

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T-B

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
(FMOS)



N° /...../

THESE

**Enquête de satisfaction des
parturientes après césariennes sous
anesthésie locorégionale au Centre de
Santé de Référence de la Commune V du
district de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 17/11/2021

Par : **Mr. DIONI Charles**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

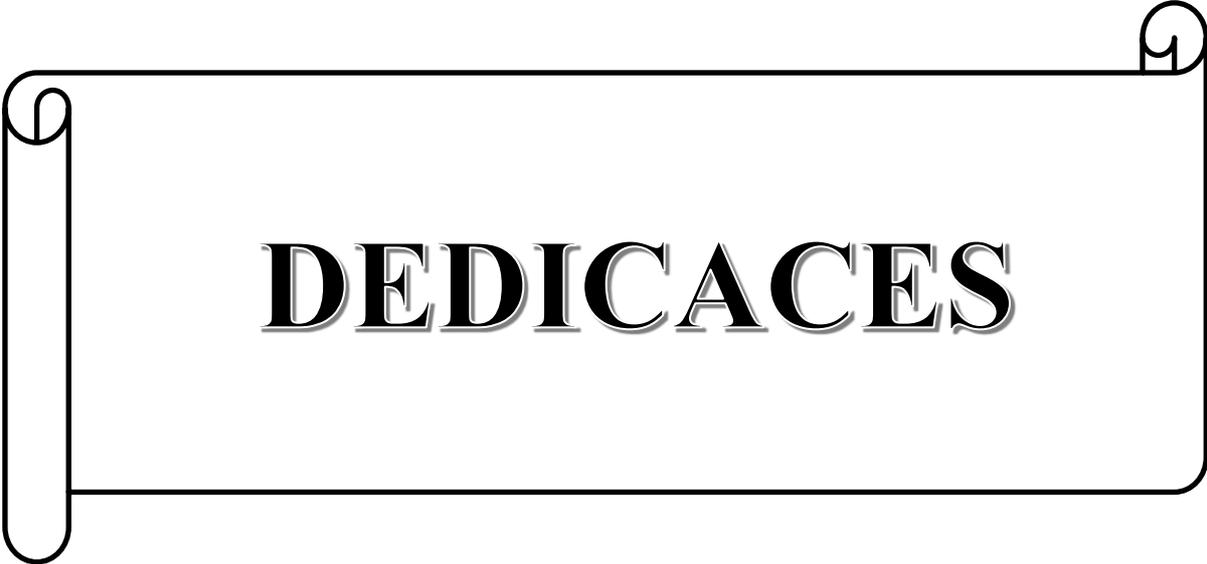
Jury

Président : Pr Tioukani Augustin THERA

Directrice : Pr Diénéba DOUMBIA

Co-directeur : Dr Joseph KONE

Membre : Dr Mamadou Karim TOURE



DEDICACES

DEDICACES

Je rends grâce :

☞ **A Dieu** ; le Tout Puissant, Dieu de grâce et de compassion, lent à la colère, mais riche en bonté et en vérité. Tourne-toi vers moi et fais-moi grâce, donne ta force et ta bénédiction à ton humble serviteur que je suis afin que je puisse exercer la médecine selon ta volonté. Donne à mes yeux la lumière de voir ceux qui ont besoin de soins ; donne à mon cœur la compassion et la compréhension ; donne à mes mains l'habilité et la tendresse ; donne à mes oreilles la patience d'écouter ; donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ; donne à mon esprit le désir de partager ; donne-moi le courage d'accomplir ce travail ardu et d'apporter la joie dans la vie de ceux qui souffrent. Que votre volonté soit faite.

☞ **Au Prophète Jésus Christ** (paix et salut sur lui) : que la paix et la bénédiction de Dieu soit sur toi ainsi que tes fidèles compagnons.

☞ **A la mémoire de mes grands-pères paternel et maternel** : que le Tout Puissant ALLAH vous accueille dans son Paradis, ce travail est le fruit de vos efforts.

☞ **A mon père Ouroubé Jean-Marie Dioni** :

Cher père, les mots me manquent pour dire combien tu as été à la base de ce travail. Ta rigueur et ton exigence dans l'éducation, ton encouragement, ton dévouement, tes soucis permanents de notre bien-être, tes bénédictions, et ton soutien pour ne citer que ceux-ci m'ont permis d'être là aujourd'hui. Vous êtes un père exemplaire. Puisse l'Eternel nous guide dans le droit chemin. (Amen)

☞ **A ma mère Odette Keïta** :

Les mots me manquent pour te qualifier. Tes sages conseils et tes bénédictions nous accompagnent toujours dans la vie. Merci pour tous les sacrifices consentis à notre éducation. Puisse Dieu te garder longtemps auprès de nous.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

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

☞ **A mon Oncle Sabaré Dioni :**

Sachez que sans toi je ne serais pas là où je suis aujourd'hui, vous aviez remplacé mon père grâce à des conseils et soutient financier.

☞ **A mes frères/sœurs : Joséphine Dioni ; Paul Dioni ; Rosalie Dioni :** Ce travail est le vôtre ; courage et persévérance.

☞ **A mes oncles et tantes :** je n'ai pas cité de nom pour ne pas en oublier.

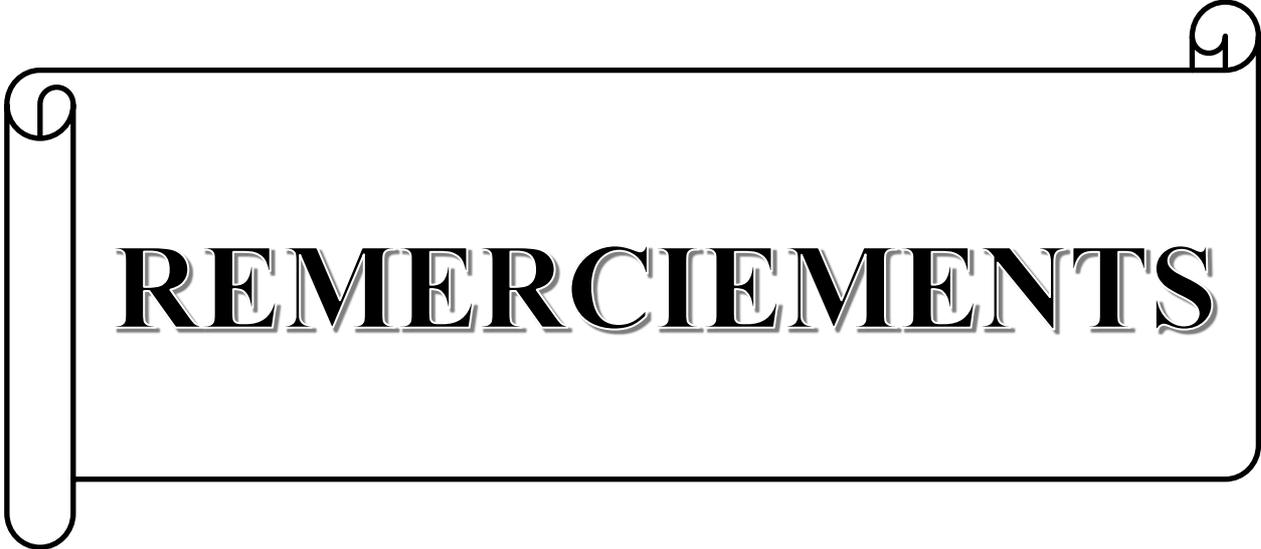
Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge.

☞ **A tous mes cousins et cousines particulièrement :** Charles Dioni, Jean Sinsin Dioni, Issa Dioni, Siriyak Keïta, Mah Dioni, Salmon Dioni, Vieux Dioni, Baba Dioni, Ouroubo Dioni, Privié Konaté.

☞ **A mes collègues et amis,** merci pour le soutien moral et les encouragements.

☞ **A toutes les femmes décédées en donnant la vie.**

☞ **A mon pays à qui je dois beaucoup.**



REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

☞ A Dieu seigneur des univers

Louanges à Dieu le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux par la grâce de qui ce travail a vu le jour.

☞ **A la famille Dioni et Thiéno** : Salif Dioni et sa femme Salomé Keïta, Feu Kalifa Thiéno et sa femme Maïmouna Dioni, Béré Dioni et sa femme Bawa : Je ne saurais vous remercier par des mots, vos conseils, vos bénédictions et vos soutiens.

☞ **A mes amis et camarades** : Lobo Dembélé, Dr Constant Dena, Alfousseyni Coulibaly, Sory Sissoko, El Haji Mahamane Maïga, Mahamadou Fofana, Wapa Daniel Dembélé, Aliou Sanogo, Amasongo Levi Kodio, Mamadou Daou, les amis de la rencontre récréative,

Des vrais amis se reconnaissent toujours lors des moments difficiles. Dans beaucoup de circonstances, vous m'avez prouvé qu'au-delà de l'amitié vous êtes des sœurs, des frères plus que jamais sincères. Sans vous, je n'aurais jamais pu mener à bien ce travail. Soyez-en remerciés infiniment et soyez rassurés de mon indéfectible fidélité. Puisse cette fraternité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen).

☞ **A mes encadreurs** : Dr Soumana Oumar Traore, Dr Oumar Moussokoro Traore, Dr Niagalé Sylla, Dr Fa Issif Kouyaté, Dr Saleck Doumbia, Dr Saoudatou Tall, Dr Joseph Koné, Dr Nouhoum Diakité.

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères pour vos bonheurs et la réussite dans toutes vos entreprises.

☞ **A tous les internes du CSREF CV et particulièrement à notre équipe de garde** : Dr Adama Sissoko, Dr Kassim Bagayoko, Dr Ousmane Dembélé, Ousmane Sissoko, Aliou Bagayoko, Koudeye Touré, Matthieu Doumbo, Mahamadou Doumbo et Jean Roméal.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Sans aucune anticipation recevez mes sincères remerciements.

☞ **A l'ensemble de mes externes de garde :**

Seul Dieu pourra vous récompenser pour tous les nombreux soutiens moraux que vous avez eu à me prodiguer durant mon année de thèse. Puissiez-vous êtres également des bons exemples envers vos futurs(e) externes.

☞ **Aux sages-femmes et infirmières du CSREF CV du District de Bamako :** Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

☞ **Aux anesthésistes et réanimateurs du CSREF CV du District de Bamako :** Merci pour les conseils.

☞ **Aux Aides du bloc du CSREF CV du District de Bamako :**

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.

☞ **A tout le personnel du CSREF CV du District de Bamako :**

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos cotes et le soutien quasi constant dont j'ai fait l'objet. Mon admission au CSREF m'a surtout permis de m'exprimer mais aussi de m'affirmer en découvrant le potentiel dont je dispose. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien-être de nos patient.

☞ **A tous les médecins bénévoles du service de gynéco-obstétrique.**

☞ **Au corps professoral de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie (FMOS) et de la faculté de Pharmacie (FAPH)** pour le sérieux et la qualité des cours dispensés.



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

Hommages aux membres du jury

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur THERA Tioukani Augustin

- ❖ **Maître de Conférences agrégé en Gynécologie-Obstétrique à la FMOS ;**
- ❖ **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France) ;**
- ❖ **Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie Université d'Auvergne Clermont Ferrant (France) ;**
- ❖ **Titulaire d'un Diplôme inter universitaire en colposcopie et pathologies cervico- vaginales : Angers (France) ;**
- ❖ **Chef de service de Gynécologie-Obstétrique au CHU du Point G.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous forcent à vous admirer. Soyez-en infiniment remercié. Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de ses biens faits et vous accorde une longue vie.

A notre Maître et Directrice de Thèse :

Professeur Diénéba DOUMBIA

- ❖ **Maitre de conférences en Anesthésie-Réanimation à la FMOS ;**
- ❖ **Chef de Service des Urgences Médico-Chirurgicales du CHU du Point-G ;**
- ❖ **Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation : SFAR ;**
- ❖ **Membre Fondatrice de la Société d'Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgence du Mali ;**
- ❖ **Membre Fondatrice de la Société de Télémédecine du Mali ;**
- ❖ **Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone : SARAF ;**
- ❖ **Chef de Filière des Assistants en Anesthésie-Réanimation à l'Institut National de Formation en Science de la Santé : INFSS.**

Chère Maître,

Nous sommes très sensibles et reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en ayant accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre courage, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre compréhension, votre sens élevé pour le respect de la dignité humaine sont entre autres des qualités enviées de tous. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Les mots nous manquent pour vous remercier.

Chère Maître recevez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Co-Directeur de Thèse :

Docteur Joseph KONE

- ❖ **Spécialiste en Anesthésie-Réanimation ;**
- ❖ **Diplômé en Pédagogie Universitaire et Médicale ;**
- ❖ **Diplômé en Biostatistique et Méthodologie de recherche clinique ;**
- ❖ **Certificat Universitaire en anglais médical ;**
- ❖ **Certifié en Ethique de recherche médicale par le National Institutes of Health (NIH) des USA ;**
- ❖ **Chargé de Pédagogie et Simulation Médicale à la FMOS.**

Cher Maître,

Nous avons été marqués par vos qualités humaines et sociales, votre disponibilité, votre immense gentillesse, votre expérience, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, et votre contact facile avec lesquels vous avez accepté d'être Co-Directeur de ce travail, font de vous un maître accompli, admirable et respecté.

Cher Maître, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et toute notre reconnaissance.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

A notre Maître et Membre du Jury :

Docteur Mamadou Karim TOURE

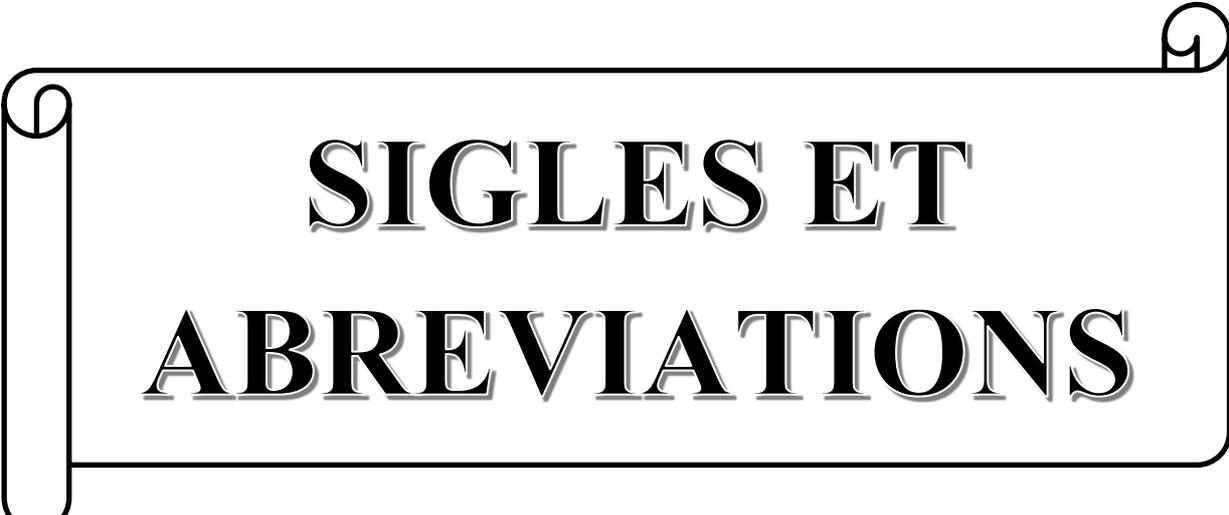
- ❖ **Maître-assistant en Anesthésie-Réanimation à la FMOS ;**
- ❖ **Chef de service d'Anesthésie-Réanimation des Urgences et du Bloc Opératoire du CHU-Hôpital de Dermatologie et des grands brûlés de Bamako ;**
- ❖ **Spécialiste en Neuro-Anesthésie-Réanimation ; en Anesthésie Pédiatrique et Obstétricale et en Anesthésie-Réanimation Oncologique prise en charge de la douleur et soins palliatifs ;**
- ❖ **Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-Mali) ;**
- ❖ **Membre de la Société Marocaine d'Anesthésie-Réanimation (SMAR) ;**
- ❖ **Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF) ;**
- ❖ **Membre du groupe Africain de Recherche Péri-Opératoire (APORG).**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre. Je vous remercie sincèrement pour toute votre contribution à l'élaboration de ce travail et pour tout ce que vous faites pour les étudiants.

Cher maître trouvez ici cet instant solennel l'expression de notre profonde reconnaissance.

Que DIEU vous protège durant votre carrière !!!

A decorative scroll frame with a black border and rounded corners, containing the title text.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire.
AG : Anesthésie Générale.
AL : Anesthésie Locale.
ALR : Anesthésie Loco-Régionale.
AP : Anesthésie Péridurale.
LCR : Liquide Céphalo-Rachidien.
PCA : Analgésie Contrôlée par le Patient.
CPN : Consultation Périnatale.
ATCD : Antécédent.
BPN : Bilan Périnatal.
BDCF : Bruits Du Cœur Fœtal.
BGR : Bassin Généralement Rétréci.
CHU : Centre Hospitalier Universitaire.
CSCOM : Centre de Santé Communautaire.
CSREF : Centre de Santé de Référence.
CV : Commune V.
PCA : Analgésie Contrôlée par le Patient.
PMA : Plateau Minimal d'Activité.
FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie.
SAA : Soins Après Avortement.
PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH.
USAC : Unité de Soin d'Accompagnement et de Conseil.
SLIS : Système Locale d'Information Sanitaire.
gr : Gramme.
ml : Millilitre.
cm : Centimètre.
G : Gauge.
mg : Milligramme.
mm Hg : Millimètre de Mercure.
kg : Kilogramme.
IV : Intraveineuse.
IM : Intramusculaire.
HTA : Hypertension Artérielle.
km² : Kilomètre Carré.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

L2, L3 et L4 : 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} vertèbres lombaires.

T4, T8 et T10 : 4^{ème}, 8^{ème} et 10^{ème} vertèbres thoraciques.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

p : Probabilité.

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien.

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal.

SA : Semaine d'Aménorrhée.

SFA : Souffrance Fœtale Aigue.

S5 : 5^{ème} vertèbre sacrée.

SNC: Système Nerveux Central.

USA: United States of America.

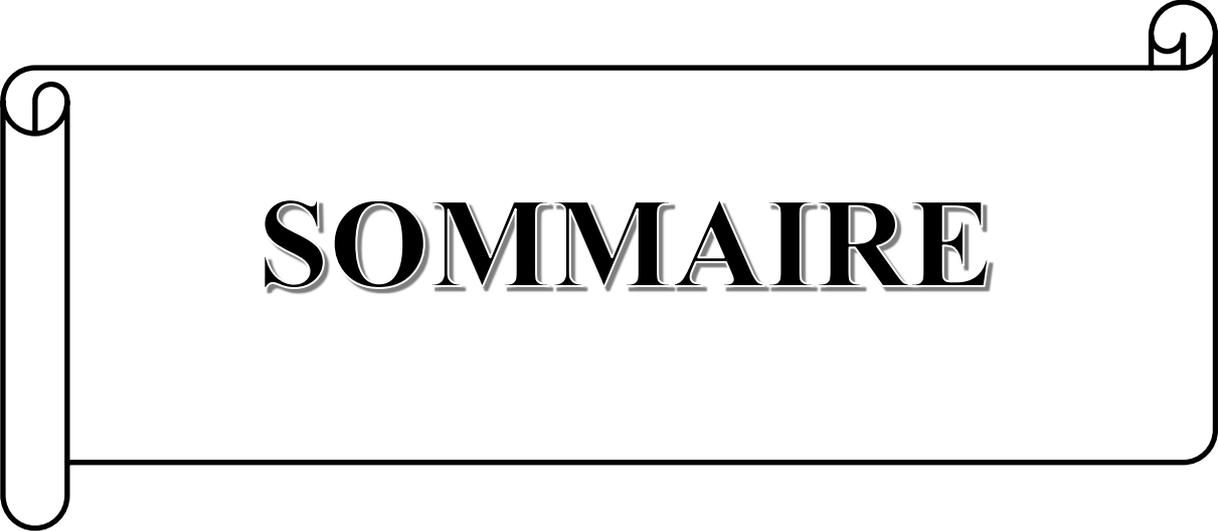
% : Pourcentage.

α : Alpha.

β : Béta.

°C: Degré Celsius.

\geq : supérieur ou égale.



SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
I. OBJECTIFS	6
II. GENERALITES	8
II.1. Rappel historique de la césarienne	8
II.2. Rappels physiologiques et anatomiques de la grossesse [3].....	12
II.3. Anesthésie pour césarienne :	13
III. METHODOLOGIE	31
III.1. Cadre d'étude	31
III.2. Type et période d'étude	35
III.3. Echantillonnage.....	35
IV. RESULTATS	41
IV.1. Résultats globaux :	41
IV.2. Profil socio-démographique :	41
IV.3. Antécédents.....	44
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	63
VI. CONCLUSION et RECOMMANDATIONS	73
VII. REFERENCES	76
VIII. ANNEXES	84

Liste des figures

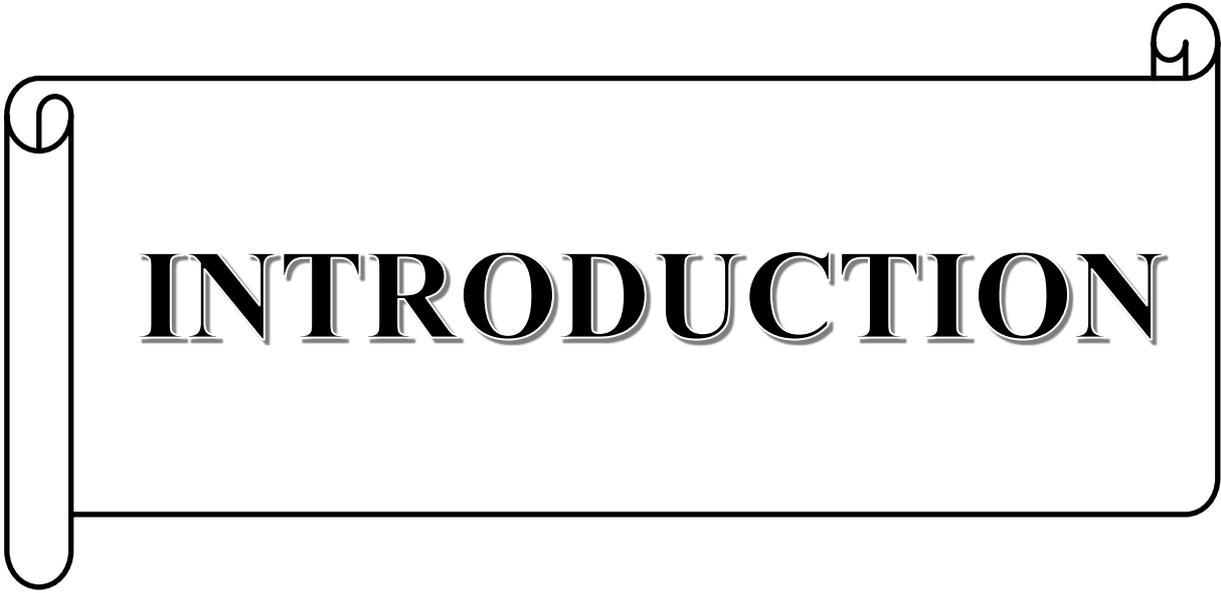
Figure 1: schéma de l'utérus gravide, Kamina P [28]	10
Figure 2: Accouchement par césarienne (Incision de l'abdomen) [Lopard E]	11
Figure 3: Accouchement par césarienne (Extraction foetale) [Lopard E]	11
Figure 4 : Colonne Vertébrale (vue antérieur) [40]	16
Figure 5 : Technique de la rachianesthésie [B. Dalens].	18
Figure 6: Technique de l'anesthésie péridurale [39].	21
Figure 7 : Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako.....	32
Figure 8: Répartition des parturientes selon la tranche d'âge.....	41
Figure 9: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial	42
Figure 10 : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction	43
Figure 11 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission.....	43
Figure 12 : Répartition des parturientes selon l'antécédent obstétrical	44
Figure 13 : Répartition des parturientes selon l'explication donnée sur l'anesthésie.....	49
Figure 15 : Répartition des parturientes selon la présence ou l'absence de la douleur en per-opératoire	53
Figure 14 : Répartition des parturientes selon leur relation avec le personnel au bloc	54
Figure 16 : Répartition des parturientes selon leur satisfaction sur l'anesthésie	54
Figure 17 : Répartition des parturientes selon la durée de l'intervention	56
Figure 18 : Répartition des parturientes selon la présence ou l'absence de la douleur en post-opératoire.....	56
Figure 19 : Répartition des parturientes selon le délai Premier lever	57
Figure 20 : Évaluation de la satisfaction globale	58

Liste des tableaux

Tableau I : Comparatif des anesthésiques locaux	27
Tableau II : Répartition des parturientes selon la profession	42
Tableau III : Répartition des parturientes selon l'antécédent médical	44
Tableau IV: Répartition des parturientes selon l'antécédent chirurgical.....	45
Tableau V : Répartition des parturientes selon les complications post-anesthésies de l'ancienne césarienne	45
Tableau VI : Répartition des parturientes selon le cas de césarienne.....	46
Tableau VII : Répartition parturientes selon les horaires de l'intervention	46
Tableau VIII : Répartition des parturientes selon la réaction après l'annonce de la césarienne.....	47
Tableau IX : Répartition des parturientes selon la préparation psychologique	47
Tableau X : Répartition des parturientes selon les moyens de transport de la salle d'accouchement au bloc opératoire.....	48
Tableau XI : Répartition des parturientes selon le comportement du personnel au bloc : appréciation de la patiente.....	48

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau XII : Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie	49
Tableau XIII : Répartition des parturientes selon l'opérateur.....	50
Tableau XIV : Répartition des parturientes selon le respect de l'intimité	50
Tableau XV : Répartition des parturientes selon leur perception de propos déplacés de la part des soignants	51
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la présentation du nouveau-né à sa mère juste après son extraction.....	51
Tableau XVII : Répartition des parturientes selon l'attitude de la mère après la présentation du nouveau-né.....	52
Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon le délai de prise en charge du bébé.....	52
Tableau XIX : Répartition des parturientes selon les événements indésirables en per-opératoire	55
Tableau XX : Répartition des parturientes selon les complications post-opératoires.....	55
Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la qualité de la prise en charge de la douleur post-opératoire	57
Tableau XXII : Répartition des parturientes sur la durée du séjour	58
Tableau XXIII : Principales raisons de non satisfaction des parturientes	59
Tableau XXIV : Relation entre antécédent chirurgical des parturientes et la réaction des parturientes après l'annonce de la césarienne.....	59
Tableau XXV : Relation entre la satisfaction des parturientes sur l'anesthésie et le ressenti de la douleur en per-opératoire	60
Tableau XXVI : Relation entre la satisfaction sur l'anesthésie et le contexte de la césarienne.....	60
Tableau XXVII : Relation entre la satisfaction des parturientes à la sortie et relation parturiente-prestataire.....	61
Tableau XXVIII : Relation entre la satisfaction des parturientes à la sortie et le comportement	61



INTRODUCTION

INTRODUCTION

La césarienne est l'une des interventions chirurgicales les plus anciennes et la plus pratiquée en obstétrique. On retrouve ses références chez les anciens Egyptiens et dans les légendes Grecques en chirurgie obstétricales [1].

La césarienne est une modalité d'accouchement qui ne cesse d'augmenter à travers le monde notamment dans les pays en voie de développement et contribue à une réduction de la mortalité maternelle et néonatale. La conduite de l'anesthésie pour césarienne est une anesthésie à risque en raison des modifications anatomo-physiologiques chez la femme enceinte [2,3].

L'anesthésie a pour objectif de permettre et de faciliter les gestes chirurgicaux sans préjudice pour le patient. Cette définition s'étend au-delà du simple contrôle de la douleur. Elle peut se réaliser chez un patient conscient en un point précis ou dans une région donnée de l'organisme. On parle de l'anesthésie locorégionale (ALR) [4].

Autrefois décriée par certains praticiens, l'ALR est de nos jours la technique la plus pratiquée dans certains hôpitaux. En effet introduite au Mali depuis des décennies [7], elle a connu ces dernières années un développement important, puisque le nombre d'ALR réalisées au CHU du Point-G a été multiplié par 10 entre 1995 et 2001 [8,9].

Dans les pays en développement le plateau technique limité, le nombre insuffisant de médecins anesthésistes et l'importance du nombre des urgences expliquent les difficultés rencontrées dans la prise en charge péri-opératoire. Tout cela pourrait contribuer à une morbidité et une mortalité maternelle et néonatale élevée [10,11].

Les taux de césarienne varient d'un pays à un autre et dans le même pays d'un centre à un autre.

-La césarienne représentait 25% des accouchements aux USA en 1997 [12,13].

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

-En Afrique de l'Ouest notamment au Bénin le taux de césarienne était de 12,6% de 2001 en 2002 par M. CHOBLI et Coll. [14].

-Au Mali : Les taux nationaux étaient de 6,89% en 2006 et 7 à 8% entre 2013 et 2017 [12,15,16,17,18].

Malgré la grande sécurité de cette opération grâce au progrès de l'anesthésie, de l'asepsie, de l'antisepsie, de la réanimation et de l'antibiothérapie, la césarienne n'est pas une intervention anodine [1]. L'anesthésie obstétricale est une anesthésie difficile, c'est le seul cas où elle tient compte de deux vies humaines : la mère et le fœtus.

La mesure de la satisfaction des patients prend une place de plus en plus importante dans l'évaluation de la qualité des soins. Elle se définit comme l'évaluation de la réponse affective des patients aux différents aspects de soins qui leur ont été administrés. [19]

En anesthésie, l'évaluation de la satisfaction complète de plus en plus les outils traditionnels de mesure de la qualité que sont la mesure de la morbidité ou de la mortalité anesthésique [20]. La mesure de la satisfaction offre l'avantage de tenir compte de la perspective du patient sur les soins plutôt que celle du soignant [21,22]. Cet aspect est particulièrement crucial en obstétrique où le vécu de l'accouchement et la relation développée avec l'équipe soignante influencent de manière significative la perception de l'acte analgésique ou anesthésique [23].

La satisfaction des patients est considérée comme un indicateur de qualité de la bonne pratique médicale et paramédicale dans les établissements de soins. Toutefois à ce jour, on ne sait encore que peu de choses sur les éléments qui contribuent réellement à la satisfaction des patients.

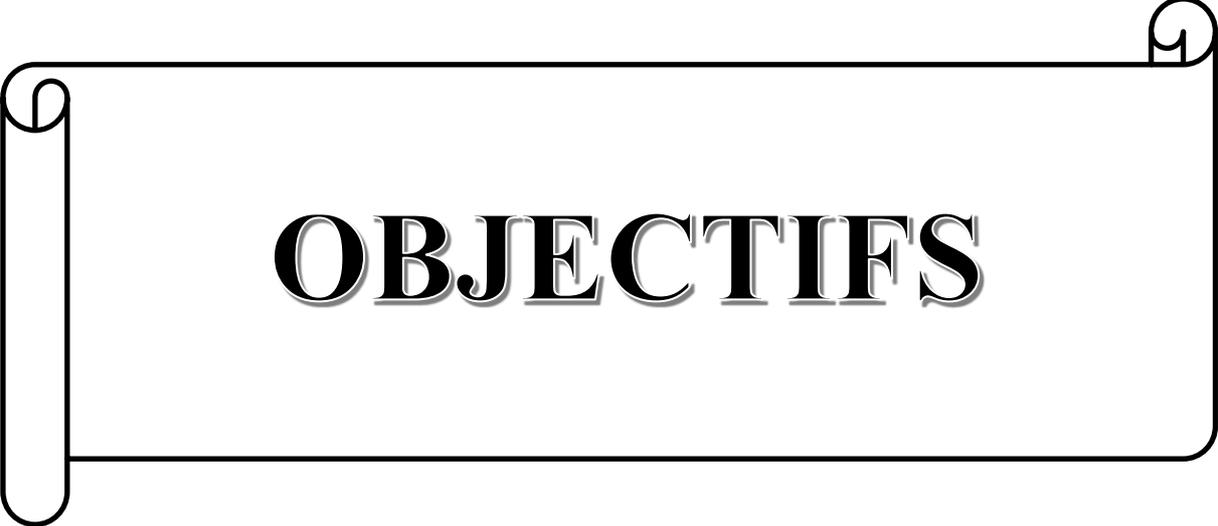
Des études réalisées dans d'autres spécialités montrent que la satisfaction peut être influencée par une multitude de facteurs tels que la communication avec l'équipe soignante, l'environnement des soins, la performance technique de

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

l'opérateur, l'efficacité du traitement prescrit, les facteurs personnels liés aux patients, la continuité des soins prodigués ainsi que les complications liées aux gestes techniques réalisés [24].

Un certain nombre d'études ont en effet été réalisées en anesthésie obstétricale, mais presque toutes se sont limitées à évaluer la satisfaction des parturientes concernant le soulagement de la douleur [25,26].

L'absence de données sur la satisfaction des patientes après césarienne sous anesthésie locorégionale au Mali, nous a motivé à faire cette étude, en nous fixant les objectifs ci-après.



OBJECTIFS

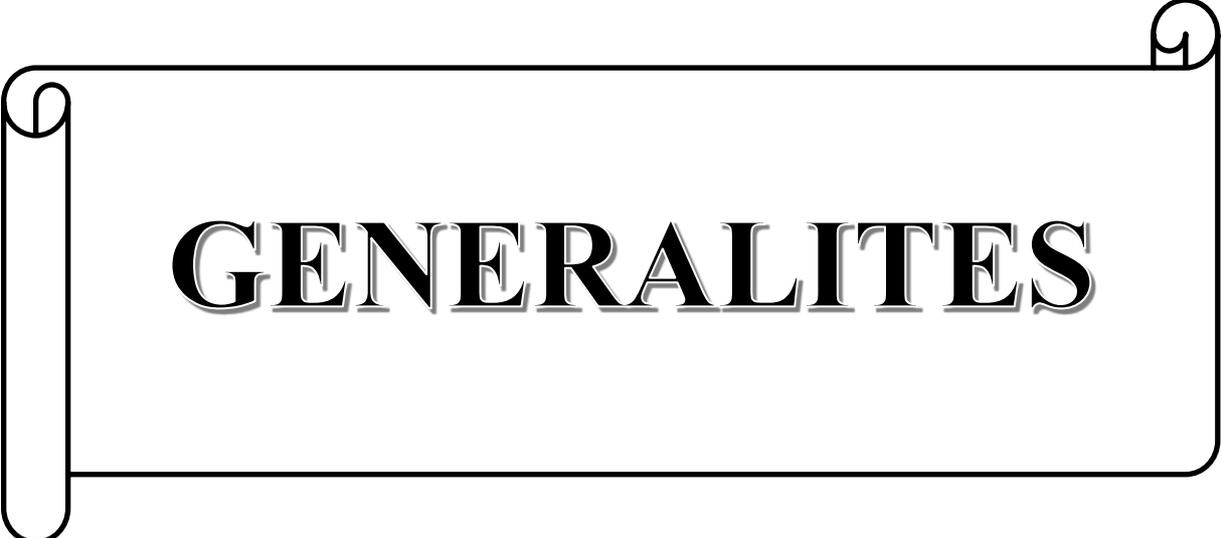
I. OBJECTIFS

Objectif général :

- Evaluer l'état de satisfaction des parturientes après césarienne sous anesthésie locorégionale.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la césarienne dans le service ;
- Déterminer les profils socio-démographiques et cliniques des parturientes ;
- Déterminer l'état de satisfaction des parturientes sur le choix de la technique d'anesthésie et l'approche du personnel d'anesthésie ;
- Déterminer l'état de satisfaction des parturientes sur la prise en charge de la douleur post-opératoire ;
- Déterminer l'état de satisfaction des parturientes en ce qui concerne la relation mère-nouveau-né ;
- Déterminer l'état de satisfaction globale des parturientes.



GENERALITES

II. GENERALITES

-La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus après ouverture de l'utérus, abordée généralement par voie abdominale, exceptionnellement par voie vaginale. Cette définition exclut l'extraction d'un fœtus de la cavité abdominale après rupture de l'utérus ou en cas de grossesse abdominale [27]. La césarienne en urgence est l'une de ces situations où la place n'est pas prévue pour l'improvisation [3].

-L'anesthésie locorégionale consiste à administrer un anesthésique local (AL) au voisinage immédiat des fibres nerveuses dont on souhaite interrompre temporairement de façon réversible la conduction nerveuse à des fins anesthésiques [5]. L'ALR s'est améliorée au cours de ces dernières années ; ce qui a réduit la morbidité et la mortalité liées à l'anesthésie. Elle offre une excellente analgésie per-opératoire et post-opératoire [6].

II.1. Rappel historique de la césarienne

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

Le fait que l'intervention soit vieille, très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique. Les noms d'Indra, de Bouddha, de Dionysos, d'Esculape (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 dérive étymologiquement du latin « CAEDERE » qui signifie couper.

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

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

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

-1500 : Jacob Nufer, 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 par césarienne » qui est le premier traité sur la césarienne en France.

-1596 : Mercurio 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 Laverjat.

-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

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

L'antisepsie ; puis de l'anesthésie et de la réanimation 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 Shokaere, mais sa diffusion fut extrêmement longue car l'habitude est toujours difficile à modifier.

-**1908** : P Fannenstiel proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains anciens.

-**1928** : découverte de la pénicilline G par Sir Alexander Flemming.

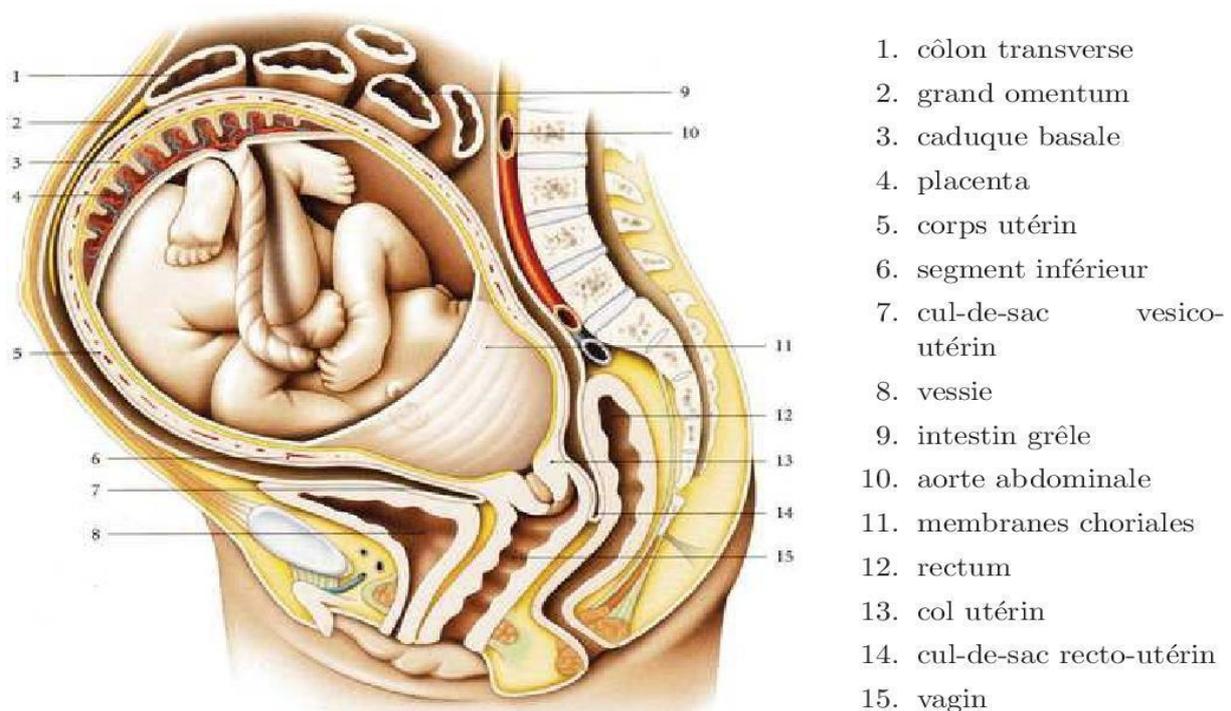


Figure 1: schéma de l'utérus gravide, Kamina P [28]



Figure 2: Accouchement par césarienne (Incision de l'abdomen) [Lopard E]



Figure 3: Accouchement par césarienne (Extraction fœtale) [Lopard E]

II.2. Rappels physiologiques et anatomiques de la grossesse [3]

Si les modifications physiologiques liées à la grossesse se sont avérées remarquablement adaptées à la survie de l'espèce au cours des âges pour ce qui concerne les accouchements par voie basse, elles ne vont dans le sens d'une adaptation de la mère à l'épreuve de la césarienne dans notre monde moderne.

II.2.1. Modifications physiologiques

L'hémodilution est une conséquence de l'augmentation de la volémie qui se fait surtout par une majoration du volume plasmatique et à un degré moindre de la masse des hématies. Cette hémodilution implique également une diminution de la protidémie, augmentant de ce fait la fraction libre des substances ionisées circulantes : agents anesthésiques par exemple.

L'augmentation de volume du contenu utérin majore les pressions intra-abdominales avec un risque accru de reflux gastro-œsophagien. Ce reflux sera d'autant plus menaçant que le pH gastrique est plus bas au moment de la grossesse du fait de la sécrétion placentaire de gastrine, et que, même à jeun, il existe un résidu gastrique.

Ainsi, plus que toute autre induction anesthésique en urgence, la césarienne expose à une inhalation et à un syndrome de Mendelson plus sévère [3, 30,31].

II.2.2. Modifications anatomiques (compression cave, aortique, laryngée...) [3]

L'augmentation du volume et du poids utérins constitue un facteur compressif lors du décubitus dorsal strict.

L'hypoprotidémie favorise la constitution d'œdèmes notamment au niveau de la sphère ORL avec une diminution de calibre de la filière pharyngolaryngée, exposant aux difficultés d'intubation et favorisant de lésions locales hémorragiques. L'intubation difficile a une incidence dix fois plus élevée dans la population obstétricale que dans la population générale, notamment lorsque la prise de poids est plus importante. Cela est dû à une modification des voies

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

aériennes supérieures qui se produisent au cours de la grossesse et de l'accouchement. Un certain degré de macroglossie modifie également les conditions normales d'intubation, majorant l'indice de Mallampati de 1 à 2 grades par rapport à la situation gestationnelle.

II.2.3. Modifications pharmacologiques

L'hémodilution et l'hypoprotidémie induite augmentent la fraction libre des agents pharmacologiques administrés comme les anesthésiques, les morphiniques ou les anesthésiques locaux, majorant de ce fait leur efficacité sur les récepteurs respectif. Les β -2-mimétiques administrés pour contrôler une menace d'accouchement prématuré, réduisent encore la réserve adaptative à l'effort et exposent à un œdème pulmonaire [32]. Le sulfate de magnésium et les anticalciques également dans les menaces d'accouchement prématuré limitent la contractilité musculaire pouvant favoriser une inertie utérine au même titre que les β -2-mimétiques. Ils diminuent de façon non négligeable la pression artérielle notamment lors de l'induction anesthésique du fait de leurs interactions sur le système cardiovasculaire. Ceci est également vrai pour les autres antihypertenseurs utilisés dans le traitement de la prééclampsie. Notons enfin que les anticalciques sont inotropes négatifs, même pour les plus sélectifs vasculaire d'entre eux, ce qui peut favoriser la décompensation d'une insuffisance ventriculaire gauche soit dans le contexte d'une valvulopathie soit d'une prééclampsie chez la mère âgée [33,34]. De plus, en cas de surdosage, le sulfate de magnésium peut induire un arrêt cardio-respiratoire lors de l'induction anesthésique [35].

II.3. Anesthésie pour césarienne :

❖ Consultation préanesthésique : [3]

Malgré la charge considérable de travail que représente une consultation systématique de toute parturiente, les médecins anesthésistes en obstétrique ont

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

pu ainsi réaliser un gain appréciable en matière de sécurité pour leurs patientes et leurs pratiques. La consultation d'anesthésie à plusieurs objectifs :

- réaliser une évaluation médicale du patient par un interrogatoire et un examen clinique précis ;
- proposer la meilleure stratégie anesthésique ;
- proposer une prise en charge de la douleur péri-opératoire ;
- informer le patient sur cette stratégie et sur les complications éventuelles.

❖ Prémédication : [3]

En règle, la césarienne en urgence ne peut pas être prémédiquée du fait du court délai accordé et du risque d'effet à retardement des médicaments chez la mère.

❖ Prophylaxie de la régurgitation acide :

Le tamponnement du contenu gastrique par une solution non particulière de citrate est efficace pour relever le pH au-dessus des chiffres fatidiques de 2,5 ceci peut être obtenu par des médicaments effervescents (Raniplex, Tagamet effervescent). La vidange gastrique autrefois systématique n'est plus pratiquée ; une récente étude en Allemagne, où l'anesthésie générale représente encore 82% des anesthésies pour césarienne en urgence, montra que seuls 9% des anesthésistes procèdent encore à une vidange gastrique [36].

❖ Prophylaxie de la maladie thromboembolique :

L'efficacité réelle des mesures prophylactiques de la maladie thromboembolique (MTE) est en grande partie extrapolée à partir de résultats des travaux portant sur les chirurgies à risque thrombo-embolique élevé. La césarienne fait partie de ces chirurgies à risque, du fait de la localisation du geste et de l'état d'hypercoagulabilité que constitue la grossesse [37]. Il est possible que l'anesthésie générale ait un effet thermophile ou plutôt pro-coagulant par rapport à la rachianesthésie sur la foi des résultats de thromboélastogrammes réalisés dans deux séries de césarienne [38].

II.3.1. Anesthésie locorégionale

a. Rachianesthésie

❖ Définition :

La rachianesthésie est l'introduction d'une solution anesthésique locale dans l'espace sous arachnoïdien, après ponction lombaire.

Les limites de l'anesthésie péridurale (AP) avec un délai de mise en œuvre et d'analgésie imparfaite dans 10 à 30 % des cas, et les avantages de la rachianesthésie expliquent le regain d'intérêt pour cette celle-ci, notamment pour la césarienne. La rachianesthésie associe aux qualités de l'anesthésie péridurale, des avantages supplémentaires comme sa relative simplicité technique, son efficacité, le faible taux d'échec, son installation rapide permettant son utilisation en urgence, les excellentes conditions chirurgicales et la faible quantité d'anesthésiques locaux (AL) administrée, diminuant le risque de réaction toxique chez la mère et/ou le fœtus [37,39].

❖ Rappel anatomique du rachis :

Le rachis est formé par la superposition de trente-trois vertèbres dont sept cervicales, douze dorsales, cinq lombaires, cinq sacrées et quatre coccygiennes (voir schéma). La superposition des corps et des disques en avant, des arcs vertébraux et de leur ligament en arrière délimitent le canal rachidien qui contient la moelle épinière, les méninges les vaisseaux, le liquide rachidien, les racines rachidiennes. L'espace sous arachnoïdien compris entre la pie-mère et l'arachnoïde contient le liquide céphalorachidien. Ce liquide d'un volume de 120-150 ml dont 30-35 contenu dans la leptoméninge est un liquide eau de roche reparté en deux secteurs : l'un profond ventriculaire, l'autre superficiel sous arachnoïdien.



Figure 4 : Colonne Vertébrale (vue antérieur) [40]

❖ **Facteurs d'extension du niveau anesthésique** : [37]

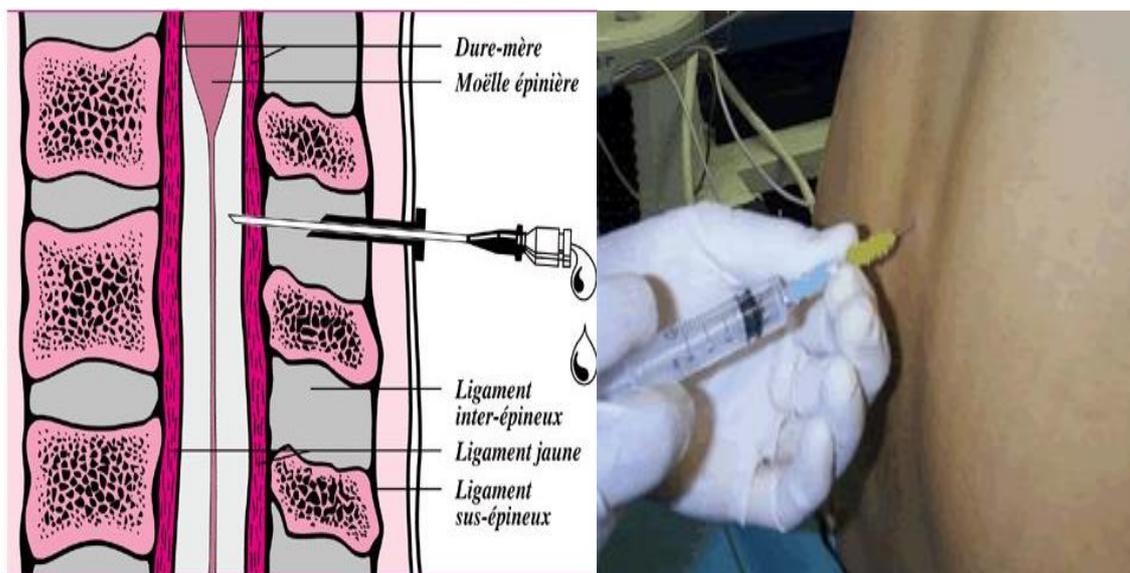
Les facteurs gouvernant l'extension du niveau d'anesthésie sont identiques à ceux décrits en dehors de la grossesse. Chez la femme enceinte, les facteurs les plus importants sont la taille, le niveau d'injection, la densité de l'AL, la position de la parturiente et l'augmentation de la pression intra-abdominale. Cette dernière induit une dilatation des plexus veineux péri-duraux, et par voie de conséquence, une réduction du volume du LCR. Pour une taille variant de 150 à 180 cm, la dose d'AL doit être réduite de 20 à 50 % selon le produit. En raison de cette réduction, pour une dose anesthésique identique, l'extension céphalique du niveau d'anesthésie est plus importante.

❖ Mécanisme :

La rachianesthésie réalise une véritable section pharmacologique de la moelle, établissant le contact direct et immédiat de l'anesthésique avec la moelle, donc elle est plus rapide et puissante que la péridurale. Les anesthésies rachidiennes entraînent un bloc sensitif, un bloc moteur, un bloc sympathique entraînant la vasoplégie avec chute de la tension artérielle. Le bloc moteur survient en dernière position.

❖ Réalisation pratique : [37]

La technique de la rachianesthésie a quelques spécificités chez la femme enceinte. La prévention de l'hypotension artérielle et le monitoring sont identiques à ceux décrits pour l'anesthésie péridurale. La ponction peut être réalisée en décubitus latéral droit genoux fléchis sur le thorax ou en position assise. L'espace L2-L3 ou L3-L4 est ponctionné. Il faut utiliser les aiguilles les plus fines possibles, de préférence 24, 25 ou 27 gauge (G). Des aiguilles 31 G ont été proposées mais leur utilisation est difficile et augmente le taux d'échecs techniques, elles nécessitent l'utilisation d'un trocard facilitant leur introduction. Les aiguilles en pointe de crayon « pencil point », comme celle de Whitacre ou plus récemment de Sprotte, réduisent la fréquence des céphalées post-ponction dure-mériennes. L'AL est injecté entre deux contractions utérines. L'oxygénothérapie est systématique. Etant donné la fréquence de l'hypotension artérielle, beaucoup d'auteurs ont recours systématiquement à l'utilisation de vasoconstricteurs comme l'éphédrine par bolus intraveineux de 3 à 6 mg ou par perfusion intraveineuse (30 à 50 mg administrés à la seringue électrique ou dilués dans 250 ml de soluté de Ringer-Lactate).



❖ Choix des anesthésiques locaux : [37]

Chez la femme enceinte, la dose d'AL est à réduire d'environ 30%.

Les solutions hyperbares sont utilisées de préférence car leur diffusion est prévisible.

Elles migrent vers la région sacrée chez la femme en position assise et vers la cyphose thoracique en position couchée. L'extension céphalique maximale est habituellement atteinte en 10 minutes. Pour les AL non additionnés de glucose, la température modifie la densité. La bupivacaïne 0,5 % est légèrement hypobare à 37°C et hyperbare à 4°C.

Ainsi, le niveau sensitif supérieur est nettement plus haut avec la bupivacaïne à 37°C. L'adjonction de vasoconstricteurs permet d'accroître la durée du bloc. L'adjonction de morphiniques est fréquemment envisagée avec un intérêt marqué dans la prise en charge de la douleur post-opératoire.

❖ Effets fœtaux : [37]

Le débit sanguin placentaire est maintenu sous rachianesthésie à condition de maintenir une bonne pression artérielle systolique. La rachianesthésie utilisant de faibles doses d'AL s'accompagne de concentrations plasmatiques chez le

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

foetus et le nouveau-né nettement inférieures à celles observées après anesthésie péridurale. Les tests neurosensoriels sont identiques ou meilleurs qu'après anesthésie péridurale et nettement supérieurs à ceux observés après anesthésie générale.

❖ Indications : [37]

Les indications essentielles de la rachianesthésie sont l'accouchement par voie basse nécessitant des manœuvres obstétricales et la césarienne. Ces indications recouvrent les trois types de rachianesthésie :

- Rachianesthésie en selle : ce bloc ne touche que les racines sacrées assurant une analgésie du vagin, de la vulve et du périnée ; elle est suffisante pour une épisiotomie et sa réfection ou encore pour un forceps d'extraction ; elle est inadaptée aux manœuvres intra-utérines.

- Bloc moyen (T10-S5) : l'analgésie intéresse toute la filière génitale ; non seulement les douleurs des contractions sont abolies mais toutes les manœuvres intra-utérines sont possibles ; l'activité utérine n'est pas modifiée.

- Bloc haut (T4-S5) pour la césarienne ; ce niveau supérieur d'analgésie est nécessaire en raison des manipulations intra-abdominales lors de l'intervention.

Les fibres sacrées innervent la vessie et l'espace vésico-utérin qui sera décollé pendant l'intervention ; les fibres T10 à L2 innervent l'utérus ; les fibres T8 à T10, les annexes et les fibres supérieures à T8 jusqu'à T4 innervent le péritoine. Si le niveau d'analgésie se situe entre T4 et T8, les manipulations chirurgicales sont ressenties plus ou moins douloureusement et peuvent s'accompagner de nausées.

❖ Contre-indications :

La rachianesthésie est contre-indiquée en cas d'urgence extrême (procidence du cordon par exemple), d'hypovolémie, d'hémorragies obstétricales graves, de toxémie gravidique et de troubles de l'hémostase [41]. Son utilisation en cas d'atteinte du SNC type sclérose en plaques est discutée. Une infection

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

herpétique primaire est une contre-indication, ou toute infection cutanée locale au point d'injection. En revanche, en cas d'herpès secondaire, la rachianesthésie n'est pas contre-indiquée.

b. L'anesthésie péridurale

➤ **Définition** :

L'anesthésie péridurale est l'injection d'une solution anesthésique locale dans l'espace péridural. C'est une anesthésie métamérique et segmentaire, elle peut être anesthésique ou analgésique.

➤ **Rappel anatomique de l'espace péridural** :

L'espace péridural sépare le fourreau ostéoligamentaire rachidien de la dure mère (méninge la plus externe). L'espace péridural est limité en haut par la fusion des dures mères rachidienne et crânienne au trou occipital et s'étend en bas jusqu'à l'hiatus sacré fermé par la membrane sacro-coccygienne. L'espace a une forme grossièrement cylindrique présentant des expansions latérales au niveau des trous de conjugaison.

➤ **Matériel** :

Sont utilisés les aiguilles de Tuohy 17-18G, les seringues 5-10 CC et le nécessaire pour l'asepsie.

➤ **Technique** :

L'apprentissage et la maîtrise d'une technique correcte d'identification de l'espace péridural sont les éléments essentiels de sécurité et de fiabilité.

En position assise, après désinfection soigneuse de la région lombaire, une aiguille 22G plus longue permet d'infiltrer les tissus les plus profonds.

L'identification de l'espace repose sur deux techniques :

-Existence d'une pression péridurale négative, notamment lors de l'aspiration : technique de la goutte pendante (Gutierrez1933) ;

- Résistance élastique opposée à l'avancée de l'aiguille de ponction par le ligament jaune et perte brutale de cette résistance à la sortie de ce ligament :

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

technique de la perte de résistance utilisant soit un mandrin liquide (Sicard 1921) soit un mandrin gazeux.

L'anesthésie péridurale occupe une place de choix pour l'anesthésie obstétricale. Elle peut être utilisée pour les urgences extrêmes à condition d'avoir placé un cathéter au préalable pour l'analgésie du travail. Elle engendre une hypotension moins sévère et plus facile à traiter que lors d'une rachianesthésie ou une anesthésie générale. Ainsi elle a peu, sinon pas d'effets sur le nouveau-né, à condition de traiter rapidement l'hypotension maternelle.

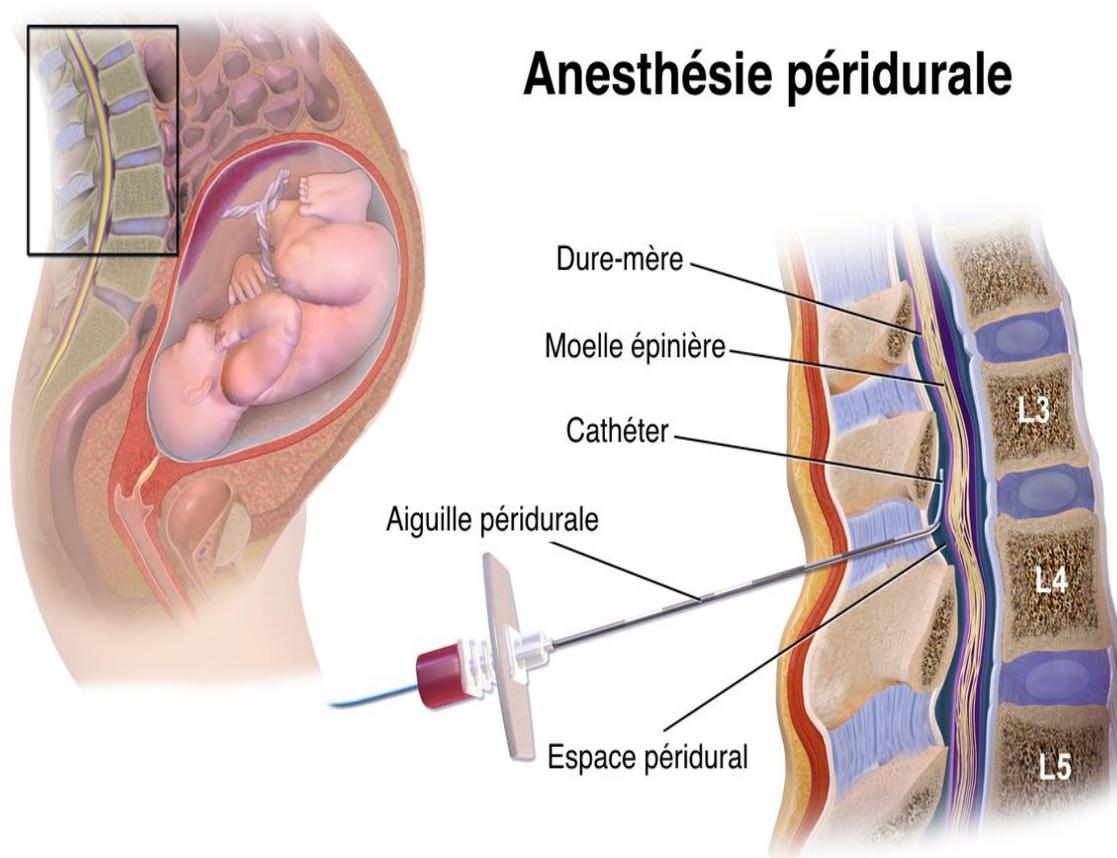


Figure 6: Technique de l'anesthésie péridurale [39].

➤ Indications de l'anesthésie péridurale :

L'anesthésie péridurale n'est pas toujours aisée dans le contexte de l'urgence du fait la complexité technique et du long d'installation. Cependant elle offre certains avantages :

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

- diminue le risque d'inhalation du liquide gastrique ;
- diminue le saignement per opératoire ;
- entraîne une réduction de la maladie thrombo-embolique (lever précoce) ;
- offre la possibilité à la femme de participer à la naissance de son enfant ;
- la reprise du transit est rapide et l'allaitement est précoce ;
- elle permet une éventuelle analgésie post opératoire.

➤ Contre-indications de l'anesthésie péridurale :

Elle est contre indiquée dans l'hémorragie : placenta prævia, dans l'instabilité hémodynamique, dans les états infectieux, dans l'hypertension intracrânienne, éclampsie, dans la coagulopathie acquise ou congénitale (hypo-plaquetose), dans l'hémopathie évolutive, le refus de la patiente et de la non maîtrise de la technique.

➤ Avantages de la césarienne sous anesthésie péridurale :

- L'éveil maternel qui permet à la parturiente malgré l'angoisse avant la naissance, de vivre la naissance de son enfant et rapidement de créer des relations avec son nouveau-né ;
- L'éveil maternel évite l'inhalation de liquide gastrique ;
- En per opératoire, on note une diminution du saignement ;
- En postopératoire, le bénéfice d'une analgésie efficace ;
- La prévention des maladies thrombo-emboliques (lever précoce ?).

➤ Complications de l'anesthésie péridurale :

- Collapsus ;
- Céphalées ;
- Nausées et vomissements ++ ;
- Troubles respiratoires +.

Il faut noter que ces effets sont nettement moindres que dans la rachianesthésie.

c. Complications des anesthésies rachidiennes : [37]

Complications générales :

✦ Hypotension artérielle :

L'hypotension artérielle maternelle est définie par une pression artérielle systolique inférieure à 100 mm Hg ou par une diminution de plus de 30 % de la pression artérielle systolique de base. Sa fréquence atteint 20 à 30 % après rachianesthésie. Lors de l'anesthésie péridurale, la diminution de la pression artérielle est modérée lorsque le niveau anesthésique ne dépasse pas T10.

La prévention de l'hypotension artérielle repose sur deux mesures : le positionnement correct de la parturiente visant à lever la compression aorto-cave et le remplissage vasculaire. Pour la césarienne, un remplissage plus important de l'ordre de 1,5 à 2 litres est préconisé. L'éphédrine peut être administrée par voie IM, à la dose de 25 à 50 mg, immédiatement avant la réalisation de l'anesthésie péridurale ou de la rachianesthésie. Cependant, par cette voie sa réabsorption est trop variable pour permettre une prévention efficace de l'hypotension artérielle [42]. Il est préférable d'utiliser l'éphédrine par voie IV en injectant 3 à 10 mg en bolus et en prenant le relais par une perfusion par exemple de 250 ml de Ringer-Lactate, contenant 15 à 30 mg [42]. Une hypotension artérielle maternelle qui dure plus de 5 minutes s'accompagne de troubles du RCF et d'une acidose fœtale. En revanche, si sa correction est rapide, elle est sans conséquence pour le fœtus et le nouveau-né.

Le traitement curatif comporte le décubitus latéral, l'oxygénothérapie, la position de Trendelenburg, l'accélération du remplissage vasculaire et l'administration d'un vasopresseur. L'éphédrine est un des rares vasopresseurs qui, dans diverses situations expérimentales et cliniques, ne modifie pas le débit utéroplacentaire. La correction de l'hypotension artérielle par l'éphédrine normalise le débit sanguin utéroplacentaire et améliore l'état fœtal. L'éphédrine ne modifie pas les tests neurosensoriels du nouveau-né.

✦ Effets respiratoires : [37]

Les effets ventilatoires des anesthésies rachidiennes sont modestes. Une hypoventilation n'est observée qu'en cas de bloc trop étendu. La ventilation de repos est maintenue, même pour un bloc thoracique haut, en raison de l'efficacité de la ventilation diaphragmatique et d'une dissociation du niveau des blocs sensitif et moteur, ce dernier étant toujours moins étendu. Pour un niveau sensitif moyen T4, le débit expiratoire maximal de pointe est normal.

✦ Frissons : [37]

Près d'un tiers des parturientes présentent des frissons après induction d'une anesthésie péridurale. Ces frissons, qui peuvent être très violents, sont généralement de courte durée. Leur cause est imparfaitement connue mais la réaction thermorégulatrice mise en jeu est normale. Les mesures préventives, comme le réchauffement des solutés intraveineux et des solutions anesthésiques péridurales, ne sont que partiellement efficaces. Les opiacés par voie péridurale, et notamment le sufentanil diminuent nettement la fréquence des frissons.

✦ Toxicité systémique des anesthésiques locaux : [37]

Les accidents graves de surdosage systémique sont liés à une injection intravasculaire méconnue d'un volume important d'une solution AL. L'aiguille ou le cathéter peuvent être responsables de la ponction vasculaire. La présence de sang au niveau de l'embase de l'aiguille ou dans le cathéter doit entraîner l'abandon de l'espace ponctionné et la réalisation d'une nouvelle ponction dans l'espace sus- ou sous-jacent. L'injection IV accidentelle de la solution anesthésique est plus grave chez la femme enceinte en raison d'une accélération du débit sanguin au niveau des veines péridurales, permettant à l'AL d'arriver en bolus au niveau du cœur et du SNC. Pour la plupart des AL, les symptômes neurologiques centraux précèdent les signes cardiovasculaires. Cependant, pour la bupivacaïne, des signes cardiovasculaires graves (troubles du rythme cardiaque, arrêt circulatoire...) peuvent survenir avant les signes neurologiques.

d. Analyse comparative des techniques d'anesthésiques

Avantages de la locorégionale :

Les techniques d'anesthésie locorégionales ont dû leur expansion à leurs avantages incontestables. La future mère est éveillée et peut assister à la naissance. Plusieurs études psychométriques ont été menées tendant à démontrer le caractère traumatisant de toute naissance instrumentale par voie basse ou haute et la culpabilisation de la parturiente [43,44]. Le fait de participer à l'accouchement peut, dans ces conditions, être considéré comme un point très positif. Un débat s'est établi sur la possibilité de diminution du saignement préopératoire sous anesthésie locorégionale [45,46]. Les résultats sont encore trop discordants pour pouvoir affirmer avec certitude que cet argument est à verser à l'actif de la locorégionale. Il est certain que la tocolyse induite par les halogénés peut être un facteur favorisant, mais l'utilisation de faibles concentrations inhalées limite cet effet néfaste [46].

Par analogie avec les résultats constatés en chirurgie orthopédique, un certain degré de protection contre la maladie thromboembolique peut être attendu de l'hémodilution favorisant la rhéologie périphérique et la vasodilatation [38].

Inconvénients de la locorégionale :

Quelques inconvénients sont reconnus à ces techniques et ne peuvent être ignorés. Un inconvénient indirect est une certaine déqualification des praticiens quant à la pratique de l'anesthésie générale du fait de la généralisation des techniques locorégionales. Cette déqualification est perceptible sur les résultats épidémiologiques.

Cette situation ne peut aller qu'en s'aggravant : la sécurité des patientes nécessitant le recours le plus fréquemment possible aux techniques locorégionales ce qui est éloigné des préoccupations pédagogiques de la profession. L'insuffisance de l'anesthésie viscérale est une cause d'échec, la plupart du temps partiel, mais qui laisse un très mauvais souvenir à la patiente.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Ces échecs s'expliquent par la grande variabilité interindividuelle de sensibilité. Généralement une dose plus réduite d'anesthésique local est nécessaire chez la femme enceinte (1,7ml au lieu de 2ml pour la Bupivacaïne), une dose plus importante expose à un bloc moteur plus étendu. L'adjonction d'un morphinique (Morphine, Fentanyl ou Sulfentanyl) tend à se généraliser et permet de limiter le bloc moteur tout en réduisant considérablement le risque d'échec [27]. La toxicité générale des anesthésiques locaux et notamment de la bupivacaïne a été à l'origine de quelques cas mortels d'arrêt cardiaque aux Etats Unis dans le milieu des années 1980. Cette toxicité, concentration dépendante, a toujours été limitée en France par l'utilisation de concentrations plus faibles et pourtant suffisantes. L'arrivée de la Ropivacaine permet encore de diminuer ce risque. L'hypotension est directement corrélée au bloc sympathique et est facilement prévenue par remplissage préalable et l'emploi des vasoconstricteurs de types éphédrine [47,48]. Cette hypotension est à l'origine d'effets néfastes chez le fœtus qui limitent les bénéfices de la technique. Ce risque est de la contre-indication de la rachianesthésie chez les patientes porteuses de valvulopathies sténosantes ou de placenta prævia [34].

La fréquence et l'intensité des céphalées ont nettement diminué depuis la généralisation de l'usage des aiguilles « pointe de crayon » pour les rachianesthésies, facilitant l'emploi de cette technique en urgence obstétricale.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau I : Comparatif des anesthésiques locaux

	Anesthésie locorégionale				
	APD		Présentation	RA	
	Dose	Durée d'action		Dose	Durée d'action
Lidocaïne 2%	10-20ml (200-400mg)	3H	Flacon de 20ml de solution à 2% (20mg/ml)	-	-
Lidocaïne 5%	-	-	Flacon de 24ml de solution à 5% (50mg/ml)	2ml (100mg)	1h30-2h
Bupivacaïne 0,5%	15-30ml (75-150mg)	2h-3h	Flacon de 20ml de solution à 0,5% (5mg/ml)	1-4ml (5-20mg)	2h-3h
Bupivacaïne 0,25%	15-20ml (37,5-50 mg)	3h	Flacon de 20ml de solution à 0,25% (2,5mg/ml)	-	-
Ropivacaïne 10mg/ml	15-20ml (150-200mg)	4h	Flacon de 20ml de solution à 1% (10mg/ml)	3ml (30mg)	4h
Ropivacaïne 2mg/ml	15-20ml (30-40mg)	4h	Ampoule de 10ml de solution à 0,2% (2mg/ml)	-	-

La Marcaïne (Bupivacaïne 0,5%) est utilisée dans la rachianesthésie soit à la dose de 12,5 mg ; soit de 15mg ; soit de 20mg.

La Xylocaïne 2% Lidocaïne (20mg/ml) ± adrénaline (formes adrénalinées, adrénaline à 1/100000e) est elle aussi utilisée dans l'ALR aux doses de 500mg.

Le mélange Xylocaïne-Marcaïne est possible et souhaitable.

La Ropivacaïne est utilisée en rachianesthésie et en péridurale.

L'adrénaline permet de prolonger la durée de l'anesthésie.

II.3.2. Analgésie post-opératoire de la césarienne [3]

La douleur après césarienne est maximale pendant les 24 premières heures puis s'estompe progressivement en 1 à 2 jours. Différentes approches de l'analgésie postopératoire se sont dessinées dans un passé récent avec deux courants principaux : l'analgésie locorégionale et l'analgésie intraveineuse.

a. Techniques locorégionales

Une rachianesthésie associant anesthésique locale et morphinique permet d'améliorer la qualité de l'analgésie postopératoire couvrant notamment avec la morphine la période fatidique des 24 premières heures. Le relais pouvant être pris par l'adjonction d'adjuvants anti-inflammatoires et de paracétamol voire de morphine en analgésie contrôlée par le patient (PCA) ou en administration systématique pour couvrir les deuxième et troisième jour. Un cathéter péridural permet de recourir à une administration en continu anesthésique local associé ou non à un morphinique soit en mode de perfusion continue soit en mode « contrôle le patient ». Cette technique procure certainement une analgésie d'excellente qualité mais au prix d'inconvénients non négligeables : risque d'hypotension, persistance d'un bloc moteur au mieux partiel, voire de dépression respiratoire [49].

Cette solution implique également une éducation de l'équipe d'infirmières du service d'hospitalisation pour une surveillance rapprochée des patientes [50].

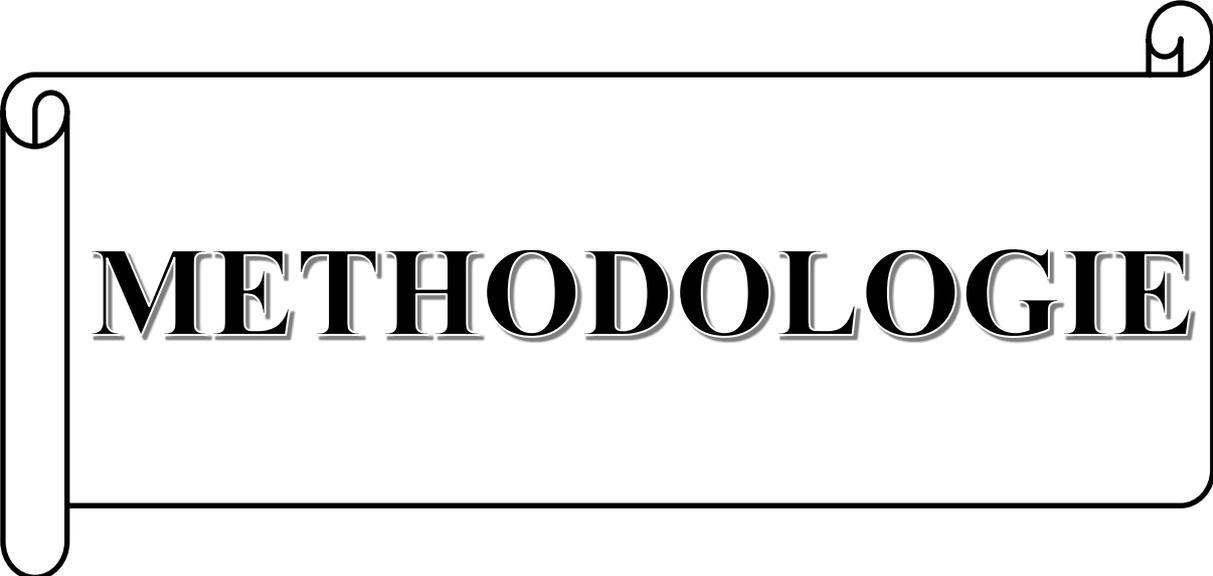
b. Techniques parentérales

L'approche dite multimodale de la prise en charge de la douleur postopératoire apporte des solutions de mise en œuvre plus pratique que les techniques locorégionales.

L'association d'AINS, de paracétamol et de morphine soit en PCA soit en administration systématique fractionnée donne entière satisfaction aux parturientes et au personnel soignant dans grand nombre de maternités [50].

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Cependant, l'accent doit être mis sur le risque toujours possible de survenue d'une dépression respiratoire postopératoire sous analgésie, quelque soit la technique employée, du fait de la grande variabilité de la sensibilité des patientes aux morphiniques, notamment dans le contexte du péri-partum comme le montre : les épisodes de saturation sont plus nombreux avec la technique d'analgésie la plus efficace associant une péridurale per-opératoire et une administration de morphine en péridurale en postopératoire [49]. Les trois techniques utilisées cependant (péridurale per-opératoire puis morphine péridurale, anesthésie générale puis morphine intraveineuse, péridurale per-opératoire puis morphine intraveineuse) sont susceptibles d'en produire, les épisodes de saturation sont plus brefs et moins nombreux. Cette étude montre l'intérêt d'une surveillance rapprochée postopératoire.



METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

III.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune V et des environs.

❖ Description du centre de santé de référence de la commune V (CSREF)

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

La carte sanitaire de la commune V comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire (ASACO). Dix sur les quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire (CSCOM) fonctionnel.

La population de la Commune V du district de Bamako est répartie entre les 10 Centres de Santé Communautaire avec un PMA complet :

- Le CSCOM de Bacodjicoroni couvre 15% de la population de la Commune ;
- Le CSCOM du Quartier-Mali/Torokorobougou couvre 12% ;
- Les trois CSCOM de Daoudabougou qui couvrent 22% ;
- Les CSCOM de Kalaban-Coura et Garantiguibougou couvrent 19 % ;
- Les trois CSCOM de Sabalibougou couvrent 23% de la population ;
- La population non couverte dans la Commune représente 9 %.

b. Listes des unités du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako :

- 1-Unité Technique Bloc Opérateur (Anesthésie) ;
- 2-Unité Hospitalisation Bloc Opérateur ;
- 3-Unité Imagerie Médicale ;
- 4-Unité Médecine Générale ;
- 5-Unité Pharmacie ;
- 6-Unité Laboratoire ;
- 7-Unité Ressources Humaines ;
- 8-Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- 9-Unité Brigade d'Hygiène ;
- 10-Unité Néonatalogie ;
- 11-Unité Pédiatrie Générale ;
- 12-Unité d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- 13-Unité Tuberculose ;
- 14-Unité Lèpre ;
- 15-Unité Consultation Postnatale (CPON) ;
- 16-Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- 17-Unité Consultation Périnatale (CPN) ;
- 18-Unité Nutrition ;
- 19-Unité Suite de Couches ;
- 20-Unité du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- 21-Unité Gynécologie ;
- 22-Unité Soins Après Avortement (SAA) ;
- 23-Unité Ophtalmologie ;
- 24-Unité Odontostomatologie ;
- 25-Unité Planification Familiale (PF) ;
- 26-Unité de réanimation ;
- 27-Unité Urologie.

c. Le Personnel :

Il comporte :

- Un médecin spécialiste en dermatologie (chef de service) ;
- Quatre médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;
- Un médecin anesthésiste réanimateur ;
- Des résidents en gynécologie-obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- Des médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des pédiatres ;
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- Des sages-femmes ;
- Des instrumentistes ;
- Des infirmières obstétriciennes ;
- Des aides-soignantes ;
- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des infirmiers d'État ;
- Le secrétariat du Médecin-chef ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

❖ Le fonctionnement du service de gynécologie-obstétrique

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Une séance d'audit de décès maternel a lieu au moins une fois par mois.

III.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique allant du 01 Avril au 30 Juin 2021.

III.3. Echantillonnage

III.3.1. Population d'étude

Elle a concerné toutes les parturientes ayant bénéficié d'une césarienne sous anesthésie locorégionale dans le service pendant la période d'étude.

III.3.2. Critères d'inclusion

Ont été incluses, toutes les femmes ayant bénéficié d'une césarienne sous ALR dans notre service et qui ont accepté de participer à cette étude.

III.3.3. Critères de non inclusion

N'ont pas été retenues dans notre étude :

- Les femmes césarisées sous ALR dans notre service et qui ont refusé de participer à l'étude.
- Les parturientes ayant des dossiers incomplets.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

- Les femmes ayant bénéficié une césarienne sous AG et celles ayant une contre-indication à l'ALR.

III.3.4. Collecte des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire sur téléphone portable (ODK Collect).

L'évaluation de l'avis sur le niveau de satisfaction a été faite par les paramètres suivants :

- Très satisfaite
- Satisfaite
- Peu satisfaite
- Pas du tout satisfaite.

Les supports des données :

Ils ont été :

- ☞ les dossiers obstétricaux ;
- ☞ le registre d'anesthésie ;
- ☞ le registre d'accouchement ;
- ☞ les carnets de CPN ;
- ☞ le registre de comptes rendus opératoires ;
- ☞ le registre de césarienne ;
- ☞ le registre de référence / évacuation des patientes.

III.3.5. Saisie et analyse des données

La saisie des données a été effectuée par transfert de l'application mobile ODK Collect vers le logiciel Excel 2016 et l'analyse des données a été faite avec le logiciel R. Le document a été saisi sur l'ordinateur grâce au logiciel Microsoft Word 2016.

Le test statistique utilisé a été le test de Khi-2 avec un seuil de significativité inférieur à 5%.

III.3.6. Déroulement de l'enquête

Toutes les femmes hospitalisées dans le service pour césarienne et ayant bénéficié une ALR et qui ont accepté de participer à l'étude ont bénéficié d'un interrogatoire à travers la fiche d'enquête avant leur sortie.

III.3.7. Variables étudiées

- * Données socio-démographiques ;
- * Le mode d'admission ;
- * Les antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- * Le déroulement de la césarienne ;
- * L'anesthésie utilisée lors de la césarienne ;
- * La satisfaction spécifique quant à la prise en charge de la douleur ;
- * La satisfaction spécifique concernant l'anesthésie ;
- * La satisfaction globale.

III.3.8. Aspects éthiques

La confidentialité des données a été garantie, avec obtention d'un consentement éclairé. Les noms des parturientes ne figurent sur aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la gynécologie-obstétrique pour étudier la satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR. Ceci afin de fournir aux décideurs politiques un certain nombre d'éléments utiles pour agir en vue d'améliorer la prise en charge de ses parturientes.

III.3.9. Définitions opérationnelles

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

-Parturiente : C'est une femme qui accouche.

-Césarienne : C'est une intervention chirurgicale qui permet d'extraire le fœtus par une incision de l'abdomen et de l'utérus. Il s'agit d'un « accouchement par voie haute ». Elle peut être programmée ou pratiquée en urgence.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

-**Anesthésie locorégionale** : C'est une technique d'anesthésie qui consiste à administrer un anesthésique local dans l'espace sous-arachnoïdien et/ou péridural et dont on souhaite interrompre temporairement la conduction nerveuse à des fins anesthésiques.

-**Satisfaction** : La satisfaction du patient se définit comme la réaction aux faits marquants de son expérience du service rendu. Elle consiste en une appréciation cognitive et une réaction émotionnelle aux structures, procédures et résultats du service.

-**Non satisfaction** : Absence de satisfaction d'une demande, d'un désir.

-**Accouchement** : Il est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 6 mois (28SA).

-**Gestité** : Elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une femme.

-**Parité** : C'est le nombre d'accouchement.

-**Primipare** : C'est une femme qui a accouchée 1 fois.

-**Paucipare** : C'est une femme qui a accouchée 2 ou 3 fois.

-**Multipare** : C'est une femme qui a accouchée 4 ou 5 fois.

-**Grande multipare** : lorsque le nombre d'accouchement est ≥ 6 .

-**Hypotension** : L'hypotension artérielle maternelle était définie par une pression artérielle systolique inférieure à 100 mm Hg ou par une diminution de plus de 30% de la pression artérielle systolique à l'installation.

-**Poussée hypertensive** : Si la pression artérielle systolique était supérieure ou égale à 140 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg.

-**Tachycardie** : Si le nombre des contractions cardiaques était supérieur à 100 battements par minute.

-**Bradycardie** : Si le nombre des contractions cardiaques est inférieur à 60 battements par minutes.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

-**Bon comportement** : C'est une bonne manière de se conduire caractérisée par un ensemble de réactions observables en réponse à une stimulation intérieure ou extérieure.

-**Mauvais comportement** : Qui se comporte de manière inappropriée : il n'écoute pas ce que vous dites ou vous ordonne de vous taire, il crie ou est verbalement violent, insultant à votre égard.



RESULTATS

IV. RESULTATS

IV.1. Résultats globaux :

Sur une période de 3 mois allant du 1^{er} Avril au 30 Juin 2021, nous avons colligé **666 césariennes** sur un total **d'accouchements de 2383** soit une fréquence de 28%. Pendant la même période **666 actes d'anesthésies** ont été pratiquées dont 620 anesthésies locorégionales soit une fréquence de 93%.

Cependant l'analyse statistique a porté sur 250 fiches remplies soit 40%, cela du fait de la réalisation des césariennes en contexte d'urgence et la nuit avec impossibilité de recueillir les données immédiatement. La rachianesthésie a été la technique la plus pratiquée soit une fréquence de 99%.

L'anesthésie pour césarienne a été jugée satisfaisante par les patientes dans 90%.

IV.2. Profil socio-démographique :

IV.2.1. Age :

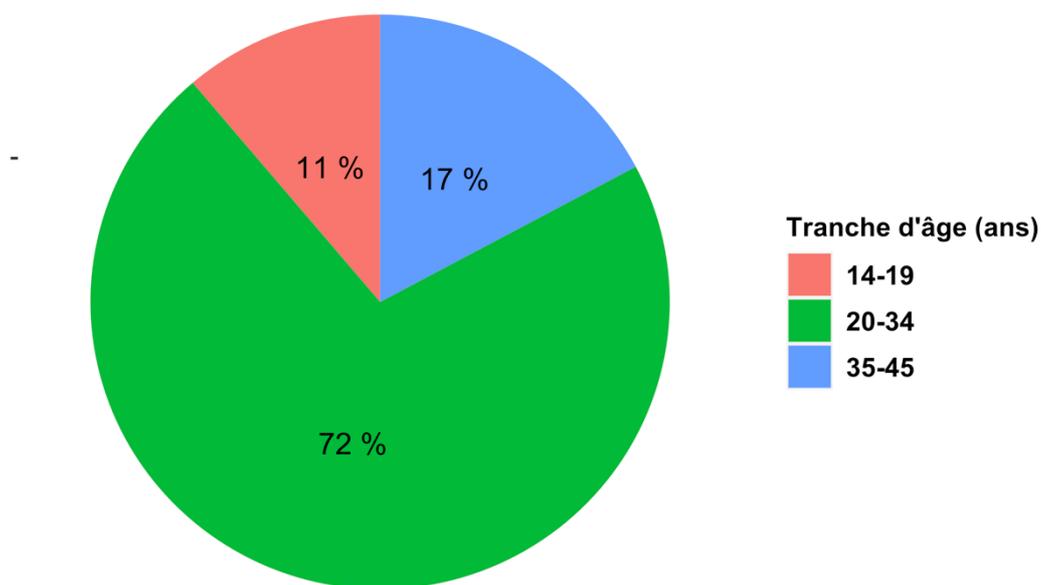


Figure 8: Répartition des parturientes selon la tranche d'âge

La tranche d'âge 20-34 ans a représenté 72% des cas avec des extrêmes de 14-45 ans.

IV.2.2. Statut matrimonial

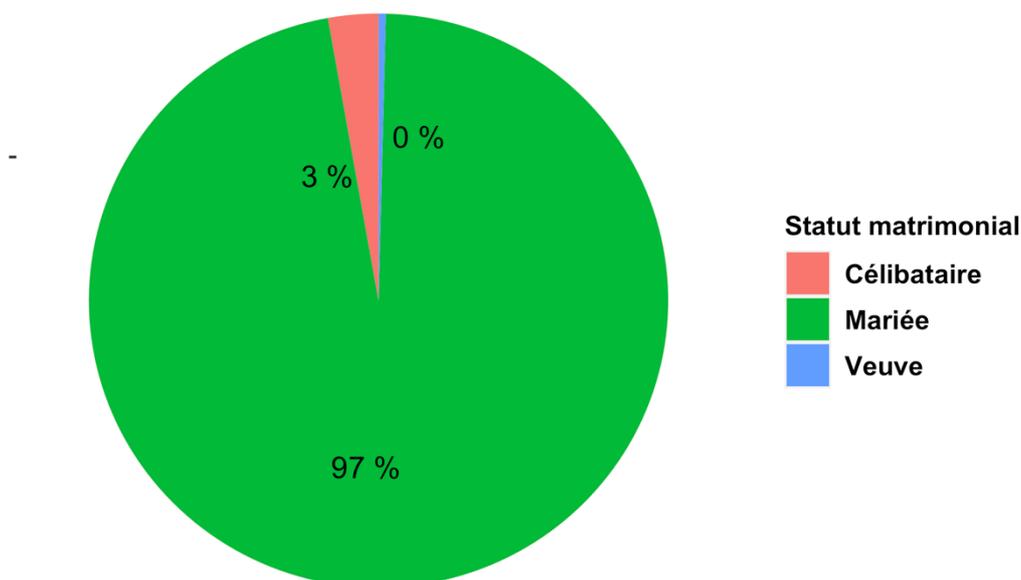


Figure 9: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Les femmes mariées représentaient 97% des cas.

Tableau II : Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Effectifs	Fréquence (%)
Fonctionnaire	19	8
Ménagère	164	66
Elève/Étudiante	16	6
Vendeuse/Commerçante	34	14
Autres	17	7
Total	250	100

La plupart de nos parturientes étaient des femmes au foyer soit 66%.

IV.2.3. Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction

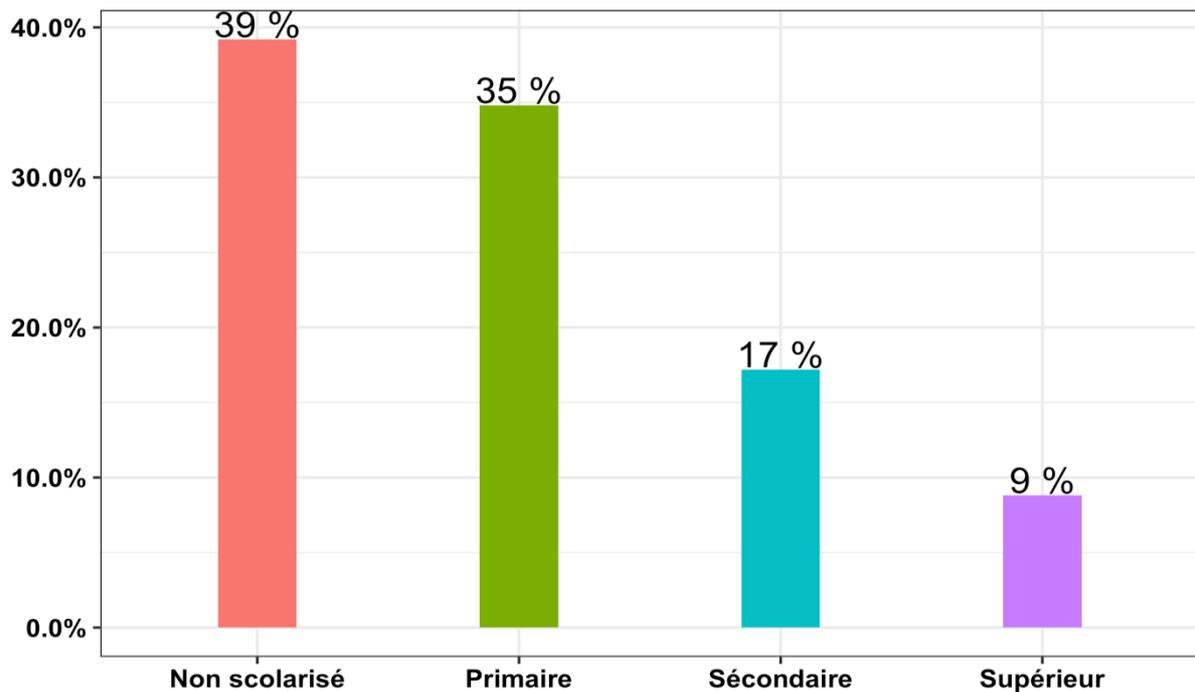


Figure 10 : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction

39% des parturientes n'étaient pas scolarisées, 35% étaient du niveau primaire.

IV.2.4. Mode d'admission

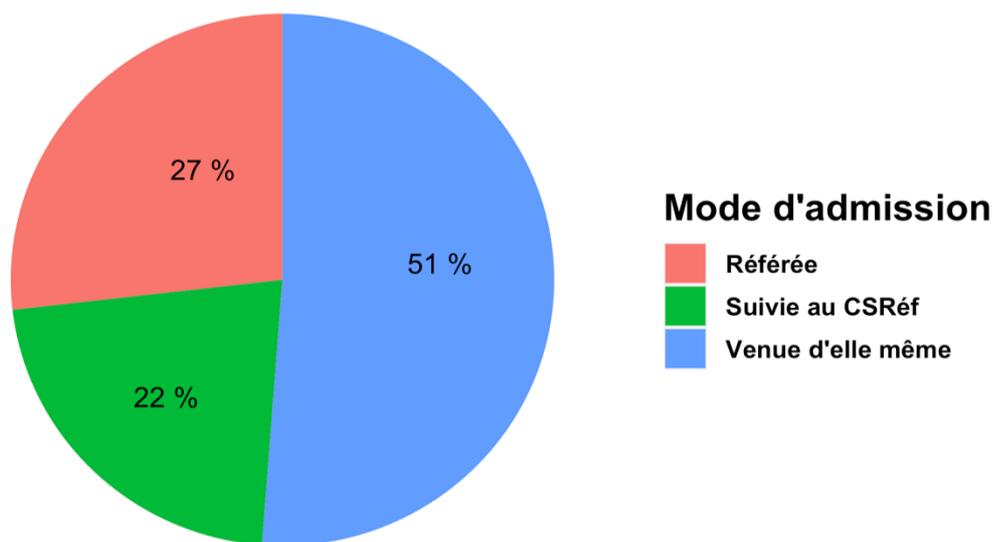


Figure 11 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

51% de nos parturientes étaient venues d'elles-mêmes.

IV.3. Antécédents

IV.3.1. Antécédent obstétrical

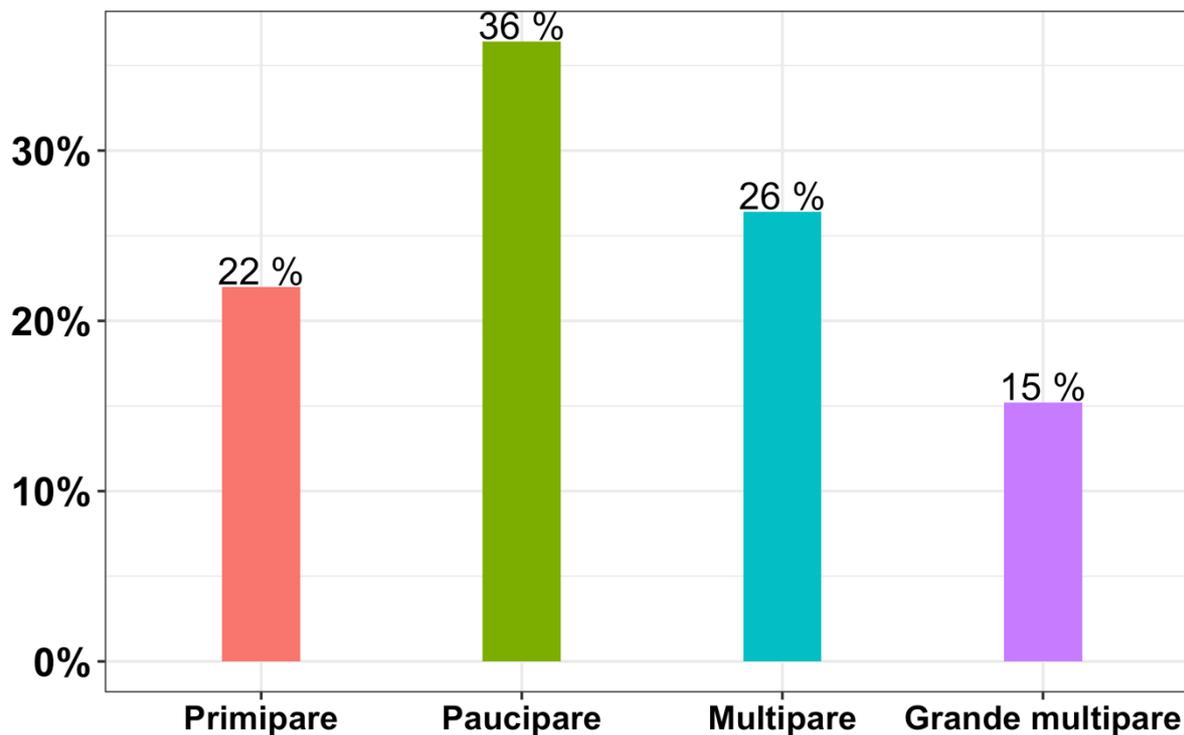


Figure 12 : Répartition des parturientes selon l'antécédent obstétrical

La pauciparité était représentée chez 36% de nos parturientes.

Tableau III : Répartition des parturientes selon l'antécédent médical

Antécédent médical	Effectifs	Fréquence (%)
HTA	11	4
Diabète	3	1
Drépanocytose	3	1
Asthme	1	0
Aucun	232	93
Total	250	100

Selon l'ATCD médical, 93% de nos parturientes n'avaient pas d'ATCD, par contre 4% avaient un ATCD d'hypertension artérielle.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau IV: Répartition des parturientes selon l'antécédent chirurgical

Antécédent chirurgical	Effectifs	Fréquence (%)
Césarienne	122	49
Appendicite	1	0
Salpingectomie	1	0
Myomectomie	1	0
Aucun	125	50
Total	250	100

La césarienne était l'antécédent chirurgical la plus représentée soit 49%.

Tableau V : Répartition des parturientes selon les complications post-anesthésies de l'ancienne césarienne

Complications	Techniques anesthésie	
	AG	Rachianesthésie
Céphalées	0 (0%)	19(61%)
Cervicalgie	0(0%)	5(16%)
Douleur lombaire	0(0%)	4(13%)
Vomissements	2(100%)	3(10%)
Total	2(100%)	31(100%)

Les céphalées étaient la complication post-anesthésique les plus représentées 61%.

Tableau VI : Répartition des parturientes selon le cas de césarienne

Contexte	Effectifs	Fréquence (%)
Prophylactique (Programmée)	51	20
Urgence	199	80
Total	250	100

Les césariennes réalisées en urgence ont représenté 80%.

Tableau VII : Répartition parturientes selon les horaires de l'intervention

Horaires	Effectifs	Fréquence (%)
Entre 00h et 08h	63	25
Entre 08h et 16h	128	51
Entre 16h et 00h	59	24
Total	250	100

Les césariennes effectuées entre 08h et 16h ont représenté 51%.

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon la réaction après l'annonce de la césarienne

Réaction	Effectifs	Fréquence (%)
Peur	158	63
Soulagement	67	27
Tristesse	25	10
Total	250	100

Les parturientes ressentait une peur après l'annonce de la césarienne dans 63% des cas.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon la préparation psychologique

Les mots pour rassurer la parturiente	Effectif	Fréquence (%)
Calmez-vous c'est une intervention simple	21	8
Il ne faut pas avoir peur (maitrise du risque)	77	31
Tout va bien se passer (absence de risque)	7	3
Aucune préparation psychologique	145	58
Total	250	100

58% des parturientes n'avaient bénéficié d'aucune préparation psychologique.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau X : Répartition des parturientes selon les moyens de transport de la salle d'accouchement au bloc opératoire

Moyens de transport	Effectifs	Fréquence (%)
Brancard	24	10
Chaise roulante	76	30
A pied	150	60
Total	250	100

60% de nos parturientes marchaient de la salle d'accouchement au bloc opératoire.

Tableau XI : Répartition des parturientes selon le comportement du personnel au bloc : appréciation de la patiente

Comportement personnel au bloc	Effectifs	Fréquence (%)
Mauvais comportement	50	20
Bon comportement	200	80
Total	250	100

Le comportement du personnel au bloc était jugé bon dans 80% selon les parturientes.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau XII : Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectifs	Fréquence (%)
Péridurale	2	1
Rachianesthésie	248	99
Total	250	100

La rachianesthésie était l'ALR la plus pratiquée soit 99%.

a. Répartition des parturientes selon l'explication donnée sur l'anesthésie

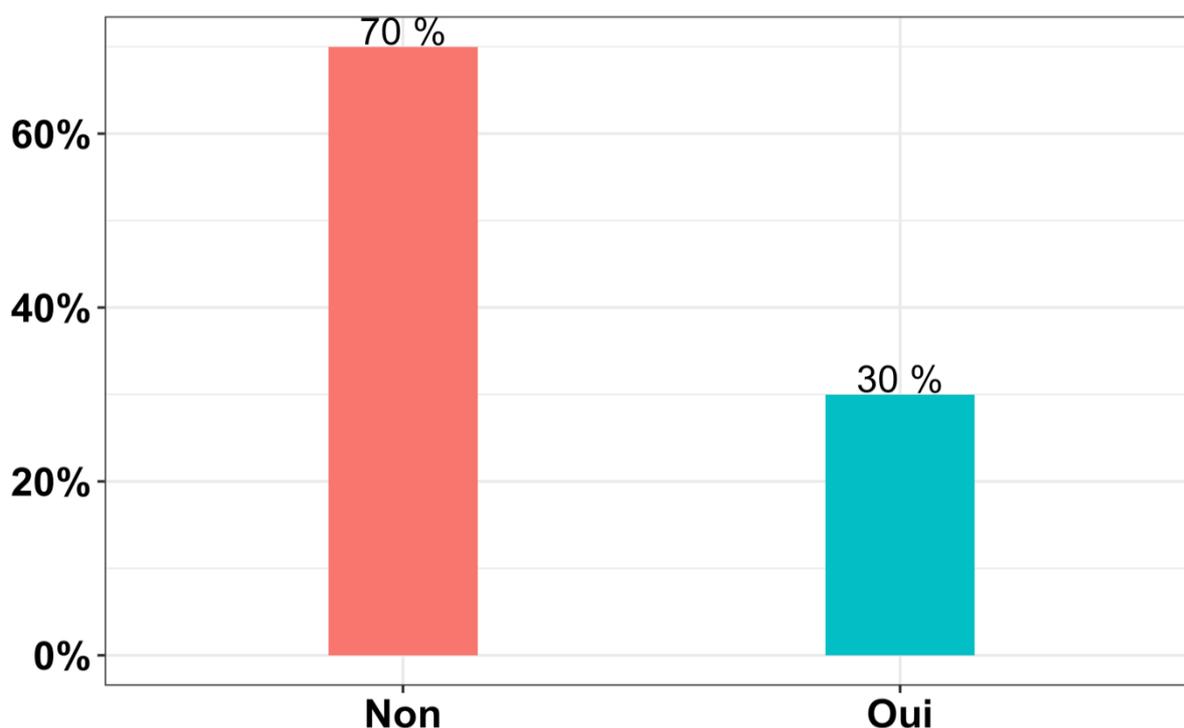


Figure 13 : Répartition des parturientes selon l'explication donnée sur l'anesthésie

L'explication sur l'anesthésie n'était pas donnée dans 70% des cas.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon l'opérateur

Opérateur	Effectifs	Fréquence (%)
Gynécologue- obstétricien	175	70
Médecin généraliste	75	30
Total	250	100

La plupart de nos césariennes étaient réalisées par des Gynécologues-
Obstétriciens.

NB : -Gynécologue-Obstétricien : Spécialiste et DES.

-Médecin généraliste : Généralistes et thésard.

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon le respect de l'intimité

Respect de l'intimité au bloc	Effectifs	Fréquence (%)
Non	12	5
Oui	238	95
Total	250	100

L'intimité des parturientes était respectée dans 95% de nos cas.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau XV : Répartition des parturientes selon leur perception de propos déplacés de la part des soignants

Propos déplacés	Effectifs	Fréquence (%)
Non	209	84
Oui	41	16
Total	250	100

16% des parturientes ont déclaré avoir reçu des paroles mal venues de la part du personnel soignant.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la présentation du nouveau-né à sa mère juste après son extraction

Présentation du nouveau-né	Effectifs	Fréquence (%)
Non	26	10
Oui	224	90
Total	250	100

90% de nos parturientes déclaraient avoir vu leurs bébés à la naissance dès le bloc opératoire (à l'extraction).

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon l'attitude de la mère après la présentation du nouveau-né

Attitude de la mère après la présentation de son nouveau-né	Effectifs	Fréquence (%)
Bébé non présenté-mère mécontente	20	8
Bébé non présenté mais pas de réaction de la mère	6	2
Mère Joyeuse	210	84
Bébé présenté mais pas de réaction de la mère	14	6
Total	250	100

La joie était ressentie par les parturientes dans 84% des cas après la présentation de leur nouveau-né.

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon le délai de prise en charge du bébé

Délai de prise en charge du bebe	Effectifs	Fréquence (%)
1 minute	158	63
2 minutes	76	30
3 minutes	16	6
Total	250	100

Le délai de prise en charge du nouveau-né juste après l'extraction était de 1 minute soit 63%.

b. Répartition des parturientes selon la présence ou l'absence de la douleur en per-opératoire

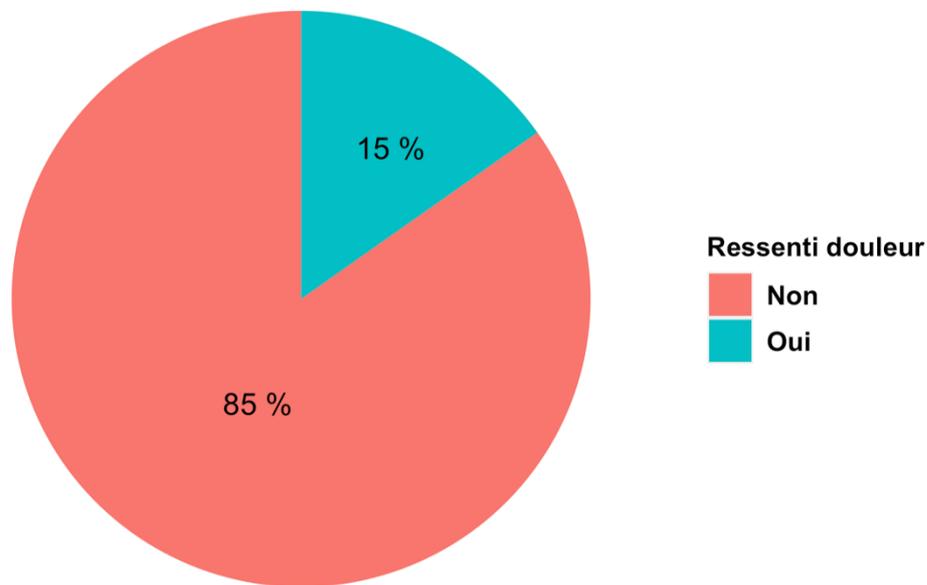


Figure 14 : Répartition des parturientes selon la présence ou l'absence de la douleur en per-opératoire

85% de nos parturientes n'avaient pas ressentie de douleur au cours de la césarienne. Dans 15% il s'agissait en général de sensation de picotement et de mouvement des intestins, ou de douleur à l'incision.

c. Répartition des parturientes selon leur relation avec le personnel au bloc

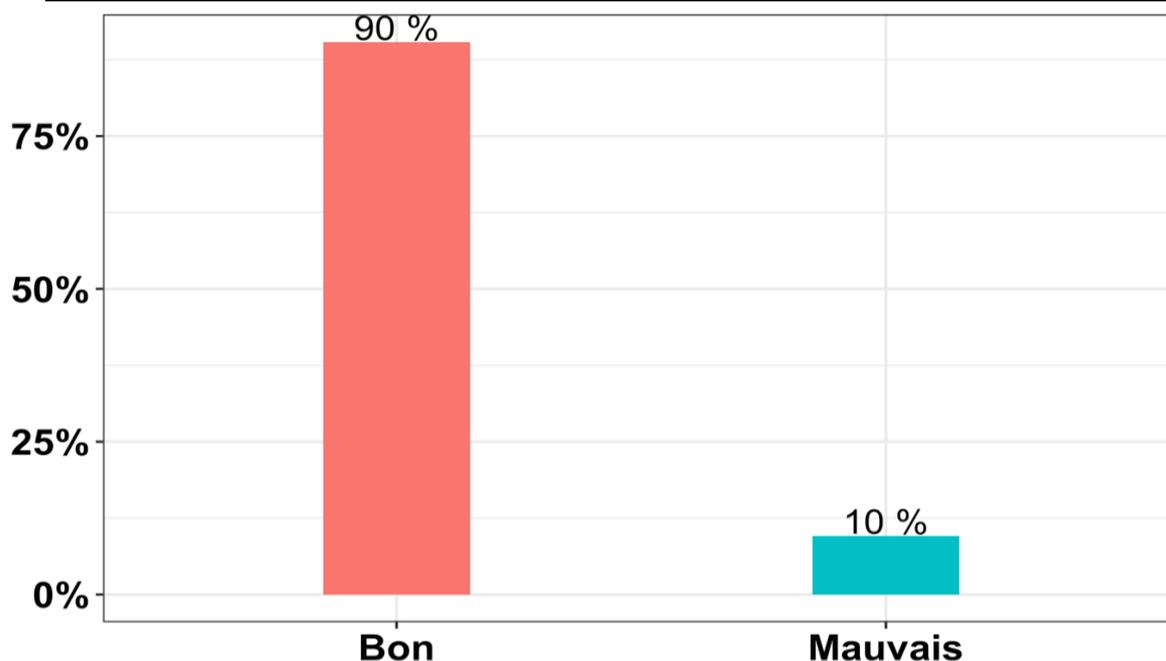


Figure 15 : Répartition des parturientes selon leur relation avec le personnel au bloc

La relation parturiente-prestataire était bonne dans 90% des cas.

d. Répartition des parturientes selon leur satisfaction sur l'anesthésie

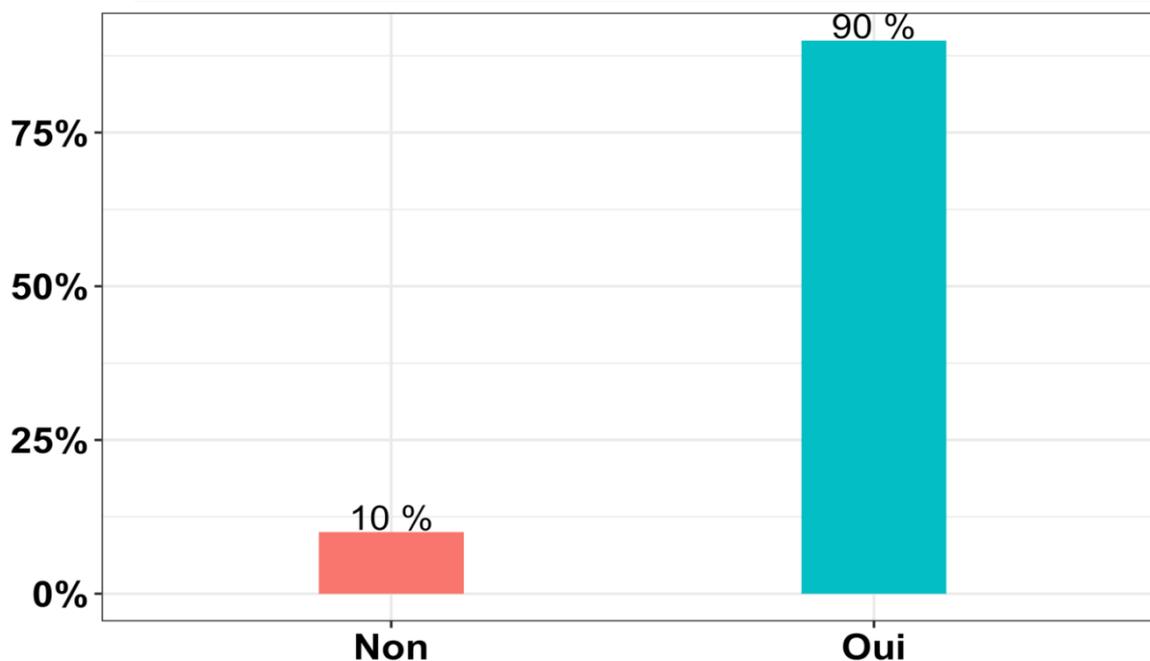


Figure 16 : Répartition des parturientes selon leur satisfaction sur l'anesthésie

Les parturientes étaient satisfaites à 90% après L'ALR.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon les événements indésirables en per-opératoire

Complication per-opératoire	Effectifs	Fréquence (%)
Poussée hypertensive	18	7
Bradycardie	7	3
Hypotension	150	60
Tachycardie	15	6
Aucun	60	24
Total	250	100

L'hypotension artérielle était l'événement indésirable la plus fréquente soit 60%.

Tableau XX : Répartition des parturientes selon les complications post-opératoires

Complication post-opératoire	Effectifs	Fréquence (%)
Nausée et vomissement	55	22
Céphalées	28	11
Cervicalgie	21	9
Constipation	3	1
Aucun	143	57
Total	250	100

Les complications post-opératoires étaient dominées par les nausées et vomissements soit 22% des cas.

e. Répartition des parturientes selon la durée de l'intervention

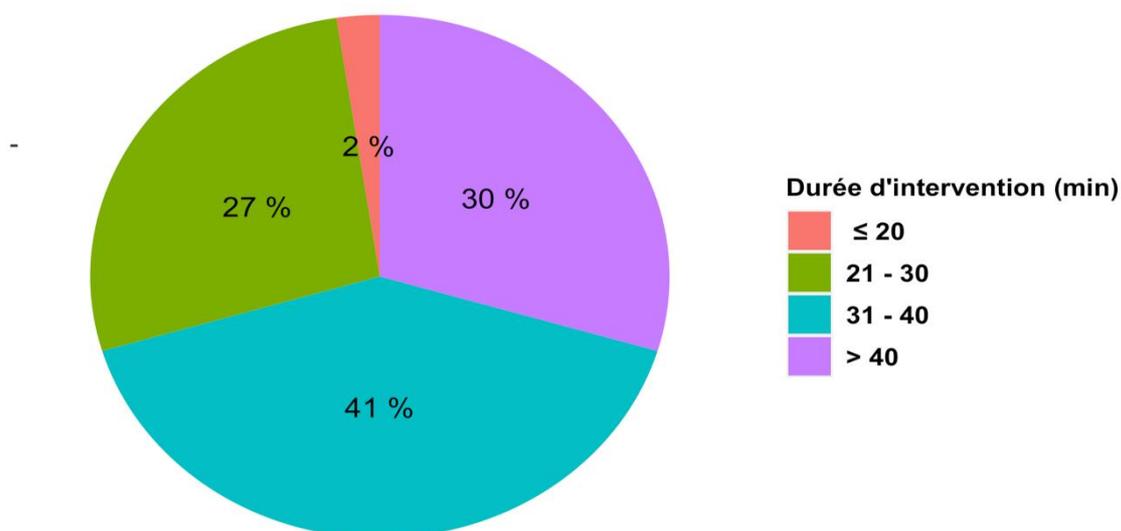


Figure 17 : Répartition des parturientes selon la durée de l'intervention
La durée d'intervention de la plupart des césariennes était entre 31-40min.

f. Répartition des parturientes selon la présence ou l'absence de la douleur en post-opératoire

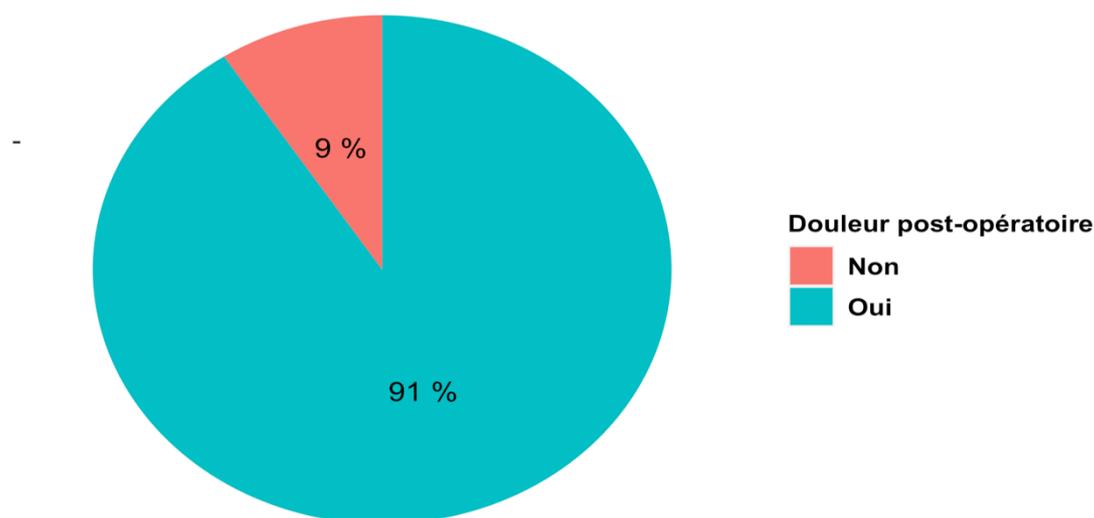


Figure 18 : Répartition des parturientes selon la présence ou l'absence de la douleur en post-opératoire

La douleur post-opératoire était présente chez 91% de nos parturientes.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon la qualité de la prise en charge de la douleur post-opératoire

Opinion sur la prise en charge de la douleur	Effectifs	Fréquence (%)
Bonne	101	44
Mauvaise	59	26
Très bonne	61	27
Très mauvaise	6	3
Total	227	100

La prise en charge de la douleur était bonne à 44%, par contre mauvaise chez 26% des parturientes.

g. Répartition des parturientes selon le délai Premier lever

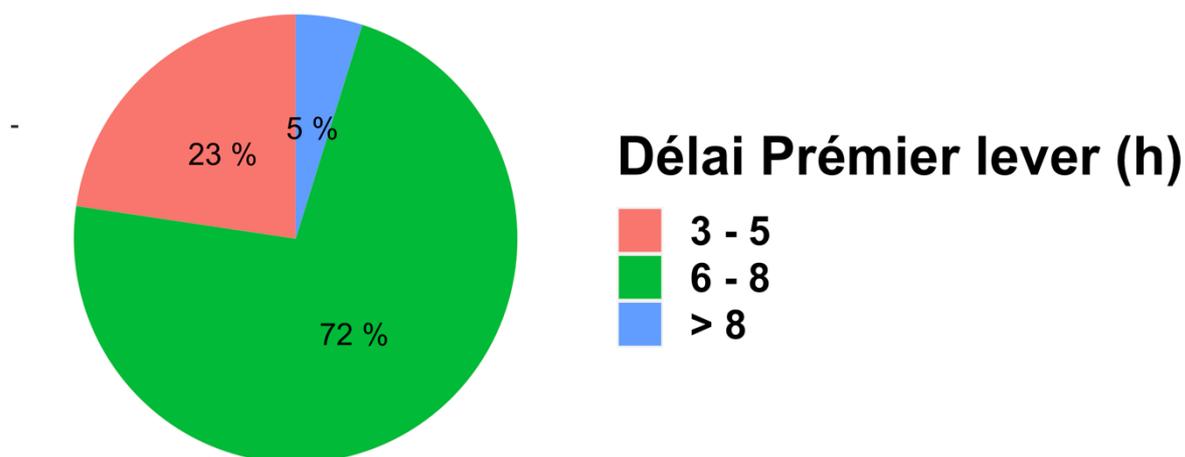


Figure 19 : Répartition des parturientes selon le délai Premier lever

Le délai de premier lever chez nos parturientes était compris entre 6-8 heures.

Tableau XXII : Répartition des parturientes sur la durée du séjour

Durée du séjour	Effectifs	Fréquence (%)
1 jour	4	2
2 jours	164	66
3 jours	73	29
4 jours	3	1
> 4 jours	6	2

La durée d'hospitalisation était de 2 jours dans 66%.

h. Évaluation de la satisfaction globale

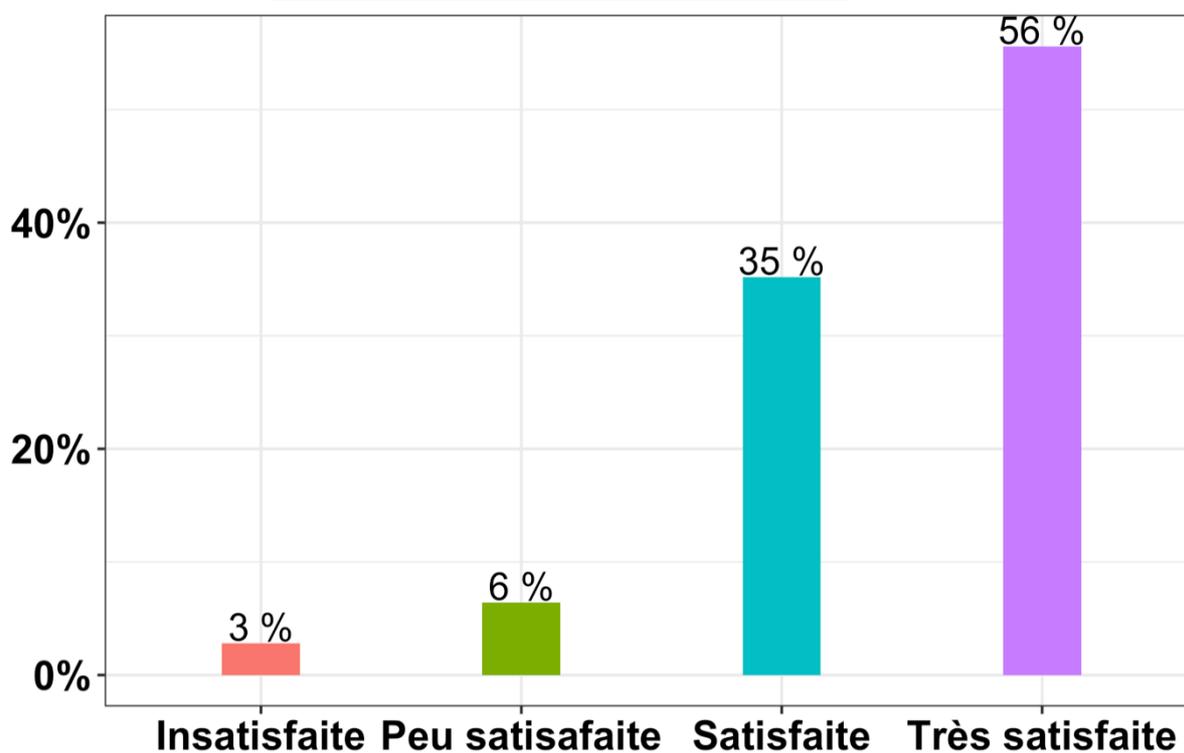


Figure 20 : Évaluation de la satisfaction globale

56% de nos parturientes étaient très satisfaites à la sortie.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau XXIII: Principales raisons de non satisfaction des parturientes

Nombre de cas 23 cas	Pourcentage (%)	Raisons de la non satisfaction
8 cas	34	Absence de communication
5 cas	22	Mauvaises conditions de séjour
5 cas	22	Douleur non prise en charge
3 cas	13	Absence de surveillance
1 cas	4	Mère d'un mort-né
1 cas	4	Phobie des hôpitaux

Les principales raisons de non satisfaction étaient marquées par l'absence de communication soit 8 cas.

Tableau XXIV : Relation entre antécédent chirurgical des parturientes et la réaction des parturientes après l'annonce de la césarienne

Antécédent chirurgical	Réaction après l'annonce de la césarienne			Total
	Peur	Soulagement	Tristesse	
Césarienne	53(34%)	47 (70%)	22 (88%)	122 (49%)
Appendicectomie	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
Salpingectomie	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
Myomectomie	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
Aucun	102 (65%)	20(30%)	3 (12%)	125 (50%)
Total	158 (100%)	67 (100%)	25 (100%)	250 (100%)

$\text{Khi}^2 = 42,77 \quad \text{ddl} = 8 \quad p < 0,0001$

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau XXV : Relation entre la satisfaction des parturientes sur l'anesthésie et le ressenti de la douleur en per-opératoire

Ressenti douleur per-opératoire	Satisfaction Anesthésique		Total
	Satisfaite	Insatisfaite	
Non	206 (92%)	6 (24%)	212 (85%)
Oui	19 (8%)	19 (76%)	38 (15%)
Total	225 (100%)	25 (100%)	250 (100%)

$$\text{Khi}^2 = 79,66 \text{ ddl} = 1 \text{ p} < 0,0001$$

Tableau XXVI : Relation entre la satisfaction sur l'anesthésie et le contexte de la césarienne

Contexte	Satisfaction anesthésie		Total
	Insatisfaite	Satisfaite	
Prophylactique	7 (28%)	44 (20%)	51 (20%)
Urgence	18 (72%)	181 (80%)	199 (80%)
Total	25 (100%)	225 (100%)	250 (100%)

$$\text{Khi}^2 = 0,99 \text{ ddl} = 1 \text{ p} = 0,32$$

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Tableau XXVII : Relation entre la satisfaction des parturientes à la sortie et relation parturiente-prestataire

Relation parturiente prestataire	Satisfaction globale			Total	
	Insatisfaite	Peu satisfaite	Satisfaite		
Bon	5 (71%)	9 (56%)	78 (89%)	134 (96%)	226 (90%)
Mauvais	2 (29%)	7 (44%)	10 (11%)	5 (4%)	24 (10%)
Total	7 (100%)	16 (100%)	88 (100%)	139 (100%)	250 (100%)

$$\text{Khi}^2 = 30,49 \quad \text{ddl} = 3 \quad p < 0,0001$$

Tableau XXVIII : Relation entre la satisfaction des parturientes à la sortie et le comportement

Comportement personnel	Satisfaction globale			Total	
	Insatisfaite	Peu satisfaite	Satisfaite		
Non	3 (43%)	3 (19%)	12 (14%)	7 (5%)	25 (10%)
Oui	4 (57%)	13 (81%)	76 (86%)	132 (95%)	225 (90%)
Total	7 (100%)	16 (100%)	88 (100%)	139 (100%)	250 (100%)

$$\text{Khi}^2 = 14,86 \quad \text{ddl} = 3 \quad p = 0,0019$$

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Approche méthodologique :

La méthodologie utilisée au cours de notre étude était la prospection qui nous permettait d'avoir les informations à temps auprès des parturientes.

2- Fréquence :

La césarienne est l'une des interventions les plus pratiquées en médecine, associée à un taux de morbidité très bas. Elle fait partie des progrès de l'obstétrique moderne.

Nous avons obtenu une fréquence de **28%** pendant notre période d'étude. Dembélé P [50] en 2019 au Gabriel Touré a obtenu une fréquence de **19,22%**. Cette fréquence élevée dans notre contexte pourrait s'expliquer par le fait que toutes les femmes porteuses d'une grossesse à risque, ou qui présentent une urgence obstétricale sont référées, ou évacuée au CSREF.

Pendant la période d'étude, 666 actes d'anesthésies ont été réalisées, dont 620 cas d'anesthésies locorégionales soit une fréquence de **93%**.

Parmi ces 620 actes d'ALR, 250 parturientes ont accepté de participer à cette étude soit un taux de **40%**.

3- Profils sociodémographiques :

3-1. Age :

La tranche d'âge 20 à 34 ans était la plus représentée avec **72%**. Les mêmes tendances ont été rapportées par d'autres auteurs pour la même tranche d'âge : **71%** pour Sissoko H [52] et **79%** pour Traoré D [51]. Notre résultat pourrait s'expliquer que cette tranche d'âge constitue la période optimale chez la femme pour procréer qu'elle soit mariée ou célibataire.

3-2. Statut matrimonial :

Dans notre étude **97%** des femmes étaient mariées. Tégueté I [45] et Cissé B [53] avaient trouvé respectivement **91,58%** et **90,7%** de femmes mariées. Les femmes mariées ont plus accès aux soins prénatals.

3-3. Profession :

Plus de la moitié des parturientes soit **66%** des cas étaient des femmes au foyer, suivies des commerçantes avec **14%**. Ces taux peuvent s'expliquer par le bas niveau socio-économique de notre pays. Il constitue un problème dans le suivi de la grossesse notamment la réalisation de certain bilan prénatal. Ce taux est supérieur à celui de Dembélé P [50] qui a trouvé **62,5%** des femmes au foyer.

3-4. Niveau d'instruction :

Dans notre étude **39%** des parturientes n'étaient pas scolarisées. Ce résultat est inférieur à celui de Mariko S [54] qui a rapporté **95,8%**. Cette différence pourrait s'expliquer par le manque d'intérêt de la population à la scolarisation de la femme.

4- Antécédents :

4-1. Antécédent obstétrical :

Dans notre étude **36%** des patientes étaient des paucipares suivies respectivement des multipares et des primipares, qui représentaient respectivement **26%** et **22%**.

4-2. Antécédent médical :

Dans notre étude l'hypertension artérielle était la pathologie maternelle la plus retrouvée chez **11%** des patientes.

4-2. Antécédent chirurgical :

Dans notre étude la cicatrice utérine était l'antécédent chirurgical la plus représentée soit **49%**, par contre Traoré D [51] a rapporté **97,9%** de cicatrice utérine. Cette différence pourrait s'expliquer par l'amélioration de la prise en charge des femmes en travail d'accouchement.

Parmi les 122 cicatrices utérines, 33 avaient des complications post-anesthésies soit **27%**.

31 cas de ces césariennes étaient réalisés sous rachianesthésies. La céphalée était la complication la plus fréquente soit **61%** des cas.

5- Mode d'admission :

Dans notre étude **51%** des parturientes étaient venues d'elles-mêmes, **27%** étaient des références ou évacuations à partir d'un autre établissement de santé, expliquant dans certains cas l'urgence de ces césariennes.

6- Césarienne :

6-1. Contexte :

Dans notre étude la césarienne a été réalisée en urgence dans **80%** des cas contre **20%** de césarienne programmée.

6-2. Horaires d'intervention :

La majorité des interventions ont lieu pendant la journée entre 08H et 16H dans **51%** des cas. Cette situation trouve son explication par la présence des seniors en obstétrique facilitant ainsi la prise de décision. Aussi toutes les césariennes non urgentes sont effectuées pendant le programme opératoire. Cette attitude est retrouvée dans la série d'Auroy et coll [55].

6-3. Réaction après l'annonce de la césarienne :

Les réactions des parturientes à l'annonce de la césarienne ont été dominées par la peur de l'intervention dans **63%** des cas, le soulagement dans **27%** des cas et la tristesse de ne pas pouvoir accoucher par voie basse dans **10%**. Les différentes réactions peuvent s'expliquer par le fait que malgré les avancées en matière de césarienne, cette intervention encore mal perçue par la majorité de la population malienne. En effet, beaucoup voient les femmes césarisées comme des incapables d'accoucher par voie basse, des femmes qui ne veulent pas fournir beaucoup d'efforts ou qui ne veulent pas supporter la douleur de l'accouchement. Pour certaines une personne opérée, est une personne diminuée pour toujours et pour d'autres la césarienne constitue une solution de facilité pour le personnel de santé. Le sentiment de soulagement signalé par certaines patientes s'explique par le fait que le plus souvent la plupart d'entre elles avait transité par les structures de premier niveau avant d'être évacuées dans notre centre.

6-4. Préparation psychologique :

L'annonce de la césarienne a été suivie d'une préparation psychologique en vue de rassurer les parturientes dans **42%** des cas. Cette préparation a consisté à donner des explications sur l'indication de la césarienne et de la possibilité d'accoucher par voie basse après césarienne en absence d'indication absolue. Toute ces explications permettent de rassurer les patientes et jouent un rôle important sur le vécu de la césarienne. Dans **58%** des cas les parturientes ont déclaré n'avoir reçues aucune préparation psychologique. Cela s'expliquait par le fait du degré d'urgence et que les femmes ayant bénéficiée de cette préparation psychologique étaient en majeure partie les femmes programmées.

6-5. Conditions de transport :

Plus de la moitié soit **60%** des parturiente ont raconté avoir marché jusqu'au bloc opératoire sur une distance de 50 mètres environs ; suivi respectivement des parturientes qui ont été transportées sur une chaise roulante ou le brancard dans **30%** et **10%** des cas.

L'intimité des parturientes a été respectée dans **100%** des cas durant le transport pour le bloc opératoire au cours du transport.

6-6. Anesthésie pour césarienne :

-Dans notre étude l'anesthésie a été faite par les assistants-médicaux dans **100%** des cas de césarienne.

-**Type d'anesthésie** : La césarienne a été réalisée sous rachianesthésie dans **99%** des cas et sous anesthésie péridurale dans **1%** des cas.

-**Explications données sur l'anesthésie** : Plus de la moitié des parturientes soit **70%** ont déclaré n'avoir bénéficié d'aucune explication sur le type d'anesthésie et les effets secondaires potentiels des produits anesthésiques. Par contre **30%** des parturientes ont signalé avoir bénéficié de ces explications. Cela s'explique par le fait du degré d'urgence ; seules les parturientes programmées avaient reçu ces explications.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

-Auteur de la césarienne : La plupart des césariennes ont été effectuées par les gynécologues-obstétriciens (**70%** cas). Cependant **30%** des césariennes ont été effectuées par des médecins généralistes/thésards évoluant dans le service de gynécologie-obstétrique. Ceci s'explique par le système de garde et l'insuffisance en nombre de gynécologues-obstétriciens dans le service.

-Durée d'intervention : **41%** de nos interventions ont duré entre 31 à 40 minutes contre **55,6%** avec plus de 60 minutes chez Diarra F L [56]. Ceci pourrait être dû par l'amélioration de la qualité des agents et du plateau technique.

-Ressenti de la douleur en per-opératoire : Dans notre étude **15%** des parturientes aurait ressenti une douleur au cours de la césarienne. Cela s'expliquerait par le délai d'incision avant l'installation complète du bloc sensitif de la rachianesthésie. La qualité des produits anesthésiques (conservation) a été citée par certains anesthésistes, ou aussi des cas d'échec de rachianesthésie de cause non connue.

-Évènements indésirables per-opératoires : Nous avons constaté que la fréquence de l'hypotension variait d'un auteur à un autre et d'une étude à une autre ; avec une marge plus ou moins importante sans autant connaître réellement les raisons.

Nous avons enregistré au cours de notre étude 190 cas d'évènements indésirables soit **76%**.

L'hypotension (pression artérielle systolique inférieur à 100 mmHg ou par une diminution de plus de 30% de la pression artérielle systolique à l'installation) était l'évènement indésirable la plus fréquente soit **79%** et a été corrigée par le remplissage vasculaire (sérum salé, Ringer-Lactate) et l'utilisation d'un vasoconstricteur (éphédrine).

L'hypotension est un évènement indésirable considéré en pratique clinique de l'ALR comme fréquente et est même parfois interprétée comme un critère d'efficacité.

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Nous avons retrouvé dans notre étude des cas de poussées hypertensives, de tachycardies (notamment chez les patientes présentant une prééclampsie) et de bradycardies associées à l'hypotension représentant respectivement **9%**, **8%** et **4%**.

Nous n'avons pas recensé des cas d'événements indésirables respiratoires, d'allergie et de frisson.

-Délai de premier lever : Dans notre étude **72%** des parturientes se sont levées de leurs lits pour la première fois entre 6 à 8 heures après l'ALR. Le délai minimal était de 3 heures. Les parturientes après césariennes sont admises dans une salle de surveillance des hémorragies du post-partum pour une durée systématique de 06 heures, avant de rejoindre leur salle d'hospitalisation avec un protocole de réhabilitation post-opératoire précoce selon le contexte clinique.

-Complications post-opératoires : En post-opératoire, **43%** de complications ont été observées à des degrés divers. Les nausées et vomissements étaient les plus fréquentes avec **51%**. Ce taux élevé des nausées et vomissements s'expliquerait par l'utilisation de morphiniques dans le mélange anesthésique (bupivacaine + morphine) que l'anesthésiste utilise pour rendre l'anesthésie plus efficace et dans la prise en charge de la douleur post-opératoire.

Les nausées et vomissements étaient respectivement suivies des céphalées avec **26%**, des cervicalgies avec **19%** et de la constipation avec **3%**.

Daou B [57] a rapporté que les céphalées représentaient **61,3%** de complications en post opératoires. Nous avons attribué cette diminution de la fréquence des céphalées dans notre étude par l'utilisation des aiguilles de plus en plus fines en rachianesthésie.

7- Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation minimale était de 1 jour et la durée maximale 10 jours. **66%** des parturientes avaient une durée d'hospitalisation de 2 jours. Ce résultat (en termes de durée de séjour) est cependant inférieur à celui de Tégueté I [45], qui a trouvé respectivement 9 jours. Cela pourrait s'expliquer par la

différence de niveau des structures, les CSREF font souvent plus de césariennes que le CHU Gabriel Touré et sont confrontés à un manque de place.

8- Satisfaction spécifique

-Satisfaction sur l'anesthésie : Dans notre étude **90%** des parturientes étaient satisfaites de la prise en charge anesthésiologie contre **10%** de cas d'insatisfactions.

-Respect de l'intimité : Le respect de l'intimité représente un facteur important pouvant influencer le degré de satisfaction liée à une perception culturelle de la pudeur. Dans notre étude le respect de l'intimité a été observé dans **95%** des cas en salle d'opération. C'est-à-dire le respect du corps humain selon la déontologie médicale. Ce taux est supérieur à celui retrouvé à Bamako en 2009 (**85,9%**) [58].

-Comportement du personnel au bloc : Concernant le personnel du bloc opératoire, **80%** des parturientes pensaient que le personnel avait un bon comportement alors que **20%** en pensaient le contraire. Ce taux est comparable à celui de Traoré M [59], qui a retrouvé respectivement **77,4%** un bon comportement contre **22,6%**.

-Etat du nouveau-né : La naissance du nouveau-né est un moment privilégié lors de l'accouchement. Cet effet, de voir et de toucher son nouveau-né juste après sa naissance et surtout au bloc opératoire est un moment inoubliable pour les parturientes. Dans notre étude **90%** des parturientes ont signalé avoir vu leurs nouveau-nés au bloc opératoire.

Les réactions des parturientes à la vue des bébés ont été la joie dans **80%** des cas, mais dans **6%**, elles déclarent n'avoir ressenti aucun sentiment particulier du fait du stress ou du malaise per-opératoire.

-Prise en charge de la douleur : La prise en charge de la douleur fait partie intégrante de tout soin médical de qualité.

Brow et coll ont pu démontrer que l'efficacité du traitement antalgique et le soutien rapporté par les médecins et les sages-femmes prédisaient la satisfaction globale [60].

Sur les 250 participantes évaluées dans notre étude 227 soit **91%** présentaient une douleur lors de l'hospitalisation.

Parmi les participantes qui avaient une douleur **29%** ont déclaré n'avoir pas eu de traitement antalgique efficace.

-Relation avec le personnel soignant : La relation avec le personnel soignant est une composante importante dans l'évaluation de la qualité des soins. Les qualités humaines, la confiance, la continuité des soins, sont des aspects mis en avant par les parturientes aussi bien dans les pays riches que dans les pays pauvres [61].

Dans notre étude la relation parturiente-prestataire a été déclarée bonne dans **90%** des cas et mauvaise dans **10%** des cas.

9- Satisfaction globale

La manifestation verbale ou écrite de la satisfaction du patient est un jugement qu'il porte sur tous les aspects des soins, et particulièrement la dimension interpersonnelle. Certains patients sont reconnaissants alors que la qualité des soins n'était pas optimale. Inversement, il existe des patients pour lesquels les conditions hospitalières ainsi que celles des soins fournis ont été les meilleurs, mais qui se plaignent de leur sort [58].

Le score de satisfaction globale enregistré dans notre étude était généralement de satisfait à très satisfait avec un taux de **91%** par rapport à celui qui a été retrouvé au Maroc par Igorman H [62] avec un score à **81%**. Ainsi les scores variaient entre **71%** en Suède et **98,7%** en Suisse [63,64].

- Relation entre l'antécédent chirurgical et la réaction des parturientes après l'annonce de la césarienne : Il y a une relation statistiquement significative entre l'antécédent chirurgical des parturientes et la réaction des parturientes après l'annonce de la césarienne ($p < 0,001$).

- **Relation entre la satisfaction des parturientes sur l'anesthésie et le ressenti de la douleur en per-opératoire** : Il y a une relation statistiquement significative entre la satisfaction des parturientes sur l'anesthésie et le ressenti de la douleur en per-opératoire ($p < 0,001$).

-**Relation entre la satisfaction des parturientes à la sortie et le comportement du personnel au bloc** : Il y a une relation statistiquement significative entre le comportement du personnel au bloc et la satisfaction des parturientes à la sortie ($p = 0,0019$).

-**Relation entre la satisfaction des parturientes à la sortie et la relation parturiente-prestataire** : Il y a une relation statistiquement significative entre la relation parturiente-prestataire et la satisfaction des parturientes à la sortie ($p = 0,0001$).

10- Raison de non satisfaction

Sur un plan plus pratique, la recherche de la satisfaction est toujours utile et aide à l'amélioration de la qualité des soins, et l'analyse des insatisfactions permet d'améliorer le service rendu.

Dans notre étude des points négatifs ont été notés : Absence de communication (**8cas**), mauvaises conditions de séjour (**5cas**), douleur insuffisamment prise en charge (**5cas**), manque de soins en suites de couches (**3cas**), mère d'un nouveau-né décédé (**1cas**), phobie des hôpitaux (**1cas**).

Notre enquête a identifié les processus de soins hospitaliers spécifiques qui pourraient être améliorés. En particulier, la communication entre les soignants et les parturientes, ainsi que la gestion de la douleur sont des domaines qui devraient être ciblés dans le but d'améliorer la qualité des soins.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. CONCLUSION et RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

La satisfaction des patients est basée sur une communication efficace de la part de l'équipe soignante et la création d'un lien patient-soignant. Cette étude a retrouvé les principales causes d'insatisfaction et a surtout permis de les quantifier pour dégager les actions prioritaires.

Elle dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer le niveau d'instruction, la qualité du suivi prénatal, de la qualité de la préparation psychologique avant, pendant et après l'intervention et des soins reçus.

Les réactions des femmes face à l'annonce d'une césarienne imminente sont diverses, parfois c'est la panique qui l'emporte, tandis que pour d'autres femmes, c'est plutôt le soulagement après un travail harassant et interminable.

Les principales raisons de non satisfaction ont concerné les conditions de séjour, l'absence d'une prise en charge adéquate de la douleur et le manque d'écoute, en dehors même de la qualité de l'anesthésie locorégionale objet de notre étude.

Nous considérons les résultats de notre travail comme étant des résultats préliminaires nécessitant d'être mieux étayés par de larges études à venir.

2- RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires :

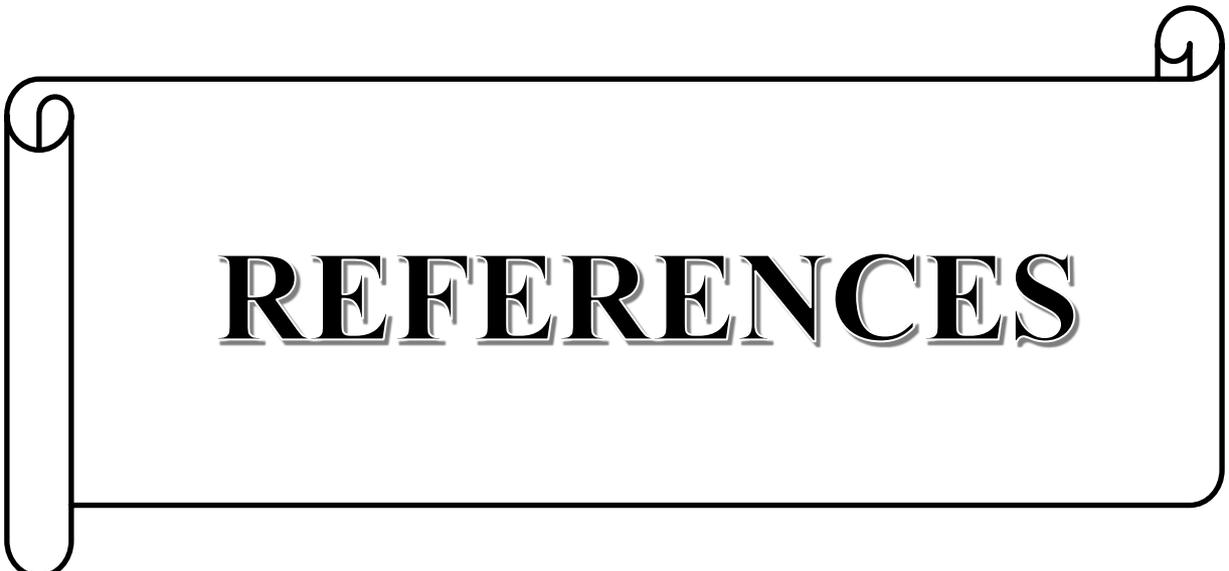
- Assurer la formation continue du personnel sanitaire à travers les supervisions formatives.
- Former le personnel en technique de communication pour le changement de comportement (CCC).
- Doter le service de réanimation en personnels et en matériels adéquats.

Aux personnels socio-sanitaires :

- De faire une préparation psychologique chez toutes les femmes enceintes au cours des consultations prénatales sur l'accouchement normal et le risque possible de césarienne.
- De faire une consultation pré-anesthésiste chez toutes les femmes enceintes au cours des consultations prénatales.
- Référer à temps au cours des CPN les grossesses pathologiques vers les CSREF.

Aux gestantes :

- De venir à temps au centre de santé dès le début du travail d'accouchement.
- Adhérer aux principes de la CPN recentrée afin d'éviter les situations d'urgence.

A decorative scroll frame with a black outline and rounded corners, containing the word 'REFERENCES' in a bold, serif font.

REFERENCES

VII. REFERENCES

1. **Soumaré H.** Complications maternelles infectieuses bactériennes post-césariennes. Thèse de médecine Bamako ; 2006 ; n°352.
2. **Beye MD, N'Diaye, Diouf E, Leye SA, Sall VOB.** Anesthésie pour césarienne : évaluation de la qualité de la prise en charge à travers une étude multicentrique réalisée dans trois hôpitaux de Dakar. I.Magh. Anesth. Réa. Méd-urg 2007 ; 15 : 176-180.
3. **Arvieux CC, Rossignol B, Gueret G, Havaux M.** Anesthésie pour césarienne en urgence. In : SFAR, éditeur. Congrès national d'anesthésie. Elsevier Paris 2001 : 9-25.
4. **Aveline C, Bonneet F.** Anesthésie locorégionale. In Bonnet F, Soulier A, Spielvogel C. Le livre de l'interne en anesthésiologie. Paris : Flammarion 1998. P. 160-4.
5. **Pichlmayr I, Jeck-Thole, Hallbum I.** Anesthésiologie. Paris Vigot, 1994. P. 149-68.
6. **D'Athis F.** Anesthésie locorégionale. Paris : Masson, 1995. P.161.
7. **Goïta D.** Anesthésie péridurale lombaire à l'hôpital National du Point-G à propos de 112 cas. Thèse de Médecine : ENMP, Bamako. 1995 ; 23 : 109.
8. **Traoré BO.** Etude de la rachianesthésie à la péthidine à l'hôpital National du Point-G à propos de 150 cas. Thèse de Médecine : ENMP, Bamako. 1996 ; 60 : 102.
9. **Fosto Kamadjo GM.** Incidents et accidents de l'anesthésie à l'hôpital National du Point-G : profil épidémiologique, clinique et pronostique. Thèse de Médecine : Bamako, 2005 ; 186 : 92.
10. **Beye SA, Faye A, Djibo MD, Traoré B, Wade KA, Kokaina C, Goïta D, Diallo B, Dicko H, Coulibaly Y.** Anesthésie pour césarienne : les facteurs liés à la morbi-mortalité néonatale dans un hôpital de seconde référence au Mali. Rev Afr Anesth Réa Urg 2011 ; 16-3.

11. **Traoré B, Beye SA, Kokaina C, Sacko S, Teguede I, Traoré Y, Traoré M, Dolo A.** Mortalité périnatale au pôle mère-enfant de Ségou au Mali. *Med Afr Noire* 2011 ; 58 (4) : 203-208.
12. **Albrech H.** Indication excessive de césarienne. *Triangle* 1991 ; 31 (2) : 141-148.
13. **Sureau C.** Fait-on trop de césarienne ? *Rev. Prat.* 1990 ; 24 (40) : 2270-2272.
14. **Chobli M.** Pronostic maternel selon le type d'anesthésie pour césarienne en milieu urbaine au Bénin/source OMS de 2001 à 2002. Clinique universitaire de gynécologique et obstétrique (CUGO) département d'anesthésie et de réanimation FSS 01 BP 586 Cotonou. [http://www.ffmer.ch/membres GF mer/pdf/anesthésie](http://www.ffmer.ch/membres/GFmer/pdf/anesthésie), Adisso. 2006.
15. **Direction Nationale de la Santé**, cellule santé de la reproduction, département de césarienne. Mali. Donnée statistique de l'évolution de la césarienne en 2006. Disponible en ligne : <http://www.dni.gov.ml>.
16. **Konaté F.** L'anesthésie dans la césarienne en urgence dans le service d'anesthésie-réanimation et d'urgence CHU Point-G. Thèse : Med : Bamako : 2007 : p48 ; N°209.
17. **Tegueté I.** Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du Point-G de 1991 à 1993. A propos d'une étude de cas-témoins de 1544 cas. Thèse méd, Bamako 1996, N°17, 133P.
18. **Coulibaly S.** Présentation au cours du travail d'accouchement au CHU du Point G de 1990 à 2000. Thèse Médecine, Bamako 2001, 71 P 85.
19. **Linder-Pelz SU.** Toward a theory of patient satisfaction. *Soc sci Med* 1982 ; 16 : 577-82.
20. **Deutsch N, Wu CL.** Patient outcomes following ambulatory anesthesia. *Anesthesiol Clin North America* 2003 ; 21 : 403-15.
21. **Eagle CJ, Davies JM.** Current models of quality an introduction for anaesthetists. *Can J Anaesth* 1993; 40: 851-61.

22. **Le May S, Hardy JF, Taillefer MC, Dupus G.** Patient satisfaction with anesthesia services. *Can J Anesth* 2001 ; 48 : 153-61.
23. **Ross A.** Maternal satisfaction with labour analgesia. *Baillieres clin obstet gynaecol* 1998 ; 12 : 499-512.
24. **Hudak PL, Wright JG.** The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000 ; 25/3167-77.
25. **Gredilla E, Perez Ferrer A, Martinez B, Alonso E, Diez J, Gilsanz F.** Maternal satisfaction with the quality of epidural analgesia for pain relief in labor (Spanish). *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2008 ; 55 : 160-4.
26. **Paech MJ.** The King Edward Memorial Hospital 1000 mother survey of methods of pain relief in labor. *Anaesth Intensive Care* 1991 ; 19 : 393-9.
27. **Racinet, Favier M.** La césarienne, indication, technique, complication. Masson, Paris, 1984 : 140-3.
28. **Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris : Maloine 1986 : 383-99.
29. **Holley A, Muir MD.** Anesthésie obstétricale, est-elle devenue obsolète ? *ACAN J Anaesth* 1994/41 :5/26-29.
30. **Marc Van DE Velde.** Mise au point sur l'anesthésie pour césarienne. *Le praticien en anesthésie-réanimation*, 2002 ; 6(1) : 10-16.
31. **Benedetti TJ.** Maternal complications of parenteral bêta-sympathomimetic therapy for premature labor. *Am J Obstet-Gynecol* 1983 ; 145 : 1-6.
32. **Benedetti TJ, Kates R, Williams R.** Hemodynamie observations in severe preeclampsia complicated by pulmonary edema. *Am J Obstet-Gynecol* 1985 ; 152 : 330-4.
33. **Arvieux CC, Blanc P, Briot R.** Valvuloplatie et grossesse. In: estanove, JJ lehot, Eds. *Cardiopathies de l'adulte. Anesthésie en chirurgie non cardiaque.* Paris : Masson ; 1998 : 227-241.

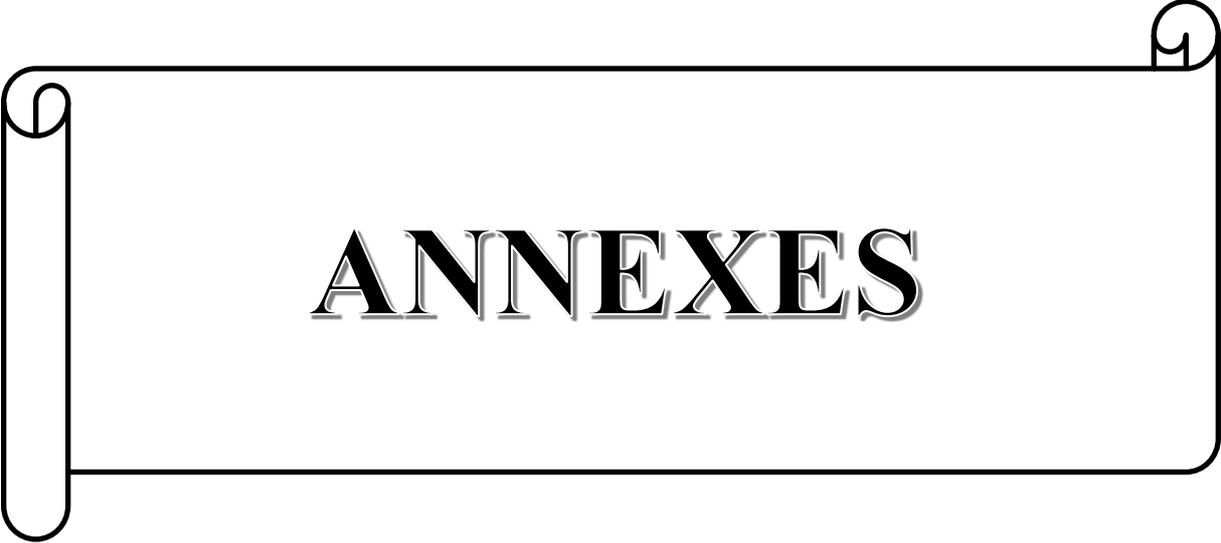
34. **Morisaki H, Yamamoto OS, Morita Y, Kotake Y, Ochiai R, Takeda J.** Hypermagnesemia induced cardio-pulmonary arrest before induction of anesthesia for emergency cesarean section. *J clin Anesth* 2000 ; 12 : 224-6.
35. **Schneck H, Scheller M, Wagner R, Von Hundelshausen B, Kochs E.** Anesthesia for cesarean section and acid aspiration prophylaxis: a German survey. *Anesth Analg* 1999 ;7 : 27-31.
36. **Haberer JP, Diemunsh P.** Anesthésie obstétricale : méthodes et complications. In : EMC ; 36-595-C-10. Editor. *Anesth. Réanim.* Paris : Elsevier 1989.
37. **Sharma SK, Philip J.** The effect of anesthetic techniques on blood coagulability in parturients as measured by tromboelastography. *Anaesthesia*, 2002 ; 56 : 1090-1097.
38. **Marc Van De Velde.** Mise au point sur l'anesthésie pour césarienne. *Le praticien en anesthésie-réanimation*, 2002 ; 6 (1) : 10-16.
39. **Diemunch P, Straja A.** Précis d'anesthésie locorégionale 2ème édition. Paris : Masson, 1988 : 165-196.
40. **Rabarijoana HZ, Rabearivony N, Randriamiarana JM.** Anesthésie dans la césarienne d'urgence dans un centre sous-équipé. *Med Afr Noire* 2004 ; 52 (5) : 267-268.
41. **Hamza J.** L'anesthésie en France en 1996. Résultats d'une enquête de la société Française d'anesthésie et de réanimation. *Ann.Fr.Anesth.* : 1997 ; 16 : 1-4.
42. **Reyding EL, Wijma B, Wijma K.** Experiences of emergency cesarean section: a phenomenological study of 53 women birth 1998; 25: 246-251.
43. **Ngiam SK, Chong JL.** Cesarean on vaginal birth: perceptions and experience of thai women in Australian hospital. *Aust NZJ Public Health* 1998 ; 22 : 604-8.

44. **Andrews ZZ, Ramin SM, Maberry MC, Shearer V, Black S, Wallace DH.** Effect of type of anesthesia on blood loss at elective repeat cesarean section. *Am J Perinatal* 1992 ; (9) : 197-200.
45. **Frederiksen MC, Glassemberg R, Stika CS.** Placenta previa: a 22-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999 ; 180 : 1432-7.
46. **Eckstein KL, Vicente-Eckstein A.** A clinical report of 11 years experience of anesthesia for cesarean section (n: 721) particularly spinal anesthesia (n :648) in a hospital outpatient clinic. *Reg Anesth* 1990 ; 13 : 47-53.
47. **Ben-David B, Miller G, Gavriel R, Gurevitch A.** Low-dose bupivacaine-fentanyl spinal anesthesia for cesarean delivery. *Reg Anesth Pain Med* 2000 ; 25 : 235-9.
48. **Pan PH, James CF.** Anesthetic post-operative morphine for cesarean section and post-operative oxygen saturation monitored by telemetric pulse oxymetry network for 24 continuous hours. *J clin Anesth* 1994 ; (6) : 124-128.
49. **Mercier FJ, Tecszy M, Benhaoud D.** Analgesie après césarienne : rachianalgésie versus PCEA. In : SFAR, Ed. Evaluation et traitement de la douleur. 40ème congrès national d'anesthésie et réanimation. Paris : Elsevier, 1998. P : 73-85.
50. **Dembélé P.** Etude épidémiologique et pronostic des suites de couches post-césariennes au centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de Médecine : Bamako Mali 2019 ; N°350, P67.
51. **Traoré D.** Césarienne prophylactique au CSRéf commune II. Thèse Med Bamako 2013 ; N°337.
52. **Sissoko H.** Complications non infectieuses post-césariennes immédiates au CSREF CV. Thèse de Médecine Bamako Mali 2006 M-247.
53. **Cissé B.** La césarienne : aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des complications post opératoires dans le service de

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

- gynécologique obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine : Bamako Mali 2001, M.
54. **Mariko S.** Complications maternelles de la césarienne au centre de santé de référence de Koutiala. Thèse Med Bamako 2008 ; N°546.
55. **Auroy Y, Laxenaire MC, Clergue F, Pequignot F, Jougla E, Lienhart A.** Anesthésie en obstétrique. Ann Fr Anesth Réanim 1998 ; 17 : 134-6.
56. **Diarra FL.** Etude de l'Anesthésie dans les césariennes en urgence à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 90 cas. Thèse : Med : Bamako : 2001 : P58 ; N°91.
57. **Daou B.** Complications des anesthésiques rachidiens à l'hôpital du point G. Thèse de Med. Bamako : 2002 : 80P ; N°125.
58. **Tangara S.** Evaluation de la qualité des soins d'accouchement au centre de référence de la commune IV. Thèse de Médecine : Bamako Mali 2009.
59. **Traoré M.** Le vécu de la césarienne par les femmes : au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de Médecine : Bamako Mali 2019 ; P66.
60. **Brown S, Lumley J C.** **Hanging childbirth:** lessons from Australian survey of 1336 women. Br J Obstet Gynaecol 1998 ; 105 : 143-55.
61. **Ramanah R, Dumont A, Schepens F.** Satisfaction des soins obstétricaux : élaboration et validation d'une échelle de mesure de la qualité des soins Gynécologique Obstétrique et Fertilité 42 (2014) 477-482.
62. **Igorman H.** Evaluation de la satisfaction des parturientes après l'accouchement au service de gynécologie obstétrique CHU Mohamed VI de Marrakech. Thèse de Médecine : Marrakech Maroc 2018 ; N°052, P40.
63. **Gasquet I, Villemintot S, Estaquio C, Durleux P, Ravaud P, Fallssard B.** Construction of a questionnaire measuring outpatients's opinion of quality of hospital consultation departments. Health Qual Life Outcomes. 2004 ; 2 : 43.

64. **Tat S, Barr D.** Healthcare in the new Vietnam: Comparing patients satisfaction with outpatient care in a traditionnal neighborhood clinic and a new, western-Style Clinic in Ho Chi Minh City. Soc Sci Med. 2006 ; 62 : 1229-36.



ANNEXES

VIII. ANNEXES

Fiche d'enquête

Date :/...../ 2021

Numéro d'ordre : /...../

I. Caractéristiques sociodémographiques :

Q1- Age :ans

Q2- Résidence :

Q3-Profession:/...../ a-Fonctionnaire b-Ménagère c-Elève/Etudiant

d-Vendeuse/Commerçante e-Autres à préciser :

Q4-Statut matrimonial : Mariée Célibataire Divorcée Veuve

Q5-Niveau d'instruction : Non scolarisé Primaire Secondaire Supérieur

Q6-Mode d'admission : Venue d'elle-même Référée Suivie au CSRéf

II. Antécédents :

A-Gynéco-Obstétriques :

Q7-Gestité:/...../ a-Primigeste b-Paucigeste c-Multigeste d-Grande multigeste

Q8-Parité:/...../ a-Nullipare b-Primipare c-Paucipare d-Multipare e-Grande multipare

Q9-Nombre d'enfants vivants:/...../

Q10-Nombre d'enfants décédés:/...../

Q11-Nombre d'avortements : /...../

Q12-Médicaux:/...../ a-HTA b-Diabète c-Drépanocytose d-Asthme

e-Cardiopathie f-Aucun

Q13-Chirurgicaux : /...../ a-Césarienne b-Salpingectomie c-Myomectomie

d-Aucun f- Autres à préciser.....

-Si césarienne :

Q14 -Type d'anesthésie : AG ALR

Q15-Complications : Oui Non

•Si oui préciser :.....

III. Césarienne :

Q16-Contexe : Urgence Prophylactique

Q17-Les horaires de l'intervention :

Entre 00H et 08H Entre 08H et 16H Entre 16H et 00H

Q 18-Indication :

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

Q19-Auteur de la césarienne :

Médecin généraliste Interne Gynécologue Obstétricien(ne)

Q20-Qui a donné l'information : Médecin Interne Sage-Femme

Q21-Quel était le sentiment après cette information : Peur Tristesse Soulagement

Q22-Comment a-t-elle été conduite au bloc :

Marché pour aller au bloc Chaise roulante Brancard

Q23-Accompagné par qui : Médecin Interne Sage-Femme

Q24-A-t-elle eu des paroles pour la rassurer : Oui Non

-Si oui préciser :.....

Q25-Pendant le transport : Couverte : Oui Non

V-Anesthésie :

Q26-Type d'anesthésie : AG Rachianesthésie Péridural

Q27-Anesthésiste : Médecin Assistant Médical

Q28-Explication de l'anesthésie : Oui Non

Q29-Ya-t-il eu des présentations de la part du personnel : Oui Non

Q30-Comportement du personnel au bloc : Bon Mauvais

Q31-Ressent une douleur au cours de l'anesthésie : Oui Non

Q32-Intimité respectée au bloc opératoire : Oui Non

Q33-Est-ce que quelqu'un lui a mal parlé (propos déplacés) : Oui Non

-Pendant la césarienne :

Q34-Ressenti de la douleur : Oui Non

Q35-Reste éveillée pendant toute la durée de la césarienne : Oui Non

Q36-Ecouter son nouveau-né crier à la sortie : Oui Non

•Si oui quel sentiment :.....

Q37-Présenté son nouveau-né : Oui Non

•Si oui quel sentiment :.....

•Si non quel sentiment :.....

Q38-Quel était le délai de prise en charge du bébé :...../

Q39-Etes-vous satisfaite de cette anesthésie : Oui Non

Q40-Complications per opératoire:/...../ a-Poussée hypertensive b-Bradycardie

c-Hypotension d-Tachycardie e-Arrêt cardiaque f-Aucun g-Autres.....

Q41-Durée de l'intervention:/...../

Q42-Complications post anesthésiques :

Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous ALR

a-Nausée et vomissement b-Céphalées c- Cervicalgie d-Rétention urinaire e-Constipation
f-Saignement g-Reprise au bloc h-Aucun i-Autres.....

Q43-Relation avec le personnel au bloc : Bon Mauvais

Q44-Douleur post opératoire : Oui Non

Q45-Si oui quelle était la prise en charge : Injectable Orale Suppositoire

Q46-Est-ce que cette douleur était prise en charge de manière :

Très bonne Bonne Mauvaise Très mauvaise

Q47-Délai de premier lever :...../

Q48-Délai de premier marcher :...../

Q49-Délai d'allaitement :...../

Q50-Sortie de l'hôpital :...../

Q51-Quelle est votre satisfaction globale :

Très satisfaite Satisfaite Peu satisfaite Insatisfaite

Q52-Raisons de non satisfaction :.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIONI

Prénom : Charles

Date et lieu de naissance : Le 10 Août 1994 à Lohan

Titre : Enquête de satisfaction des parturientes après césarienne sous anesthésie locorégionale au CSREF de la Commune V du District de Bamako.

Année universitaire : 2020-2021

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS et FAPH de l'Universitaire des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

E-mail : charlesdioni43@gmail.com

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique

Résumé de la thèse :

Notre étude s'est déroulée au CSREF de la Commune V du District de Bamako. Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique allant du 01 Avril au 30 Juin 2021 soit 3 mois. Nous avons réalisé 666 césariennes sur un total d'accouchements de 2383 soit une fréquence de 28%. Pendant la même période 666 actes d'anesthésies ont été pratiqués dont 620 anesthésies locorégionales soit une fréquence de 93%.

Cependant l'analyse statistique a porté sur 250 fiches remplies soit 40%. La rachianesthésie a été la technique la plus pratiquée soit une fréquence de 99%.

L'anesthésie pour césarienne a été jugée satisfaisante par les parturientes dans 90% des cas. Le score de satisfaction globale enregistré dans notre étude était bon soit une fréquence de 91%. Nous avons noté un bon niveau de satisfaction pour les soins médicaux et paramédicaux. Les facteurs associés à la non satisfaction des participantes ont concerné les aspects de la communication.

Les mots clés : anesthésie locorégionale, césarienne, satisfaction.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !!!