Césarienne obligatoire 54,8%
- Césarienne de prudence 36,4 %
- Césarienne de nécessité 8,8 %
- Césarienne abusive 23,6 %

CISSE S au Mali retrouve :

- Césarienne obligatoire 43,3 %
- Césarienne de prudence 36,5 %
- Césarienne de nécessité 5,1 %
- Urgences absolues 13,3 %.

Dans notre étude nous n'avons trouvé que 1,25 % d'indication de césarienne abusive proche de celui de CISSE S (1,8 %) contre 23,6 % retrouvés par Ouédraogo C (46). Cela peut s'expliquer par le fait que dans

notre contexte les décisions de césariennes sont prises après l'application de certaines règles qui permettent de réduire ces types d'indications. Il s'agit :

- L'utilisation très stricte du partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement.
- L'affinement du diagnostic de souffrance fœtale.

L'application de ces règles devrait permettre d'éviter bon nombre de césariennes abusives.

6. Le pronostic maternel :

➤ La morbidité maternelle :

Dans notre échantillon les suites opératoires ont été simples dans 98% des cas et compliquées dans 2 % des cas.

Comparé aux données de la littérature notre taux est inférieur à celui retrouvé par Togora M (61) 7,6 % et Cissé B (14) 5 %. Parmi les 2 % de complications, celles infectieuses sont en tête de liste avec 62,5 %, résultat proche de celui de Togora M 71,4 %. Parmi les complications infectieuses la suppuration pariétale et lâchage de fil viennent en tête de liste avec 60 % suivi de l'endométrite 20 % et du choc septique 20 %.

➤ La mortalité maternelle :

Lorsque le décès survient, c'est le drame mais ce drame est souvent rencontré dans nos pays en voie de développement d'autant plus qu'il s'identifie à la réalité du terrain. Dans notre étude, le taux de mortalité par césarienne est de 0,25 %.

Dans la littérature on retrouve les taux suivants :

❖ Au Mali :

Togora M (0,9 %), Diallo C H (21) retrouve 1990 à l'HGT 10,62 %, Téguté I (56) retrouve en 1993 à l'HNPG 3,88 %, CISSE S(15) retrouve en 2006

(0,50%)

❖ En Afrique noire :

2,3 % à Ouagadougou (46), 3,2 % au Zaïre cités par Togora M.

En analysant la littérature Européenne actuellement on s'aperçoit que la mortalité par césarienne a considérablement diminué dans le temps et demeure autour de 1-3‰ conséquences directes de l'intervention ou de la pathologie qui a conduit à la césarienne (cité par Togora M) .

Dans notre contexte, l'importance de la morbidité et de la mortalité maternelle traduit l'inefficience de notre système de référence évacuation dans sa forme actuelle, les parturientes étant souvent tardivement et mal évacuées.

7. Le pronostic fœtal :

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

► **La morbidité :**

Selon THoulon JM (60), la morbidité fœtale néonatale est souvent liée à l'indication même de la césarienne, surtout quand il s'agit de souffrance fœtale au cours du travail. En considérant comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar inférieur ou égale à 7 comme l'ont fait précédemment d'autres auteurs :

Berthé Y (11), CISSE S (15), Togora M (61), notre taux de morbidité s'élève à 68%. Cette augmentation trouve souvent son explication dans les conditions d'évacuations. Ce taux est inférieur à celui de Berthé Y (11) 68,77 % mais supérieur à celui de CISSE S (15) 29% et Togora M (61) 21,7%.

➤ La détresse respiratoire a occupé le 1^{er} rang des complications néonatales avec 80,64 % suivi de la

souffrance cérébrale 12,90%, l'infection néonatale 3,23% et de l'ictère infectieux 3,23 %.

► **La mortalité :**

Au cours de notre étude, nous avons recensés 29 cas de décès périnatal ce qui fait un taux de mortalité périnatale de 7,25 %. Ce taux est inférieur à celui retrouvé par Togora M (61) 9,8 % et supérieur à celui de CISSE S (15) 5,25%

8. La durée d'hospitalisation :

Dans notre étude 82,45 % des césarisées ont fait un séjour de moins de 7 jours et 16,54 % d'elles durant 8-14 jours. La durée moyenne d'hospitalisation est estimée à 7 jours.

Comparé aux données de la littérature, cette durée moyenne est inférieure à celle de beaucoup d'auteurs :

- Coulibaly I. (19) 8 jours à l'HGT
- Tégoué I. (56) 9,3 jours à l'HNPG

Cependant notre durée est supérieure à celle de Togora M (61) et CISSE S (15) qui retrouvent 4 jours.

La durée minimale est de 4 jours et la durée maximale de 15 jours. Cette courte durée de séjours de nos césarisées s'explique par les critères suivants :

- Reprise du transit
- Apyrexie
- Involution utérine normale
- Mollets souples et indolores
- Seins normaux.

Signalons que le nombre limité de lits d'hospitalisation joue un rôle considérable dans la courte durée de séjour des patientes.

8. Type d'anesthésie :

L'anesthésie générale a été la seule quasi effectuée au cours de notre étude car c'est une technique rapide et maîtrisée de tous les anesthésistes. Dans son étude, Togora M. (61) retrouve l'anesthésie générale dans 96,9 % des cas, la rachianesthésie 2,5 %, la péridurale 0,6 %.

10. Intervention associées à la césarienne :

Elles sont dominées par la ligature des trompes avec 24 cas soit 6% des interventions à la césarienne.

Ce taux est proche de celui retrouvé de CISSE S (15) 7,75% mais inférieur à celui retrouvé par Tégoué I (56) 13,6%

11. Coût de la césarienne et accessibilité des soins :

L'incidence financière de la césarienne sur l'économie familiale est difficile à évaluer, vu la complexité des différents facteurs entrant en ligne de compte (coût de l'ordonnance post opératoire, coût de la nourriture de la patiente et de ses accompagnants, coût du transport, coût du transport pour les évacuées etc....).

Depuis juin 2005 la césarienne a été rendue gratuite par l'état malien, dès cet instant les frais d'hospitalisations, acte et les analyses ainsi que le kit opératoire ont été gratifiés. Cependant le kit ne couvre que la période post opératoire et ne concerne pas les complications qui restent à la charge de la patiente.

Par ailleurs le système de référence/évacuation est organisé depuis 2002, le nouveau cadre conceptuel a été validé en Avril 2006 et seul le transport est à la charge des communautés (ASACO 65%) et collectivités (Mairie 30%, Conseil de cercle 5%). Si le paiement est de 100%, le transport de la parturiente est gratuit ; au cas contraire 5500f ou 11000f selon les cas.

Grâce à la gratuité de la césarienne le taux a passé de 2,22% à 3,82% à Niono. C'est pourquoi nous saluons et soutenons la gratuité de la césarienne. Nous souhaitons que cette action soit une pérennité car constitue une pierre de taille dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, par conséquent les jalons d'un développement durable.

Etude analytique de la qualité de la césarienne

➤ Analyse discriminatoire

- Les conditions de prise en charge

Notre étude a montré 99,5% de délai de prise en charge inférieur à 1 heure, 100% de disponibilité du personnel soignant, 99,75% de disponibilité du bloc opératoire, 90,24% de disponibilité du sang et 100% de disponibilité du kit opératoire

En analysant la littérature, on retrouve :

Gaye (25) retrouve 37% de retard à l'intervention, Ouédraogo C (46) retrouve un retard à l'intervention chirurgicale (chirurgien absent, équipe incomplète, Kit incomplet, problèmes techniques) dans 52,3% des cas ; le Kit opératoire disponible en urgence sur place dans 84,1% des cas ; dans 8 cas sur 478, la transfusion sanguine était impossible par manque de sang ; Togora M (61) retrouve :91,1% de délai de prise en charge inférieur à 1 heure, 100% de disponibilité de kit, 95,2% de disponibilité du personnel soignant, 96% de disponibilité du bloc opératoire, 84,1 % de disponibilité du sang.

Le centre de santé de référence de Niono est de bonne qualité pour des conditions de prise en charge.

- La réalisation et les résultats de l'intervention

Dans notre étude, la césarienne a été réalisée par un Médecin Généraliste dans 6 cas; on a déploré 4 cas de complications per opératoire dont 3 cas de lésions vasculaires. Nous n'avons pas observé de complications anesthésiques.

L'indication était abusive (bradycardie récente isolée, tachycardie récente isolée, liquide amniotique teinté isolé) dans 1,25 % des cas ; on a noté un Apgar du nouveau né inférieur ou égal à 7 dans 68% des cas, cela pourrait être du à l'absence de spécialiste en réanimation.

Comparés aux données de la littérature on retrouve chez :

- Ouédraogo (46) :

- Des difficultés liées à la réalisation de l'anesthésie dans 0,5 % des cas.
- Un non respect de l'indication opératoire en appliquant les critères de césarienne abusive dans 23,6% des cas.
- Un score d'Apgar inférieur à 7 dans 40,4% des cas.

- CISSE S (15) :

- Dans 10 % des cas la césarienne a été réalisée par un gynécologue.
- Dans 1,5 % des cas il y a eu une complication per opératoire dont 1 cas de complication anesthésique.
- L'indication de césarienne était abusive dans 1,8 % des cas.
- Dans 0,5 % des cas on a déploré le décès de la mère et l'enfant.
- Dans 29 % des cas on note un Apgar du nouveau né inférieur à 7.
 - Le suivi post opératoire

Dans notre étude le protocole post opératoire a été respecté dans 99,75% des cas. La surveillance post opératoire a été insuffisante chez une

patiente et une autre a été re – hospitalisée. Seulement 2% de nos patientes ont présenté une complication. La durée moyenne d'hospitalisation était supérieure à 7 jours dans 17,54 % des cas.

Ces résultats sont proches de ceux de Togora M (61) où le protocole post opératoire a été respecté dans 97,3 % des cas, la surveillance post opératoire immédiate a manqué dans 0,3 % des cas, 7,6 % des patientes ont présenté une complication post opératoire, 5,7 % des patientes ont séjourné pendant plus de 7 jours et 16 patientes soit 0,6 % ont été re hospitalisées.

Le centre est de bonne qualité pour le suivi post opératoire.

- Niveau de qualité

En appliquant les critères de qualité, on retrouve :

67 % de césarienne de qualité bonne.

28 % de césarienne de qualité assez bonne

5 % de qualité moyenne.

VII.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

VII. Conclusions et Recommandations

1. CONCLUSION

Du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007, soit une durée d'un an, s'est déroulé dans le centre de santé de référence de Niono dans la région de Ségou une étude prospective portant sur l'évaluation de la qualité de la césarienne.

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

Nous avons colligé 400 césariennes pour 10447 accouchements soit une fréquence de 3,82%. La majorité de nos patientes soit 68% ont été évacuée justifiant le contexte d'urgence de la plupart de nos césariennes.

Les indications de césarienne les plus fréquentes ont été :

- Les césariennes obligatoires 42,75%
- Les césariennes de prudence 36,5%
- Les césariennes pour urgence absolue 16,25%
- Les césariennes de nécessité 3,25%
- Les césariennes abusives 1,25%

Concernant la morbidité et la mortalité nous avons observé 2% de complications post opératoire et déploré 1 cas de décès soit 0,25%

Le pronostic foetal a été marqué par un taux de morbidité estimé à 68%, un taux de létalité estimé à 7,25%.

La détresse respiratoire, la souffrance cérébrale et l'infection materno-foetale sont les principales complications survenant en période néonatale.

Pour évaluer la qualité de la césarienne dans notre service nous avons tenu compte d'un certain nombre de critère qui sont :

- Les conditions de prise en charge

- La réalisation et les résultats de l'intervention
- Le suivi post opératoire

L'analyse discriminatoire des différentes composantes de la césarienne révèle une bonne qualité dans l'ensemble pour les conditions de prise en charge, le suivi post opératoire, la réalisation et les résultats de l'intervention ; du fait du niveau de qualité de césarienne qui est de :

67% bonne, 28% assez bonne et 5% de qualité moyenne

Nous sommes conscient des limites de ce travail, toute fois au regard de tout ce qui précède, nous formulons les suggestions suivantes afin d'améliorer la qualité de la césarienne et des soins obstétricaux en général dans le district sanitaire de Niono.

2. Recommandations

Au terme de ce travail, quelques suggestions nous paraissent nécessaires pour améliorer nos résultats et aspirer à une issue favorable de la grossesse.

A l'endroit du gouvernement de la république du Mali :

- Assurer la formation des spécialistes en gynécologie obstétrique et leur déploiement dans les centres de santé de références des Régions
- Assurer une large diffusion et la formation de l'ensemble du personnel sur les politiques normes et procédures (PNP) en matière de santé
- Mettre à la disposition des centres des kits pour la prise en charge des complications de la césarienne
- Doter de façon urgente le centre de référence santé de Niono en ambulance qui n'en dispose pas depuis novembre 2007.

- Accélérer le processus de transfert de compétence aux collectivités
- Mettre à la disposition du CSRéf de Niono un spécialiste en anesthésie réanimation pouvant faire fonctionner une unité de réanimation pédiatrique

A l'endroit du personnel de santé :

- Respecter les normes et procédures en matières de pratiques chirurgicales et gynéco obstétrique
- Organiser des staffs techniques journaliers (au delà des staffs administratifs les jeudis et techniques les mercredis)
- Renforcer la mini banque de sang afin de permettre une prise en charge rapide des cas urgents
- Mettre à la disposition des structures périphériques, des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales en fonction du niveau sanitaire.
- Promouvoir des recherches actions à la maternité du centre de santé de référence de Niono
- Instaurer un système de restauration pour le service de garde

A l'endroit des ASACO :

- Assurer le paiement correct et intégral de la quote part pour le transport des parturientes du Cscm au centre de référence
- Organiser le système de transport des parturientes du village vers le Cscm en partenariat avec les communes
- Apporter une subvention au transport des parturientes afin de réduire le délai de prise en charge chirurgicale

A l'endroit des municipalités :

- Assurer le paiement correct et intégral de la quote part pour le transport des parturientes du Cskom au centre de référence
- Organiser le système de transport des parturientes du village vers le Cskom en partenariat avec les ASACO
- Mettre en application les textes relatifs à la décentralisation
- Assurer le recrutement de personnels qualifiés pour les Cskom

Nous souhaitons que ce travail soit utile aux différents acteurs de la santé maternelle et néonatale des pays africains, comme il l'est pour nous même ; la santé maternelle et néonatale constituant un bon reflet du niveau de développement d'un pays ; investir dans ce secteur n'est que posé un jalons d'un développement durable.

VIII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. Références bibliographiques

1. AGBANGLAC.

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

Thèse Méd., Cotonou, 1993 N°554

2. AGUEMON B.

Contribution à l'étude des suppuration pariétales post opératoires dans le service de chirurgie viscérale du CHU de Cotonou

Thèse Méd., Cotonou, 1994 N°554

3. AISSA GERMAIN ALAIN

Complications maternelles des césariennes (étude rétrospective sur 780 césariennes colligés en 1an au CHU de Treicheville : Du 1^{er} janvier 1988 au 31 décembre 1988) mémoire CGS.

4. ALDEBERT A.

Le taux de césarienne : indicateur de qualité

Deuxièmes journée d'obstétrique du collège de Gynécologie de BORDEAUX et du Sud-Ouest, novembre 1995.

5. AMIRIKIA H.ZAREWYCH B., EVANS T.N:

Caesarean section: 15 years of changing incidence, indications and risks.

Am. J. Obstet.Gynecol. 1981, 140, 81-86

6. ANNE SELOME FAGNISSE.

L'opération Césarienne à la Maternité Lagune de Cotonou.

Etude rétrospective de 1995 à 1996 et prospective d'Avril à Juin 2000 à Bobos de 5702 Thèse de Méd. ; Bamako, 2001, N°53

7. ANOMA M.

Les césariennes :réflexions à propos de 4000 cas opérés au CHU de Cocody 1^{er} janvier 1975, 31 décembre 1979 ; Thèse Méd., Abidjan (cote

d'Ivoire), 1980 ; N°283 51 pages.

8. AOUANOU G.B.K

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

Thèse Méd., Cotonou, 1988 N°373.

9. AVRIL A, MARE E D, CHANT GREILC, RENAUDSALIS JL, LOBERA A et COLL

Contrôle de la qualité des soins dans un service de chirurgie. Expérience de la fondation Bergonié

J chir. (Paris) 1993 ; 2 : 79-86 p

10. 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 Méd., Aix-Marseille 2, 1992, 708.

11. BERTHE Y.

Pronostic foeto-maternel dans les accouchements par césarienne à propos de 218 cas enregistré au service de Gynéco-obst. Du CHU de Bouaké en un.

Thèse Méd. Abidjan 1992.

12. CADRE CONCEPTUEL VALIDE DE L'ORGANISATION DU SYSTEME DE REFERENCE EVACUATION dans le district sanitaire de Niono mai 2006

13. CARRONJ J, BARRE P et DUMSER D

Un petit hôpital..., A quoi ça sert ? Etude de l'activité chirurgicale de l'hôpital de London au cours de l'année 1989. J Chir. (Paris) 1990 ; 127 (12) :608-611p

14. CISSE BRAHIMA

La césarienne : Aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des

complications post opératoires dans le service de gynécologie obstétricale du centre de santé de référence de la commune V. Thèse Méd. Bamako Mali. 2001, M.27, page 10.

15. CISSE SEYDOU

La césarienne de qualité au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako à propos de 400 cas. Thèse, Méd. Bamako Mali,06-M-196

16. CISSE C.T, FAYE E.O, De BERNIST, DUJARDINB. DIADHIOUF

Césarienne au Sénégal : couverture des besoins

17. CISSE C.T, ANDRIAMDY C, FAYE E.O., DIOUF A, BOULLIND, DIADHIOUF.

Indication et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar. J Gyneco-Obstet. Biol. Reprod. 1995 ; 24 : 124-7

18. CIPOLLA L CONTI M.

Caesarean section using the Misgav Ladach Method in Gynéco-Obst. 1997; 57,273-279

Dakar, Sénégal. December 1998.

19. COULIBALY I GAOUSSOU

La césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'HGT de Bamako de 1992 à 1996(à propos de 3314 cas)

Thèse Méd., Bamako, 1999 N°85

20. COULIBALY ML

Comparaison de l'efficacité de la clonidine et de la Nifedipine dans la prise en charge de l'HTA gravidique au cours du travail dans le service de gyneco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse Méd., Bamako,2002 69p .M.20

21. DIALLO CH

« Contribution à l'étude de la césarienne (à propos d'une série continue de 160 cas au service gynécologie obstétrique de l'HGT » Thèse Méd., Bamako ,1990 M.37.

22. DUJARDIN B. DELVAUX T.H., DE BERNIS L.

La césarienne de qualité, Analyse des déterminants. Communication au 5^{ème} et qualité des services. Cahiers de santé 1998 ; 8(5)=369-77

23. Enquête démographique de la santé Mali II

EDSMII 1995 à 1996 page 181

24. Enquête démographique de la santé Mali III

EDSMIII de 2001 pages 183

25. GAYE A DE BERNIS L.

Césarienne et qualités des soins. Etude de 177 césariennes en 6 mois au centre de santé Roi Baudouin de GUEDIA WAYE (Dakar) Sénégal. Communication, au 5^{ème} congrès SAGO, décembre 1998, Dakar

26. GLORION B

L'évaluation, une chance pour la médecine

Bulletin de l'ordre des médecins février 1992 ; 2 :1-2p

27. HOGSTON P JAMES D.

Holding ack the tide caesareans. Br Med. J 1998, 297, 1044-1045

28. JAMET F BENO., HEDON B. LAFFARGUE F.

La césarienne en situation précaire

Rev Fr. Gynéco en situation précaire

29. KASSABARA M.

Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain appliquée à la commune VI du district de Bamako. Thèse Méd., Bamako, 1989,N°15.179pages

30. KOUYATE A.S.

Les aspects démographiques et obstétricaux des complications infectieuses post-césariennes dans le service gynécologie obstétrique de l'HGT. Thèse Méd., Bamako, 1995 M.42

31. LANKOANDE J AKOTTIONGNA M., SANOU J TOURE B, ZNRE B KONE B

Indications et place de la césarienne dans les activités de la maternité du centre National Yalgado Ouédraogo

Ann. Univers Ouagadougou, Séries B, 2 : 10-16 1994

32. LEROY J ET AMOROS J.P.

Césarienne pratiquée chez l'africaine à Dakar Méd. Trop.1975 ; 35 ;(3) 209-217

33. MANSONO A.

Evolution des indications des césariennes au CHU de St Etienne entre 1984 et 1988. Thèse Méd. St Etienne, 1989, N° 6229

34. MATILLON Y.

L'évaluation en médecine

Une démarche en plein développement. Rev Prat (Paris) 1992, 42(15) : 1917-1919p

35. MBAZUMUTINMA K.

Contribution à l'étude de l'opération césarienne. A propos de 2007 cas recensés à la CGO du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 1997. Thèse, Méd. Cotonou, 1998, N°783

36. MELCHIOR J BERNARD N. RAOUST I.

Evolution des indications de césarienne. CNGOG-Mises à jour en Gynécologie et obstétrique Vigo et, 1988, 13 PP. 251-265

37. Merger MERCHAOUI J. FEKIH M.A., SFAR R.

Précis d'obstétrique Masson, Paris, 1989 PP., 618-267

38. Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées

Cellule Nationale de Planification

Direction Nationale de la santé

Enquête démographique et de santé au Mali 1996-1997

39. MM. J. CLAPIES, PH. MAGE, P.LEPETIT CHAUD., J-P. DUBECQ et J.J LENG.

La césarienne : Evolution des indications, suites opératoires et pronostic foetal immédiat de 1973 à1977. Rév. Méd. Bordeaux Médical 1978, 11, N°23, P.2107

40. MOREAU J.C. CISSE B.Y FAYE E.O., CISSE M.L.

Etudes sur les systèmes de recouvrements des coûts de la césarienne à la clinique de gynécologie et l'obstétrique du CHU le Dantec de Dakar. Communication au 5^{ème} Congrès SAGO, Dakar, SENEGAL, 14-18 décembre 1998.

41. NIELSEN T.F., HOKEGARD K.H.

Caesarean section and intra operative surgical complications

Acta obstacle. Gynécol. 1983, 146, 8, 911-5

42. NZEYIMANA N.I.

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

Thèse Méd., Cotonou, 1998, N°788

43. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Mortalité périnatale : récapitulatif des données disponibles

Communiquées OMS N°46 Genève, 1996 : 1-2

44. OMS

Nouvelles estimations de la mortalité. Relevé épidémiologique Hebolo. 1996 ; 71 : 97-100

45. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Mortalité maternelle : Soustraire les femmes à l'engrenage foetal chronique
OMS 1986 ; 40 : 193-202

46. OUEDRAGO C, ZOUNGRANA T, DAO B, DUJARDIN B, KONE B.

La césarienne de qualité au centre Hospitalier Yalgado OUEDRAGO de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de Gynéco-obst. MEDECINE d'Afrique Noire 2001-48(11) :444

47. PELLISIERE G, DICOS TANZO J, MARTIN et AL

Le risque opératoire en chirurgie digestive lourde. J chir. 1984 ; 110 : 615-620

48. PICAU A. NLOME-NZE A.R KOUVAHE V FAYE A ONDO-MVER

Les indications de césarienne et leur évolution au centre hospitalier de Libreville. Rev. Fr Gynecol. Obstet. 1990 : 8,5(6) : 393-98

49. Population REPORTS

Programme de planification familiale : Améliorer la qualité

Série J. Numéro 47. 39pages

50. QUENUM G, MEMADJI M, KONAN BLE R NIGUE L WELFFENS-EKRAC.

Césarienne de qualité analyse des facteurs et des déterminants au CHU de Yopougon.

Revue Internationale de Sciences Médicales Vol.3 N°2 2001 PP.109.

51. RACINET C. FAVIER M.

La césarienne : Indications, techniques, complications

Masson, Paris 1984, 185 PP

52. RIETH MULLER D., SCHAAL J.P., RACINET C. MAILLET R.

La césarienne selon la méthode de Misgav Ladach

Rev.Fr. gyneco-obstet ; 1999 ; 94.6.497-499

53.RUDIOGOZ R.C, CHARDON C., GUCHERAND P., AUDRA P.,CLEMENT H.J.,CAFFIN J.P,CORTEY C.,PUTET G., LECLERC Q.O.

La césarienne en 1988 : problèmes obstétricaux posés par l'utérus cicatriciel

Fréquence et indications des césariennes. Complications infectieuses et thromboemboliques après césarienne. Place de la césarienne avant 32 semaines « Rev. Gynécol : obstet. 1990 ; 85(3):105-120

54 SANKARE I.

Organisation du système de référence au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse Méd. Bamako (Mali) 2001 M.

55. SENEGAL, PNUD, OMS, Université Columbia

Rapport de la deuxième mission d'identification pour la réduction de la mortalité maternelle au Sénégal, Réf SEN/ 86 / 007 ; Dakar, sept 1989 : 99-100

56. TEGUETE I.

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point G de 1991 à 1993 (à propos d'une étude cas témoin de 1544 cas). Thèse Méd. Bamako (Mali) 1996M.17

57. TESTA J, ZANRE, Y Z ; KONE B. ; LANKOUANDE J ; SONDO B.

Difficultés de l'évaluation de la qualité des soins dans un contexte de

l'hôpital africain. L'expérience du service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier national de Ouagadougou, Burkina Faso
Revue française de médecine tropicale 1996, P : 151-155

58. THIAM H.D

Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain à propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondiéba. Thèse de Méd., Bamako 2000.00.M-62-60 pages

59. THIERO M.

Évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'HGT à propos de 160 cas. Thèse Méd., Bamako, Mali, 1975, M 17

60. THOULON J.M.

« Les césariennes » Encycl.Méd.Chir.Obstétrique, 5102.A-10

61. TOGORA Modibo

Etude qualitative de la césarienne au CSRéf CV du district de Bamako de 2000 à 2002 ; à propos de 2883 cas

62. TOKANNOU S.

« L'opération césarienne à la maternité Lagune de Cotonou à propos de 1953 cas recensés de 1989 à 1993 » ; Thèse Méd., Cotonou, 1994, N°619.

63. TRAORE A. F

Etude de complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'HGT

Thèse Méd., Bamako (Mali), 1989, M.46

64. TRAORE M., NGOM A., BAH M.D., MOREAU J.C., DIALLO D.J., CORREAP.

Etude des indications de césariennes à la maternité du CHU de Dakar Afr.
Thèse Méd., 25 ; 241PP. 264

65. TREGUER J., BELLIER G., GOSSINGAR A.

390césariennes en 2 ans à la maternité de N'djamena

Rev.fr.Gynéco.Obstét. 1991 ; 86 : 294-300

66. VOKAER R., BARRAT J., BOSSART H.ET Coll.

Disproportions foëto-pelviennes. La grossesse et l'accouchement dystocique traité d'obstétrique II, Masson 1985; 427-457.

67. WORD HEALTH ORGANISATION

Coverage of maternity care: a listing of available information 4^{ème} edition;
Who/RHT, MSM, 1997; 96: 10-9

68. YAROK.

Etude comparative de la qualité des soins au niveau de la maternité entre Cscm et service socio sanitaire de commune au niveau de la commune VI du district de Bamako.

Thèse Méd., Bamako, 1997. 97-M-12. 101 pages

69. ZINZOU R.D ET COLL.

« La césarienne étude rétrospective de 274 cas ». Méd. D'Afr. Noire, 1986,33(3) : 180-182

IX ANNEXES

QUESTIONNAIRE

IDENTITE

- Q1 Numéro Dossier ###
 Q2 Nom et Prénom-----
 Q3 Age##
 Q4 Activité Socioprofessionnelle# (1=ménagère 2=aide ménagère 3=fonctionnaire 4=ççante
 5=artisans 6=Etudiante/Elève 7=autres
 Q5 Etat matrimonial# (1=mariée 2=célibataire 3=veuve 4=divorcée)
 Q6 Aire de Provenance# (1=CSCCom,central ,2=Siribala
 ,3=Molodo,4=N'debougou,5=Dougouba,6=Sokolo,7=Diabaly, 8=Kourou Ma, 9=B6 ;10=N8,
 11=Cocody, 12=Niono extension, 13=Boh,14=Diakiwéré,15=Pogo,16=Komola
 Zafina,17=Nampala,18=Nara-IBT ; 19=Niono C3 ;20= Dogofry ; 21= Autres) :
 Q7 Ethnie# (1=Bambara 2=Sarakolé 3=Peulh 4=Malinké 5=Sonrhaï 6=Dogon 7=Senoufo
 8=Bobo 9=Bozo 10=Minianka 11=Autre
 Q8 Niveau D'instruction # (1=Primaire 2=Secondaire 3=Supérieur 4=Aucun)
 Q9 Mode D'admission # (1=venue d'elle-même 2=Evacuée)
 Q91) Si Evacuée. Précisez le lieu # (1=CSCCom 2=Cabinet Privé)

ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX

- Q10 Gestité ##
 Q11 Parité ##
 Q12 Vivant ##
 Q13 Avortement ##
 Q14 Intervalle Inter Génésique ## ans
 Q15a) Césarienne Antérieure <Y>
 Q15b) Si oui ; Préciser le nombre #
 Q16a) Consultations Périnatales Faites <Y>
 Q16b) Si faite ; le nombre #
 Q17a) Evacuée ? <Y>
 Q17b) Si Evacuée ; Motif # # (1-CUD 2-Arrêt de la progression, 3-Hémorragie, 4-prérupture,
 5-Dystocie du col 6-D.F.P. ,7-Retention second jumeau, 8-Eclampsie, 9-Procidence, 10-
 Autres 11-Indéterminés)
 Q17c) Si Autres Précisez

EVENTUELLES PHATOLOGIES DECELEES AU COURS DES CPN

- Q18 HTA ? <Y>
 Q19 Diabète ? <Y>
 Q20 Anémie ? <Y>
 Q21 Césarienne au dernier accouchement :<Y>

Q22 Autres ?<Y>

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION

Q23 Température :##

Q25 Conjonctives colorées<Y>

Q25 H.U ##

Q26 Age Gestationnel en S.A # (1=inf à37s.a ; 2=37-41s.a 3=sup.à 41s.a)

Q27 BDC Fœtal Perçus <Y>

Q28 Fréquence des BDC # (1=inf à120bat/mn ; 2=120-160bat/mn ; 3=160bat/mn)

Q29 MAF Présents<<Y>

Q30 Présentation # (1=céphalique 2=Siège 3=Transverse 4=Autres)

Q30a La variété<A> (Si Céphalique, 1a=Sommet, 1b=Front, 1c=Face ; Si siège, 2a=Complet, 2b=Décomplété)

Q31 Dilatation # (1=Phase de latence ; 2=Phase active)

Q32 Poche des eaux rompues <Y>

Q32a : Si rompues, depuis combien de temps # (1=sup. à 12h ; 2=inf à12h)

Q32b : Si rompues, aspect du liquide # (1=Clair 2=Meconial 3=Teinté 4=Sanguinolent)

Q33 Bassin # (1=Normal ; 2=Suspicion d'anomalie pelvienne)

LA CESARIENNE

Q34 Indication de la césarienne _____

Q34a :S.F.A <Y>

Q34a1 : Si oui préciser la cause # (1=Anomalie funiculaire ; 2=Procidence du cordon ; 3=Présentation mal fléchie)

Q34a2 : Préciser le délai d'exécution _____

Q34b : Disproportion Foeto-Pelvienne ;<Y>

Q34b1 : Si oui préciser la cause # (1=Gros fœtus ; 2=Angustie pelvienne)

Q34c : Hémorragie ; <Y>

Q34c1 : Si hémorragie, préciser # (1=PP 2=HRP 3=RU 4=PP+HRP)

Q34d : Eclampsie ; <Y>

Q34e : Présentation Vicieuse du fœtus # (1=Epaule ; 2=Front ; 3=Transverse ; 4=Face en menton sacré ; 5=Autres)

Q34f : Dilatation Stationnaire ; <Y>

Q34f1 : Si oui, Préciser la cause # (1=anomalie Funiculaire 2=DFP.3=Anomalie cervicale ; 4=Anomalie de présentation 5=Autres)

Q34g : Dilatation en marche d'escalier ;<Y>

Q34g1 : Si oui, préciser la cause # (1=anomalie Funiculaire 2=DFP.3=Anomalie cervicale ; 4=Anomalie de présentation 5=Autres)

Q34g2 : Si oui, Préciser le de prise en charge # (1=premier palier 2=deuxième palier)

Q34g3 : Si oui Préciser l'Apgar du nouveau-né à l'extraction _____

Q34h : Rétention du second jumeau ; <Y>

Q34i : Signes de pré rupture ? <Y>

Q34j : Procidence du cordon Battant ? <Y>

Q34j1 : Si oui, sur présentation Céphalique # (1=en phase de latence ; 2=en phase active)

Q34j2 : Si oui, sur présentation de siège # (1= en phase de latence ; 2=en phase active)

Q34k: HTA Severe +S.F.A.<Y>

- Q34l: Grossesse Et autres pathologies<Y>
 Q34m : Autres indications de césarienne ? <Y>
 Q34n : Si oui, préciser la cause _____
 Q34o : Absence d'engagement à dilatation complète ;<Y>
 Q34o1 : Si oui, préciser la cause # (1=anomalie Funiculaire 2=DFP.3=Anomalie cervicale ; 4=Anomalie de présentation 5=Autres)
 Q35a : Heure d'évacuation####
 Q35b : Heure d'Admission####
 Q36 : Heure de Décision####
 Q37a : Délai d'exécution####
 Q37b : Si délai d'exécution Supérieur à 1H, préciser la cause # (1=Bloc occupé ; 2=Refus de la gestante ; 3=Retard de prise en charge)
 Q38 Durée d'intervention####
 Q39 Aspect du liquide amniotique à l'hystérectomie # (1=Clair 2=Meconial 3=Teinté 4=Sanguinolent)
 Q40 Type de la césarienne # (1=urgence 2=Programmée ou prophylactique)
 Q41 Type d'anesthésie # (1=AG 2=RA 3=PD)
 Q42 Voie d'abord # (1=IMSO; 2=Incision de pfannenstiel)
 Q43 Intervention associée ? <Y>SI oui préciser
 Q43a : Hystérectomie d'hémostase ? <Y>
 Q43a1 : Si oui, préciser la cause # (1=CIVD ; 2=Placenta Accreta ; 3=Atonie Utérine)
 Q43b Kystectomie ? <Y>
 Q43c Ligature des trompes ?<Y>
 Q43d Hysterorraphie pour rupture utérine ? <Y>
 Q44 Opérateur # (1=obstétricien, 2=Médecin Généraliste 3=Interne)

DIFFICULTES OPERATOIRES

- Q45 Anomalie de la paroi ?<Y>
 Q45a Si oui, préciser la cause # (1=Obésité ; 2=Cicatrice antérieure ; 3=Adhérences)
 Q46 Accès au segment inférieur # (1=facile ; 2=difficile)
 Q47 Y a t il eu transfusion sang <Y>
 Q48 Le sang était-il toujours disponible ? <Y>
 Q48a Si non, préciser la cause # (1=Manque de sang disponible sur place ; 2=Manque de donneurs)
 Q49 Quelle est la quantité utilisée # (1=un sachet ; 2=deux sachets ; 3=trois sachets)

SUIVI POST-OPERATOIRE

- Q50 Surveillance Correcte ;<Y>
 Q50a Si non, préciser la cause # (1=Ordonnance non honorée, 2=Manque de surveillance du personnel, 3=non observance du traitement)
 Q51a Complication per-operatoire ;<Y>
 -Si oui, préciser la nature
 Q51b1 1-Hémorragie ; <Y>
 1a-Trouble de la coagulation <Y>
 1b-Hémorragie utero placentaire par rupture utérine<Y>

- 1c-Lésions vasculaires<Y>
 1d-Choc<Y>
 Q51b2 2-Lésionnelle ;<Y>
 2a-Lésions Urinaires<Y>
 2a1-Lésion Vésicale<Y>
 2a2-Fistule Vésico-Vaginale<Y>
 2a3-Lésion urétérale<Y>
 2b-Lésions intestinales<Y>
 Q51b3 3-Anesthésique ; <Y>
 Q51b4 4-Décès Maternels ; <Y>
 Si oui, précisez la cause _____
 Q52a Complications post-opératoires ; <Y>
 Q52b Si oui, préciser la nature# (1=infection, 2=Hémorragique, 3=Digestive, 4=Maladie thromboembolique, 5= Eviscération 5=Anémie 6=Décès 7=Autres)
 Q52b1 Si infection, préciser le type #(1=Endométrite 2=infection urinaire 3=choc septique, 4=suppuration et abcès de paroi)
 Q52b2 Si oui préciser _____
 Q53 Durée d'hospitalisation en jour ##:
 Q53a Si durée prolongée, préciser la cause _____
 Q54 Ré hospitalisation ? <Y>
 Q54a Si oui, préciser la cause _____

NOUVEAU-NE

- Q62 Nouveau-né # (1=A terme, 2=Prématuré, 3=Post-Terme)
 Q63 Etat du Nouveau-né #(1=Vivant, 2=Mort-né)
 Q64 Réanimé à la naissance ? <Y>
 Q65 Apgar 1^{ère} mn ##
 Q66 Apgar 5^{ème} mn##
 Q67 Apgar 10^{ème} mn##
 Q68 Apgar 1^{er} mn du 2^{ème} jumeau##
 Q69 Apgar 5^{ème} mn du 2^{ème} jumeau##
 Q70 Apgar 10^{ème} mn du 2^{ème} jumeau##
 Q71a Poids de naissance (en grammes)##
 Q71b Poids du 2^{ème} jumeau##
 Q72a Sexe de l'enfant # (1=Masculin, 2=Féminin)
 Q72b Sexe du 2^{ème} jumeau # (1=Masculin, 2=Féminin)
 Q73a Malformation Néo-natale <Y>
 Q73b Si oui, préciser _____
 Q74a Complication Néo-natale<Y>
 Q74b Si oui, préciser # (1=infection Materno-foetale, 2=Souffrance cérébrale, 3= Ictère infectieux, 4=Détresse respiratoire)
 Q75a Décès Néo-natal ;<Y>
 Q75b Si oui, préciser la cause _____
 Q76a Devenir #
 1. Satisfaisant
 2. Transfert
 3. Décès
 Q76b Si transfert, lieu # (1=unité Néo-natale du CSRéf, 2=pédiatrie hôpital de Ségou)

Q76c Si transfert, état # (1=vivant, 2=Décédé)

Pour l'analyse les critères des césariennes de bonne qualité ont été les suivants :

La qualité en terme de conditions de prise en charge :

- a) Le délai de prise en charge :
 - si inférieur à 1H=score 1
 - si supérieur à 1H=score 0
- b) La disponibilité du kit :
 - si kit présent : score 2
 - si kit absent : score 1
- c) La disponibilité du personnel soignant :
 - si équipe de garde présente et au complet : score 1
 - si équipe de garde présente et incomplet : score 0
- d) La disponibilité du bloc opératoire :
 - si disponibilité du bloc opératoire : score 1
 - si prise en charge retardée par occupation du bloc : score 0
- e) La disponibilité du sang :
 - si produit sanguin disponible au besoin : score 1
 - si produit sanguin non disponible au besoin : score 0

La qualité en terme de réalisation et résultats de l'intervention :

- a) La qualité de l'opérateur :
 - si obstétricien : score=2
 - si non obstétricien : score=1
- b) La qualité de l'anesthésie :
 - Si absence de complications anesthésiques : score=1

- Si présence de complications anesthésiques : score=0
- c) Les résultats en terme d'indications opératoires correctes :
 - si respect des indications opératoires : score 1
 - si non respect des indications opératoires : score 0
- d) Les résultats en termes de complications au cours de l'hospitalisation
 - si absence de complications per opératoires : score =1
 - si présence de complications per opératoires : score =0
- e) Les résultats en termes de vie de la mère et de l'enfant :
 - si mère et enfant vivants : score =3
 - si mère vivante et enfant décédé : score =2
 - si mère et enfant décédés : score =0
- f) Les résultats les résultats en terme d'Apgar du nouveau né à la naissance :
 - si Apgar supérieur ou égal à 7 : score 1
 - si Apgar inférieur à 7 : score 0

La qualité du suivi post opératoire :

- a) Les résultats en terme de respect du protocole post opératoire :
 - si protocole post opératoire correctement exécuté : score=1
 - si protocole post opératoire incorrectement exécuté : score=0
- b) Les résultats en terme de surveillance du post opératoire immédiat :
 - si patiente surveillée toutes les 30 mn pendant les 2 premières heures : score=1
 - si patiente non surveillée toutes les 30 mn pendant les 2 premières heures :
score=0
- c) Les résultats en terme de complications post opératoire :
 - si absence de complications post opératoires : score=1

- si présence de complications post opératoires : score=0
- d) Les résultats en terme de durée moyenne d'hospitalisation :
 - si durée d'hospitalisation inférieur à 7 jours : score=1
 - si durée d'hospitalisation supérieur à 7 jours : score=0
- e) Les résultats en terme de ré hospitalisation :
 - si patiente non ré hospitalisée : score=1
 - si patiente ré hospitalisée : score=0

LE COUT DE LA CESARIENNE

Les prix de prestation sont subdivisés en plusieurs catégories notamment l'acte, les frais d'analyses, l'hospitalisation, le kit étant livré. Tous ces frais sont gratifiés par l'état.

L'acte opératoire, les frais d'analyses et l'hospitalisation : sont facturés à 3000FCFA

Les médicaments :

Selon la lettre circulaire numéro 1003/MS/SG du 27 juin 2005, le kit (produit et consommable nécessaire à une césarienne) coûte 3000FCFA. Il a été toujours livré.

Tableau : Composition du kit dans un contexte de gratuité

| Nature des produits | Quantité |
|--------------------------------|----------|
| Sérum glucose 5% | 5 |
| Sérum salé 0,9% | 7 |
| Perfuseur | 4 |
| Cathéter 18Gou20G | 2 |
| Sonde de Folley CH14 ouCH16 | 1 |
| Poche à urine | 1 |
| Oxytocine inj | 6 |
| Seringue 10 CC | 14 |
| Gants 7 ½ ou 8 | 6 |
| Sparadrap | 1,5 |
| Alcool 90° | 1 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Amoxicilline inj 1g | 6 |
| Amoxicilline gellule500mg p/10 | 2 |
| Atropine inj 1mg | 1 |
| Kétamine inj 50mg/ml | 2 |
| Diazépam inj 10mg | 2 |
| Vitamine K1 | 1 |
| Ethicrin 2/0 serti | 2 |
| Lame de Bistouri 23 ou 24 | 2 |
| Compresse 40/40 non tissé s/10 | 6 |
| Paracétamol inj | 3 |
| Polyvidone iodée 10%,200ml | 2 |
| Vicryl serti 0(fil résorbable) | 2 |
| Vicryl serti2/0(fil résorbable) | 2 |
| Vicryl serti 1(fil résorbable) | 2 |
| Ringer Lactate, 500ml | 2 |
| Transfuseur | 2 |

MATERIEL

- ▶ Le partogramme : pour avoir
 - l'identité de la femme
 - les antécédents gynéco obstétricaux
 - l'examen clinique à l'admission
 - le poids du fœtus
 - l'Apgar à la 1^{ère} et 10^{ème} minute
 - le temps mis entre prise de décision de la césarienne et sa réalisation
 - ▶ Le registre d'accouchement : pour avoir
- Le nombre d'accouchement par an durant la période d'étude
- ▶ Le registre d'hospitalisation : pour avoir
 - le nombre d'hospitalisation
 - la durée d'hospitalisation
 - les parturientes hospitalisées
 - ▶ Les fiches de surveillances : pour avoir
 - le suivi post opératoire
 - les complications éventuelles de l'opération
 - ▶ Les fiches d'anesthésie : pour avoir
 - le type d'anesthésie
 - les complications anesthésiques
 - la durée de l'intervention
 - ▶ Le registre de protocole opératoire : pour avoir

- le motif de la césarienne
 - le type d'hystérotomie
 - la qualité de l'opérateur
 - les difficultés opératoires
- Le registre de référence de la médecine/pédiatrie : pour avoir
- l'état des nouveau-nés transférés.

VARIABLES ETUDIÉES

Pour chaque cas, une fiche individuelle a été élaborée dont les paramètres étudiés étaient les suivants :

- Etat civil
- Origine géographique de la référence, leur mode d'admission
- Indication opératoire, type d'anesthésie
- Les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre de l'intervention
- Le pronostic maternel et néonatal en post partum immédiat et à la sortie
- Données du suivi maternel et néonatal.

X RESUMME DE THESE

Fiche Signalétique

Nom : KEITA

Prénom : Siradjou

TITRE : La césarienne de qualité au centre de santé de référence de Niono à propos de 400 cas.

Année Universitaire : 2007-2008

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'Origine : Mali

Lieu de dépôt : Gynécologie obstétrique, Santé Publique

RESUME

Du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007 s'est effectuée une étude d'évaluation de la qualité de la césarienne au centre de santé de référence de Niono. Elle a porté sur l'évaluation des résultats.

En l'absence des critères réels d'évaluation nous avons élaboré des critères propres à nos contextes basés sur les conditions de prise en charge, la réalisation et les résultats de l'intervention, le suivi post opératoire. Nous avons recensés 400 césariennes durant la période d'étude soit une fréquence de 3,82%. L'étude des césarisées relève que les femmes venaient de tout le district sanitaire de Niono

68% de nos patientes ont été évacuées. La souffrance foetale a été la première cause de césarienne avec une fréquence relative de 29,5%.

Parmi les groupes d'indication, les indications obligatoires constituent le premier motif de césarienne avec 42,75%. Il y avait une indication abusive dans 1,25% des cas.

2% de nos césariennes s'accompagnent de complications maternelles et 0,25% de décès maternel.

68% de césariennes s'accompagnent de complications néonatales et 7,25% de mortalité périnatale.

Il aurait eu 24 cas de ligatures de trompes soit 6% des interventions associées à la césarienne. Le suivi post opératoire n'était pas satisfaisant dans 0,25% des cas. Le séjour moyen a été 7 jours ; 1 patiente a été re hospitalisé.

Mots clés : Evaluation, qualité des soins, césarienne

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.