

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE
(M.E.S.R.S)

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

**ASPECTS EPIDEMIOLOGUES, CLINIQUES ET
PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DE LA
CESARIENNE AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 16/11/2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. André SIDIBE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président : Pr Broulaye SAMAKE

Membres : Dr Belco MAIGA

Dr Amadou BOCOUM

Co-directeur : Dr Mahamadou KEITA

Directeur : Pr Youssouf TRAORE

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je rends grâce au **Seigneur Dieu** le tout puissant, le tout miséricordieux, le très Miséricordieux pour m'avoir donné la santé, la capacité, le courage de mener à bien ce travail et de m'avoir guidé pendant ces longues années d'étude.

Je dédie ce travail,

- **A Toutes les mères, singulièrement celles qui ont perdu la vie à la suite des complications de l'accouchement.**
- **Aux orphelins dont les mères ont succombé après leur avoir donné la vie.**
- **A mon papa Namaké Christophe**

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais manqué.

Que DIEU te récompense et te garde encore longtemps parmi nous. Amen.

➤ **A Ma très chère Maman Pauline Camara**

Femme dynamique, courageuse joviale, généreuse, loyale, sociable et attentionnée. Tu t'es toujours battue pour le bien-être de tes enfants.

Aucun mot, aucune phrase ne peut exprimer mes sentiments profonds d'amour, de respect et de reconnaissance. Que Dieu le tout puissant te donne bonne santé et longue vie.

➤ **A mes adorables Sœurs :**

Vous m'avez toujours fait confiance et je n'ai jamais manqué de vos soutiens.

Je n'oublierai jamais ces beaux moments que nous avons passé ensemble dans la famille. A chacun de vous je souhaite le meilleur sous la houlette du Seigneur.

Ce travail est le fruit des sacrifices que vous avez consenti dignement et humblement ; c'est l'occasion pour moi de vous remercier.

➤ **Mes oncles et tantes :**

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragements, et affection. J'espère que vous retrouvez dans la d'edicace de ce travail, le t'emoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur.

➤ **A mes cousins et cousines :**

Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute ma sympathie pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que la grâce du Seigneur vous accompagne.

REMERCIEMENTS :

❖ Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant.

Trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

❖ **Au Pr Youssouf TRAORE** : pour nous avoir confié ce travail.

Nous avons été marqués par votre disponibilité et votre humilité. Vous nous avez beaucoup soutenu et encadré durant ce travail. Vous nous avez enseigné l'abnégation et l'amour du travail bien fait. Merci pour votre constante disponibilité.

Que ce travail soit pour vous un témoignage de notre profonde gratitude. Que DIEU vous comble au-delà de vos attentes.

❖ **Au Dr KEITA Mahamadou** : nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre codirection, de profiter de votre enseignement de

votre qualité et de votre simplicité. Nous avons apprécié votre gentillesse, la richesse scientifique de vos apports dans l'élaboration de ce travail et votre disponibilité malgré votre emploi de temps très chargé. Que ce travail soit pour vous un témoignage de notre profonde gratitude.

❖ **Mes maîtres du CSRéf CI** : Dr Soumaré M, Dr Dicko M, Dr Sylla Y, Dr Samaké N pour votre encadrement.

❖ **A mes tantes Sages-femmes et infirmières du service de gynécologie obstétrique du CSRéf Commune I.**

❖ **Aux Dr SAMAKE Ousmane, Dr SAMAKE Mahamadou, Dr KAMISSOKO Abraham, Dr BORE Salmana, Dr COULIBALY Adama, Dr TRAORE Soumaila, Dr DIAWARA Koly, Dr BAGAYOGO**

Moussa, Dr TOURE Boubacar, Dr DRABO Adrien pour les conseils et le soutien.

❖ **A tous les aînés et tous les Médecins** qui m'ont apporté leur savoir au cours de mes différents stages pendant mon internat, recevez ici ma profonde gratitude et mes sincères remerciements.

❖ **A tous mes camarades internes et cadets du service de gynécologie obstétrique du CSRéf CI.**

❖ **A mes promotionnaires :**

Que Dieu nous donne la sagesse de demeurer toujours dans l'union sacrée que nous avons forgée tout au long de ce long parcours.

❖ **A tous mes amis** de crainte de ne pas citer quelqu'un, je ne saurais comment vous remercier pour votre présence et votre soutien durant toutes ces années de longue amitié.

❖ **A tout le personnel du CSRéf CI.**

❖ **A tout le personnel du Cabinet médical « Fanta » de Dialakorodji.**

❖ **A tous ceux qui ne verront pas leurs noms ici...** Je vous porte tous dans mon cœur et vous dis merci.

A notre maître et président du jury

Pr Broulaye SAMAKE

- **Maitre de conférences agrégé en anesthésie réanimation.**
- **Chef de service du service d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel TOURE.**
- **Spécialiste en anesthésie réanimation.**
- **Membre de la société d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgences du Mali (SARMU Mali).**
- **Membre de la société d'anesthésie réanimation de l'Afrique noire francophone (SARANF).**
- **Membre de la société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR).**

Cher Maître,

En acceptant de présider ce jury, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance. Nous sommes très heureux de compter parmi vos élèves.

Votre modestie et votre rigueur scientifique fait de vous une personne remarquable.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre grand respect.

A notre maître et Membre

Docteur Amadou BOCOUM

- **Maitre-assistant en gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Membre de la Société Malienne Gynécologie et Obstétrique (SOMAGO)**

vous avez accepté avec spontanéité et gentillesse de juger ce travail.

C'est un grand honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury malgré vos multiples occupations. ,

Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre amour le travail bienfaits force l'admiration. Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et membre du jury

Docteur Belco MAIGA

Maître assistant à la FMOS ;

- **Chef de service des urgences pédiatriques et de réanimation au
CHU Gabriel Touré**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**

Cher maître

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et de bénéficier de vos nombreux conseils. Le temps passé à vos côtés nous a permis d'apprécier en vous, rigueur, simplicité et disponibilité. Vos qualités intellectuelles ont donné une grande valeur scientifique à ce travail.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond attachement.

A NOTRE MAITRE et CO-DIRECTEUR

Docteur Mahamadou KEITA

- **Spécialiste en Gynécologie Obstétrique**
- **Praticien hospitalier au CSRéf Commune I**

Vous êtes un maître exceptionnel, doté de qualités impressionnantes.

Nul doute que ce travail est le fruit de vos immenses efforts.

Soyez rassuré que vos nombreux conseils et enseignements n'auront pas été vains et que nous sommes très fiers, du privilège qui nous a été accordé d'être compté parmi vos étudiants.

Merci infiniment.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Youssouf TRAORE

- **Professeur Titulaire en Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SO.MA.G.O.)**

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous. Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines. Votre éloquence dans l'enseignement, votre sens aigu du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous un modèle.

C'est un véritable privilège pour nous de compter parmi vos élèves.

Recevez ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ACTD** : Antécédents
- AMUPI** : Association Malienne pour l'Unité pour le Progrès de l'Islam
- AG** : Anesthésie Générale
- ALR** : Anesthésie Loco-Régionale
- BGR** : Bassin Généralement rétréci
- CPN** : Consultation Prénatale
- CHU-GT** : Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel TOURE
- cm** : Centimètre
- CS Com** : Centre de Santé Communautaire
- CSRéf** : Centre de Santé de Référence
- DES** : Diplôme d'études spéciales
- DIU** : Dispositif Intra-utérin
- DNS** : Direction Nationale de la Santé
- DPF** : Disproportion Foeto-Pelvienne
- FAF** : Femme Au Foyer
- FIGO** : Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
- g** : Grammes
- H** : Heure
- HNPG** : Hôpital National du Point G
- HRP** : Hématome Rétro Placentaire
- HTA** : Hypertension Artérielle
- IBODE** : Infirmier du Bloc Opératoire Diplômé d'état
- LRT** : Ligature résection des trompes

- min** : Minute
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PP** : Placenta Prævia
- RCI** : République de Côte d'Ivoire
- RDC** : République Démocratique du Congo
- SA** : Semaine d'Aménorrhée
- SFA** : Souffrance Fœtale Aigue
- SFC** : Souffrance Fœtale Chronique
- SIS** : Système d'Information Sanitaire
- TCA** : Taux de Céphaline Activée
- TP** : Taux de Prothrombine
- UON** : Unmeet Obstetrical Needs
- USA** : Etats-Unis d'Amérique
- %** : Pourcentage

Table des matières

I. INTRODUCTION :	1
II. OBJECTIFS :	4
III. GENERALITES :	6
IV.METHODOLOGIE :	24
V. RESULTATS :	35
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	51
VII. CONCLUSION :	57
VIII. RECOMMANDATIONS :	59
IX. REFFERENCES:	61
X. ANNEXES	67

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I: Historique de la césarienne :.....	12
Tableau II: Classification des indications maternelles absolues/Indications non absolues, réunion FIGO/Impact 2006 :.....	16
Tableau III: Classification des variables :.....	31
Tableau IV: répartition des patientes selon la voie d'accouchement et la tranche d'âge :	35
Tableau VI: répartition des patientes selon la voie d'accouchement et le statut matrimonial :.....	36
Tableau VII: répartition des patientes selon la voie d'accouchement et la résidence :	36
Tableau VIII: répartition des patientes selon la gestité et la voie d'accouchement :.....	37
Tableau IX: répartition des patientes selon la voie d'accouchement et la parité :	38
Tableau X: Corrélation entre la voie d'accouchement et l'antécédent de césarienne :	38
Tableau XI: répartition des patientes selon le motif d'évacuation :.....	39
Tableau XII: Corrélation entre la voie d'accouchement et l'âge gestationnel : .	40
Tableau XIII: Corrélation entre la voie d'accouchement et le mode d'entrée en travail :.....	40
Tableau XIV: Corrélation entre le type de grossesse et la voie d'accouchement :	41
Tableau XV : Répartition des patientes selon le type césarienne :	41
Tableau XVI: répartition des patientes selon les indications de césarienne :.....	43
Tableau XVII: répartition des patientes selon la classification de Robson	44
Tableau XVIII: Répartition des indications de la césarienne dans chaque groupe de Robson :	45

Tableau XIX: Répartition des patientes selon les complications maternelles per et post césarienne :	46
Tableau XX: Corrélations entre les complications maternelles per et post césarienne et le mode d'admission :	46
Tableau XXI: Corrélation entre les complications maternelles per et post césarienne et le type césarienne :.....	47
Tableau XXII: répartition des complications maternelles per et post césarienne dans les groupes de Robson :.....	47
Tableau XXIII: répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation :	48
Tableau XXIV: répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar:	48
Tableau XXV: répartition des nouveau-nés selon leur mode de sortie:.....	49

LISTE DES FIGURES :

Figure 1: Coupe sagittale médiane de l'utérus gravide et son conceptus :.....	6
Figure 2: Utérus gravide à terme : rapports antérieurs et supérieurs :.....	8
Figure 3: La classification en dix (10) groupes de Robson :	19
Figure 4 : Carte sanitaire de la commune I :	25
Figure 5: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie :	42

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

La césarienne est une intervention qui permet l'extraction du fœtus et de ses annexes après ouverture chirurgicale de l'utérus [1].

Cette intervention qui constituait un ultime recours autrefois est devenue très courante de nos jours. En 2015 les taux nationaux de césarienne étaient respectivement de 46,8% ; 30,2% ; 20,8% ; 15,5% au Mexique, en Allemagne, en France et au Pays-Bas [2].

En Afrique subsaharienne, cette intervention est peu pratiquée. En 2014 les taux nationaux étaient de 1,5% au Tchad, 2,1% au Burkina Faso, 3,1% en Côte-d'Ivoire et 5,5% en RDC [3].

Au Mali selon les rapports de l'Annuaire Statistique de la Direction Nationale de la Santé [4], le taux restait inférieur à 3% en 2015. Ce faible niveau fait l'objet d'une attention particulière de la part des autorités sanitaires du pays notamment la faiblesse de l'influence de l'opération césarienne sur la mortalité maternelle et périnatale.

Selon l'OMS les hausses des taux de césarienne jusqu'à 10 à 15% au niveau de la population sont associées à une diminution de la mortalité maternelle et néonatale [5].

L'OMS a proposé le système de classification de Robson comme système de référence international pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne dans les établissements de soins au cours du temps et entre établissement de soins.

La classification de Robson identifie 10 groupes mutuellement exclusifs sur la base de caractéristiques obstétricales [6]. Elle regroupe les gestantes selon le nombre de fœtus, la présentation fœtale, la parité, l'antécédent obstétrical (utérus cicatriciel), le mode de début du travail et l'âge gestationnel ; ce qui donne des catégories cliniques intéressantes pour l'analyse et le rapportage des taux de

césarienne. Dans la classification de Robson, le taux global de césarienne est présenté comme un composite des dix groupes.

Les groupes trois, un et cinq ont eu les fréquences de césarienne élevées sur une étude faite au Mali en 2018 par Kodio A. [7].

Au Kinshasa Mbungu MR et al. [8] ont rapporté les fréquences élevées de césarienne pour les groupe un, cinq et trois.

L'avantage d'une telle analyse est de fournir aux prestataires de soins en salle d'accouchement des données basées sur la pratique quotidienne leur permettant de mieux cibler les groupes de gestantes et les indications nécessitant une attention particulière pour non seulement indiquer l'opération césarienne à bon escient mais aussi améliorer le pronostic maternel et périnatal.

Le CSRéf de la commune I est un centre qui reçoit les références provenant des formations sanitaires de son aire géographique et de ses environs. Il n'y a pas à ce jour eu une étude sur les indications de césarienne dans ce centre, basée sur la classification de Robson.

Ce thème a été initié dans le but d'identifier les groupes pour lesquels des interventions spécifiques sont nécessaires pour ajuster le taux de césarienne et améliorer le pronostic materno-foetal.

II.OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1. OBJECTIF GÉNÉRAL :

Etudier la césarienne selon la classification de Robson au CSRéf CI.

2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

- ❖ Déterminer la fréquence de la césarienne selon la classification de Robson;
- ❖ Analyser les indications de la césarienne ;
- ❖ Établir la classification selon Robson ;
- ❖ Établir le Pronostic materno-foetal de la césarienne selon la classification de Robson.

II. GENERALITES

III. GENERALITES :

1. DEFINITION :

La césarienne est une intervention qui permet l'extraction du fœtus et de ses annexes après ouverture chirurgicale de l'utérus [1].

2. RAPPELS ANATOMIQUES :

2.1 ANATOMIE DESCRIPTIVE DE L'UTERUS GRAVIDE :

L'utérus gravide est un utérus contenant le produit de conception. Il est constitué de 3 parties : le corps, le segment inférieur et le col (figure 1). L'utérus gravide à terme pèse en moyenne 1000 grammes et a une capacité de 4-6 litres pour une grossesse monofoetale. L'utérus gravide est illustré par la figure suivante [9].

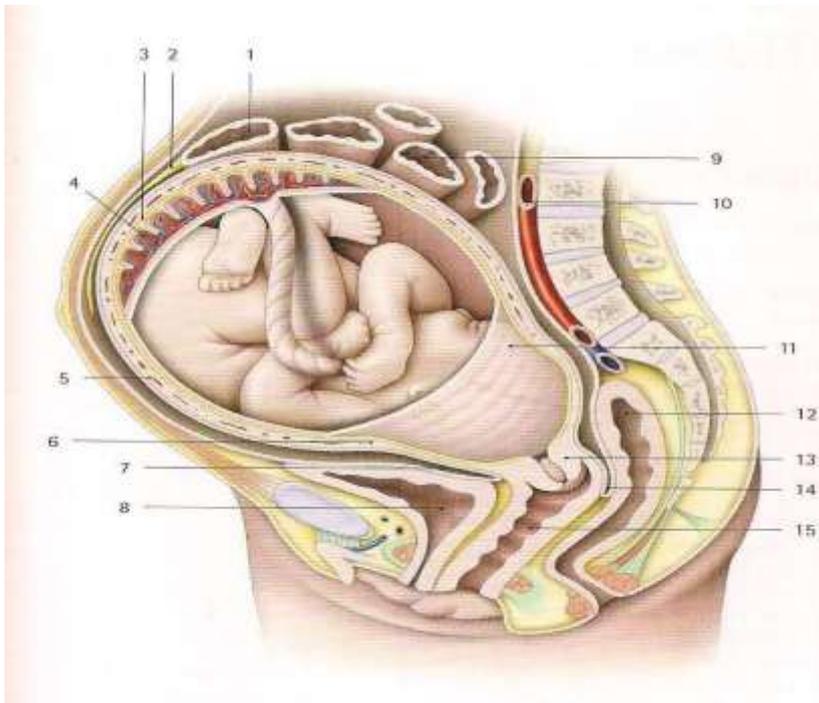


Figure 1: Coupe sagittale médiane de l'utérus gravide et son conceptus [9]

1. Colon transverse **2.** Grand omentum **3.** Caduque basale **4.** Placenta **5.** Corps utérin **6.** Segment inférieur **7.** Cul-de-sac vésico-utérin **8.** Vessie **9.** Intestin grêle **10.** Aorte abdominale **11.** Membranes choriales **12.** Rectum **13.** Col utérin **14.** Cul-de-sac recto-utérin **15.** Vagin

2.1.1 CORPS UTERIN :

Le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement. La paroi utérine se compose de trois tuniques qui sont de dehors en dedans : la séreuse, la musculuse et la muqueuse [9].

2.1.2 SEGMENT INFERIEUR :

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin. C'est une entité anatomique et physiologique constituée avec la survenue de la grossesse. Il disparaît avec elle. Sa minceur, sa vascularisation, en font une région de choix pour l'hystérotomie des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines. Par ailleurs, il correspond à la zone d'insertion du placenta prævia [9].

2.1.3 COL UTERIN :

Organe de la parturition, le col utérin ne présente de notables modifications physiologiques que pendant le travail. Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse [9].

2.2 RAPPORTS ANATOMIQUES DE L'UTERUS GRAVIDE :

L'utérus gravide présente plusieurs rapports anatomiques. Ces rapports sont résumés dans la figure suivante [9].

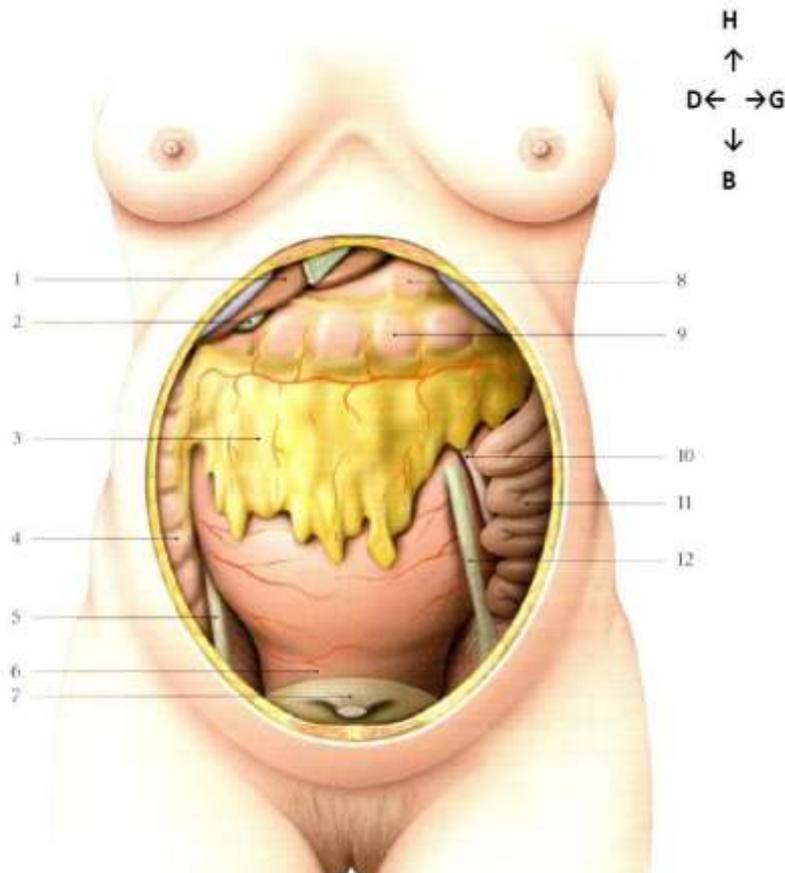


Figure 2: Utérus gravide à terme : rapports antérieurs et supérieurs [9]

1. Foie 2. Vésicule biliaire 3. Grand omentum 4. Colon ascendant 5. Ligament rond droit
6. Segment inférieur 7. Vessie 8. Estomac 9. Colon transverse 10. Trompe utérine gauche
11. Intestin grêle 12. Ligament rond gauche

2.3 VASCULARISATION ET INNERVATION DE L'UTERUS GRAVIDE :

2.3.1 VASCULARISATION :

□ Artères :

- Artère utérine :

Au niveau de l'utérus gravide, l'artère utérine s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur qui triple ou même quadruple, alors que son calibre augmente très peu et ne double jamais. Du point de vue histologique, les modifications essentielles consistent dans l'accroissement considérable de la tunique externe.

C'est après la délivrance que la rétraction de l'artère utérine entraîne une augmentation de son diamètre. Les branches externes conservent leur disposition hélicinée même dans l'utérus à terme. Elles forment de nombreuses anastomoses surtout en regard de l'aire placentaire [9].

-Artère ovarienne :

L'augmentation du calibre de l'artère ovarienne croit de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à celui de l'artère utérine et s'anastomose en plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse [9].

Veines :

Les veines utérines subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Il n'y a pas, dans le corps utérin gravide, de zone de vascularisation veineuse minima. Dans la paroi du segment inférieur et dans celle du col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps [9].

Vaisseaux lymphatiques :

Les vaisseaux lymphatiques s'hypertrophient au cours de la grossesse [9].

2.3.2 INNERVATION :

L'innervation de l'utérus gravide est identique à celle de l'utérus non gravide. Cependant, dans l'utérus gravide on note une chute quantitative de neurotransmetteurs noradrénaline ; le taux correspondant à 2% du myomètre non gravide [9].

3. EPIDÉMIOLOGIE :

Redoutée et meurtrière à ses débuts, la césarienne est devenue une intervention courante de nos jours, de par sa réputation d'être facile, la diversité et la multiplicité des indications.

Le désir constant de l'accoucheur de faire naître l'enfant dans le meilleur état possible, et sans préjudice maternel, contribue également à une hausse de sa fréquence dans les pays développés que les pays en développement.

Ainsi, le taux de césarienne est passé de 6% en 1972 à 10,9% en 1981, 14,3% en 1989, 15,9% en 1995, 17,5% en 1998 [10] et 21,6% en 2015 en Belgique [11]. - En Allemagne ce taux qui était de 7% en 1970 a atteint 16% en 1987 [12] et 31% en 2008 [13].

-Au Brésil, la fréquence variait entre 40-70% selon les régions en 2015 [14], - En France, le taux de césarienne a augmenté de façon considérable, allant 10,9% en 1981 à 20,2% en 2014 [15].

-Au Centre Hospitalier Universitaire IGNACE DEEN de Conakry, il était de 3,61% en 1984, 7,23% en 1987, 16,87% en 1992, 17,5% en 1998 [12].

Au Mali :

-A la maternité de l'Hôpital du Point « G », les fréquences ont varié de 13,8% en 1988, 20,88% en 1991 pour atteindre 24,05% en 1996 [14], et 23,1% en 2005 [16].

-A la maternité de l'Hôpital régional de Kayes, le taux de césarienne était de 7,5% en 2005 [17] et 15,3% en 2006 [18].

Bien que plusieurs lignes directrices, dont celle publiées par l'OMS et United States Healthy People 2000 initiatives, annoncent que le taux optimal de césarienne se situe à 15%, cela semble n'avoir pas eu d'effet sur le taux de césarienne que nous connaissons actuellement [19].

4. HISTORIQUE :

La césarienne, acte chirurgical parmi les plus anciennement réalisés est étroitement liée à l'histoire de l'humanité mais aussi aux mythes originels, comme si le mystère de la naissance en dehors des voies naturelles avait fasciné les hommes et réservé celle-ci aux dieux.

Le mot césarien vient probablement de caedere (couper) ; Jules César ne naquit pas par césarienne puisque sa mère Aurélia survécut de nombreuses années à son accouchement et fut même une conseillère écoutée de son fils [20].

Aucune preuve ne peut ętre ęvidemment amenęe sur la ręalisation de cęsarienne au cours de la pręhistoire et il faut attendre l'antiquitę pour que la cęsarienne soit mentionnęe.

Apręs cette pęriode lęgendaire, la seconde ętape de la cęsarienne dure environ trois sięcles de 1500 ę 1800, durant lesquels, elle apparaissait comme un vęritable pis-aller ę cause de l'incertitude qui la caractęrisait.

Les faits marquants cette pęriode :

Tableau I: Historique de la césarienne [21]

Année	Auteurs	Nationalités	Faits/évènements
1500	Jacob NUFER	Allemand	Réussit la 1 ^{ère} césarienne sur femme vivante
1581	François ROUSSET	Français	Publia «le Traité nouveau d’hystérotomie ou enfantement césarien»
1596	MERCURIO	Italien	Préconisa la césarienne en cas de bas barré
1721	MAURICEAU, Comme Ambroise PARE	Français	Condamnent 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
1 ^{ère} Moitié du 18 ^è siècle	BAUDE- LOCQUE	Français	Fut un grand partisan de la césarienne à l’époque
1769	LEBAS	Français	Première suture utérine par le fil de soie
1788	LAUVERJAT	Français	Incision transversale de la paroi et de l’utérus
1826	BAUDE- LOCQUE	Français	Césarienne sous péritonéale

1876	PORRO	Américain (Boston)	Introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie de l'hystérotomie
1882	Allemands KEHRER et SANGER	Allemand	Suture systématique de l'utérus
1907	Frank PORTES	Américain	Extériorisation temporaire de l'utérus, imagine l'incision segmentaire basse et sa péritonisation par le péritoine préalablement décollé
1908	PFANNENSTIEL	Américain	Propose l'incision pariétale transversale
1928	Sir Alexander FLEMMING	Britannique	Découverte de la pénicilline G

En 1994, Michael Stark de l'hôpital Misgav Ladach publie une technique de césarienne qui permet de diminuer les attritions tissulaires et de simplifier considérablement les étapes opératoires.

Bien sûr, l'amélioration progressive du pronostic maternel fut liée non seulement aux progrès de la technique opératoire, mais aussi à l'évolution des techniques anesthésiques, à l'avènement des antibiotiques, ainsi qu'aux progrès de la transfusion sanguine et de la lutte contre les accidents thromboemboliques.

5. PROBLEMATIQUE DES CLASSIFICATIONS DES INDICATIONS DE LA CESARIENNE :

Les indications de la césarienne sont multiples et toute pathologie obstétricale peut en être une, ce qui donne une grande variété de classification de ces indications [22].

Ainsi la littérature internationale rapporte plusieurs classifications :

5.1 La classification de Boisselier (1987) :

Utilisée également par Maillet (1991), Cissé (1995) et UON (1999), [23] qui ont choisi de répartir les indications de la césarienne en :

-Césariennes obligatoires qui concernent des situations où l'accouchement ne peut être effectué que par voie haute car l'absence d'intervention conduit au décès de la mère ou de l'enfant ou à des séquelles graves (disproportions foeto-pelviennes (DFP), placenta recouvrant ou tout autre obstacle prævia, présentation dystocique).

-Césariennes de prudence l'accouchement par voie basse est théoriquement possible mais l'intervention améliore le pronostic de la mère et/ou du nouveau-né (Utérus cicatriciel, présentation du siège, souffrance fœtale, enfant précieux).

-Césariennes de nécessité ou de rattrapage en rapport avec des pathologies de la grossesse ou des anomalies de l'accouchement mal prises en charge au départ et/ou référées tardivement [24].

Cette catégorie concerne toutes les indications de césarienne par excès et qui auraient pu être évitées.

D'après cet auteur il s'agit de :

Dystocie dynamique non traitée ;

Bassin limite sans épreuve du travail correcte ;

Souffrance fœtale sur la base du seul critère présence de liquide amniotique teinté, d'une bradycardie isolée, une tachycardie isolée ou autre.

GAUCHERAND (1990) a choisi la classification suivante [25] :

DFP

SF

Utérus cicatriciel

Présentation du siège

D'autres auteurs : CIRARU-VIGNERON (1985), **Melchior** (1988), ont préféré classer ces indications par ordre de fréquence [26].

5.4 D'autres classifications ont été proposées :

Par ordre chronologique tenant compte du moment de la décision, c'est à dire avant ou pendant le travail ; c'est l'opposition classique entre la césarienne prophylactique et la césarienne d'urgence.

Répartition en indication posée dans l'intérêt maternel ; dans l'intérêt foetal et dans l'intérêt conjugué de la mère et l'enfant.

Opposition des indications « classique » aux indications « modernes » dites de sécurité foetale.

5.5 Classification de Baltimore

En 2006, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) et l'Initiative pour l'évaluation du programme de mortalité maternelle (Impact) ont coparrainé une réunion avec des chercheurs pour débattre des meilleurs moyens pour promouvoir la collecte et l'examen de routine d'indications comparables pour les césariennes [22]. Lors de cette réunion, les participants venus de 21 pays ont présenté des informations sur les systèmes actuels de classification utilisés pour signaler les indications concernant les accouchements par césarienne.

Le groupe a recommandé la mise en œuvre d'une classification pour les césariennes, divisée en indications maternelles absolues et non absolues. Il a également suggéré que les pays devraient systématiquement examiner les indications de césarienne en ajoutant des éléments de données standard aux rapports de routine.

Les comparaisons des résultats pour la mère et l'enfant sont souvent faites entre ces deux catégories de césarienne. Les deux groupes sont présentés par le tableau 1 ci-dessous.

Tableau II: Classification des indications maternelles absolues/Indications non absolues, réunion FIGO/Impact 2006 [22].

Indications maternelles absolues	Indications non absolues
1.Dystocie	1.Eclampsie/ pré-éclampsie
2.Bassin déformé	2. Souffrance fœtale
3.Echec de l'épreuve du travail	3. Absence de progrès dans le travail
4.Absence de progrès dans le travail	4. Présentation de siège
5. Gros fœtus	5.Hémorragie anté-partum, à l'exclusion des cas majeurs incluant le décollement du placenta
6.Bassin immature	6. Antécédent de césarienne
7.Hémorragie anté partum majeure et placenta prævia (classe 3 ou 4)	7. Cicatrice utérine de chirurgie antérieure
8.Rupture utérine	8. Travail prolongé
9.Disproportion fœto-pelvienne	9. Procidence / circulaire cordon
10.Présentation vicieuse (y compris transversale, oblique, par le front)	10. Rétention du jumeau
11.Bassin généralement rétréci	11. Mouvement fœtal réduit ou absent
12. Placenta prævia grade 3 ou 4	12. Enfant précieux
13. Procidence du Bras	13. HTA avec induction de travail
14.Autres	15.Antécédent de cure de prolapsus utérin
	16. Autres

5.6 La classification de Michael Robson :

Elle est la classification que nous avons choisie pour notre étude.

Selon l'OMS les hausses des taux de césarienne jusqu'à 10 à 15% au niveau de la population sont associées à une diminution de la mortalité maternelle et néonatale diminuait [5].

Malgré le manque de preuves scientifiques indiquant des bénéfices substantiels maternels et périnatals liées à l'augmentation des taux de césarienne, et certaines études montrant que des taux plus élevés pourraient être liés à des conséquences négatives sur la santé maternelle et infantile [27, 28]. Les taux de césarienne continuent d'augmenter dans le monde, en particulier dans les pays à revenu moyen et élevé et sont devenus un problème de santé publique majeur et controversé [29, 30]. L'absence d'un système de classification standardisé internationalement reconnu pour surveiller et comparer les taux de césarienne de manière cohérente et axée sur l'action est l'un des facteurs empêchant une meilleure compréhension de cette tendance et des causes sous-jacentes [31]. L'adoption d'un système commun de classification permet la réflexion et la recherche aux niveaux local, régional et national en vue de mieux guider les soins à venir. Le Dr Michael Robson a conçu un tel système de classification [32, 31]. Le système de classification des dix groupes (TGCS) a été décrit pour la première fois en 2001[15]. Bien qu'à l'origine utilisé comme méthode pour évaluer les taux de césariennes, il a été structuré de manière à pouvoir être utilisé pour évaluer tous les résultats maternels et périnatals, et évaluer simultanément différents processus et leur rentabilité. Une récente méta-analyse comparant divers systèmes de classification des césariennes en est venue à la conclusion que la classification de Robson en dix groupes était optimale [33]. En octobre 2014, un groupe d'experts commis par l'OMS a réfléchi sur un système universel de classification des césariennes.

La méthode de Robson, qui est déjà utilisée dans certains pays du Nord (Royaume-Uni, Irlande, Norvège, Danemark, Suède, Etats-Unis et Canada),

dans deux pays en Amérique latine (Chili et Brésil) et en Afrique du Sud, a été retenue [31].

Ce système classe les femmes en fonction de leurs caractéristiques obstétricales, permettant ainsi de comparer les taux de césariennes.

Ce système définit 10 groupes sur la base de quatre caractères obstétricaux [6]:

La catégorie de la grossesse : grossesse mono fœtale /multiple, la présentation fœtale,

Les antécédents obstétricaux : Parité et existence de cicatrice utérine,

Le mode de début du travail et le moment de la césarienne par rapport au travail : travail spontané, le travail induit, césarienne avant le travail,

L'âge gestationnel au moment de la césarienne.



Figure 3: La classification en dix (10) groupes de Robson [13].

6. Anesthésie :

Le choix du type d'anesthésie dépend des circonstances obstétricales, de la pathologie, des contre-indications de chaque méthode et de l'habitude de l'anesthésiste [18].

Actuellement pour faire une césarienne il existe plusieurs types d'anesthésie :
On distingue deux méthodes [1] :

L'anesthésie générale ;

L'anesthésie locorégionale : où la femme reste consciente au cours de l'opération et seulement le site opératoire et la moitié du corps sont anesthésiés.
Il y'a deux types d'anesthésie locorégionale :

- Anesthésie péridurale (les anesthésiants à action locale sont injectés dans l'espace qui entoure les membranes méningées [la dure mère] au niveau du canal rachidien lombaire) ;
- Rachianesthésie (les anesthésiants à action locale sont injectés directement dans l'espace contenant le liquide céphalorachidien, au niveau du canal rachidien de la région lombaire). Actuellement c'est le type d'anesthésie que les anesthésistes et les chirurgiens préfèrent pour la réalisation des césariennes.

7. LA TECHNIQUE DE LA CESARIENNE CLASSIQUE [34,35] :

La technique classique consiste à faire une incision sous ombilicale (avec ou sans la technique de Rapin Kuster) qui commence à 20-25 mm au-dessus du bord supérieur du pubis et menée franchement jusqu'à un travers de doigt de l'anneau ombilical. L'incision de l'aponévrose est ensuite menée verticalement de bas en haut en débordant les limites de l'incision cutanée.

Après décollement du péritoine vésico-utérin, on réalise une hystérotomie transversale arciforme, une extraction du fœtus, et l'hystérorraphie se fait en surjet ou par des points séparés au fil résorbable.

Une péritonisation complète est effectuée. L'aponévrose est suturée en surjet par un fil résorbable et un fil à peau en points séparés ou en surjet est mis sur la peau.

Cette césarienne classique se fait en dix temps [1] :

Premier temps : Mise en place des champs ; Incision sous ombilicale longitudinale ou transversale dans un souci esthétique surtout.

Deuxième temps : Protection de la grande cavité par des champs abdominaux.
Mise en place des valves.

Troisième temps : Incision aux ciseaux du péritoine segmentaire dont le décollement est facile.

Quatrième temps : Incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; l'un ou l'autre procédé ayant ses adeptes bien que le premier semble être utilisé selon la littérature.

Cinquième temps : Extraction de l'enfant. Dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites, souvent questions d'école. Dans les autres présentations, la plupart des auteurs conseillent d'abord de rechercher un pied (grande extraction).

Sixième temps : C'est la délivrance par expression du fond utérin, mais peut être manuelle, spontanée ou dirigée (utilisation d'ocytocique). Elle est suivie d'une révision utérine.

Septième temps : Suture du segment inférieur qui se fait en un plan avec des points séparés croisés en X totaux sur les extrémités et les points séparés extra muqueux sur les berges.

Huitième temps : Suture non serrée du péritoine pré-segmentaire avec du Vicryl N°0.

Neuvième temps : On enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.

Dixième temps : Fermeture plan par plan de la paroi.

8. AVANTAGES DE LA CESARIENNE SEGMENTAIRE :

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

9. LES TEMPS COMPLEMENTAIRES DE LA CESARIENNE :

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

- L'insertion du dispositif intra utérin (DIU) ;
- La ligature et résection des trompes (LRT) de Fallope ;
- La myomectomie ;
- La kystectomie de l'ovaire.

IV. METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1. CADRE :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la Commune I (CSRéf CI) du district de Bamako.

La commune I du district de Bamako :

-Situation de la commune :

La commune I est située à L'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle est limitée :

- Au Nord et à l'Est par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les 2 collectivités). Elle comprend (9) quartiers qui sont : Korofina (Nord et Sud) ; Djélibougou ; Boukassoumbougou ; Doumanzana ; Fadjiouila ; Banconi ; Sikoro ; Sotuba.

Elle couvre une superficie de 34,26km² soit 12,83% de la superficie totale de Bamako pour une population totale de 411586 habitants soit une densité moyenne de 12013 habits/km² (CROCEPS 2017).

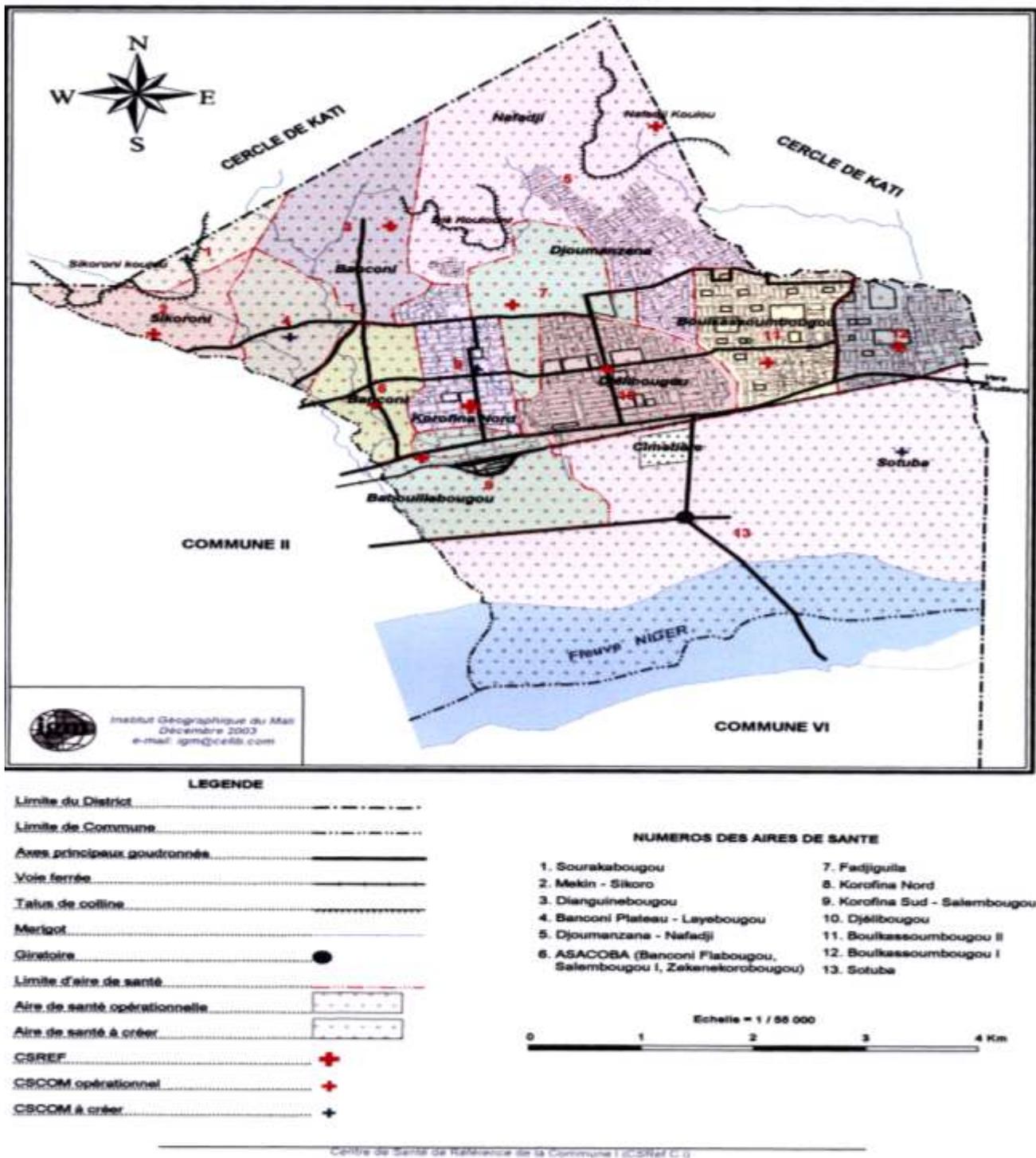


Figure 4 : Carte sanitaire de la commune I :

-Les infrastructures sanitaires :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement :

- Un premier plan de développement communal de 1995 à 1999 avait prévu la création de onze (11) aires de santé dont dix (10) sont fonctionnelles ;
- Un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la Commune I.

Il existe en commune I : un CSRéf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux, des Cliniques privées et des centres confessionnels (AMUPI, Catholique et Cherifla).

Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs unités qui sont :

- L'administration ;
- L'unité de gynécologie obstétrique ;
- L'unité de chirurgie générale ;
- L'unité de pédiatrie ;
- L'unité d'ophtalmologie ;
- L'unité d'odontostomatologie ;
- L'unité d'otorhinolaryngologie (ORL) ;
- L'unité de médecine générale ;
- L'unité de développement social et de l'économie solidaire ;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le S.I.S ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'USAC ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;

- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

Les activités comprennent :

- Les consultations prénatales ;
- Les accouchements et PEC des urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Les consultations de planification familiale et post-natales ;
- Le suivi des malades hospitalisés ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Les interventions chirurgicales ;
- La réalisation des analyses biologiques ;
- L'imagerie médicale (Echographie/Radiographie) ;
- Les consultations médicales externes ;
- Les consultations ORL ;
- Les consultations ophtalmologiques ;
- Les consultations odonto-stomatologiques ;
- Le dépistage des malades suspects de tuberculose ;
- Le dépistage du VIH.

Présentation de l'unité de gynécologie et d'obstétrique :

L'unité de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des unités les plus fréquentées du centre.

Cette unité comprend :

- Trois salles de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologie-obstétrique ;
- Une salle d'accouchement avec trois box ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une salle de consultation prénatale ;
- Une salle de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une salle de dépistage de cancer du col de l'utérus ;

- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
 - ❖ Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
 - ❖ Deux salles à deux (02) lits ;
 - ❖ Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;
 - ❖ Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
 - ❖ Une salle de soins.
- Un bloc opératoire comprenant :
 - ❖ Deux salles d'interventions pour les interventions, gynécologiques obstétricales, chirurgicales et ophtalmologiques ;
 - ❖ Deux salles de stérilisation des instruments ;
 - ❖ Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
 - ❖ Une salle de réveil ;
 - ❖ Une salle de préparation des patients ;
 - ❖ Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues-obstétriciens) ;
 - ❖ Un bureau pour les anesthésistes ;
 - ❖ Un bureau pour les aides de bloc.

L'unité de gynécologie obstétrique : est située vers le côté Sud du CSRéf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
- Trois autres gynécologues-obstétriciens ;

- Douze médecins généralistes (ancien thésard et personnel d'appui) ;
- Vingt- neuf sages-femmes reparties entre les différentes unités de la maternité ;
- Quatorze thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Des infirmières obsttriciennes et aides-soignantes.

Les activités sont programmes comme suit :

- Les consultations sont assurées par les gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;
- Trois journées consacrées aux activités chirurgicales des malades programmes ;
- La garde est assurée par un gynécologue, un médecin généraliste, des thésards (ou faisant fonction d'internes), une sage-femme, une infirmière obstétricienne une aide-soignante et de deux manœuvres ;
- La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un enseignement post universitaire hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- Il s'en suit la visite aux malades hospitalisés, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards) ;

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et post natales, les consultations pour la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus sont du ressort de la sage-femme.

Les grossesses à risque ainsi que les accouchements dystociques sont pris en Charge par les médecins spécialistes.

2. Type et période d'étude :

C'est une étude transversale avec collecte prospective des données s'étendant sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2019.

3. Population d'étude :

Elle se compose de l'ensemble des patientes qui ont été admises dans l'unité de gynécologie obstétrique du CSREF C1 du district de Bamako pendant la période de l'étude.

4-Echantillonnage :

4.1 Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans l'étude, toutes les patientes admises dans la maternité dont le terme a atteint au moins 22 semaines d'aménorrhée et dont le nouveau-né à la naissance a pesé au moins 500 grammes, et qui ont accouché dans le service quel que soit la voie d'accouchement.

4.2 Critères de non inclusion :

- N'ont pas été incluses dans l'étude, les patientes dont les dossiers médicaux et les comptes rendus opératoires étaient inexploitable,
- Les parturientes qui n'ont pas accouché dans le service,
- Patiente ayant un terme de la grossesse inférieur à 22SA.

5. Collectes des données :

5.1 Source des données :

Elles sont les dossiers obstétricaux, les registres d'accouchement, les registres de compte rendu du bloc opératoire, et les rapports mensuels d'activités.

5.2 Outils et techniques de collecte :

L'outil de collecte des données était une fiche. Cette fiche a été remplie à partir des dossiers médicaux des parturientes reçues pendant la période d'étude.

5.3 Variables de l'étude :

Les variables étudiées ont été les suivantes :

Tableau III: Classification des variables :

Variables qualitatives	Variables quantitatives
Résidence	Age
Profession	Age gestationnel
Statut matrimonial	Nombre de fœtus
Mode d'admission	Score d'Apgar
Structure de référence	Durée du séjour
Motifs de référence	
Mode d'accouchement	
Antécédents	
Début du travail	
Type de grossesse	
Indication de la césarienne	
Type de césarienne	
Complications	
Etat de la mère	
Etat du nouveau-né	

Définitions opérationnelles :

-Paucipare : Deux à trois accouchements.

-Multipare : Quatre accouchements et plus.

-Grande multipare : Nombre d'accouchement supérieur ou égal à six

- Césariennes en urgence : ce sont les césariennes dont les indications ont été posées en cours de travail ou devant la survenue d'une complication aiguë maternelle, fœtale ou materno- fœtale.

- Césariennes programmées : ce sont les césariennes dont les indications ont été posées avant toute entrée en travail et avant la survenue de toute complication.

-Accouchement prématuré : tout accouchement survenant entre 22SA et 36SA+6j.

- Une grossesse à terme est une grossesse entre 37SA et 42SA.

- Primipare âgée : Femme âgée de 30 ans et plus qui a accouché pour la 1^{ère} fois.

5.4 Classification de Robson :

Le système de classification de Robson est un système international de référence pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne dans les établissements de soins au cours du temps et entre établissements de soins recommandés par l'OMS.

Les éléments de la classification sont :

- l'âge gestationnel
- le nombre de fœtus
- le type de grossesse (unique ou multiple)
- la parité
- la notion de cicatrice utérine
- la présentation du fœtus

5.5 Méthode de calcul dans le tableau de la classification de Robson :

- La taille relative de chaque groupe est le rapport du nombre de patientes dans le groupe sur l'ensemble des accouchements.

- Le taux de césarienne dans chaque groupe est le rapport du nombre de patientes ayant bénéficié une césarienne dans le groupe sur le nombre total de patientes dans le groupe.

- La contribution de chaque groupe au taux global de césarienne est le rapport du nombre de patientes ayant bénéficié une césarienne dans le groupe sur l'ensemble des accouchements.

5.6 Saisie et analyse des données :

La saisie des données a été effectuée sur les logiciels Word et Excel 2016, l'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS 12.0. Pour le calcul de distribution, nous avons utilisé les tests statistiques : **Test de Khi² et Test exact de Fisher.**

Toute valeur de $P < 0,05$ a été considéré comme significative.

5.7 Considérations éthiques :

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire anonyme. Les résultats de notre étude seront communiqués aux acteurs intervenants dans le domaine de la santé dans le but de l'amélioration de la pratique de la césarienne au Mali.

V. RESULTATS

V. RESULTATS :

1-Fréquence de la césarienne :

Nous avons enregistré 8611 accouchements dont 1246 césariennes soit un taux de 14,47%.

2-Caractéristiques sociodémographiques :

2.1 -Age :

Tableau IV: répartition des patientes selon la voie d'accouchement et la tranche d'âge :

Tranche d'âge	Voie d'accouchement				Total	%
	Césarienne	%	Voie basse	%		
<19	253	20,3%	1489	20,21%	1742	20,23%
20-29	572	45,91%	3471	47,13%	4043	46,95%
30-36	311	24,96%	1798	24,41%	2109	24,49%
>37	110	8,83%	607	8,25%	717	8,33%
Total	1246	100%	7365	100%	8611	100%

L'âge moyen était de 26,12±6,6 ans avec des extrêmes de 14 ans et 44 ans.

2.3-Statut matrimonial :

Tableau V: répartition des patientes selon la voie d'accouchement et le statut matrimonial :

Situation Matrimoniale	Voie d'accouchement				Total	%
	Césarienne	%	Voie basse	%		
Mariée	1228	98,56%	7215	97,94%	8443	98,05%
Célibataire	17	1,36%	149	2,02%	166	1,93%
Veuve	1	0,08%	1	0,01%	2	0,02%
Total	1246	100%	7367	100%	8611	100%

2.4-Résidence :

Tableau VI:répartition des patientes selon la voie d'accouchement et la résidence :

Résidence	Voie d'accouchement				Total	%
	Césarienne	%	Voie basse	%		
Aire du Csréf	1072	86,04%	6618	89,86%	7692	89,30%
Hors aire du Csréf	174	13,96%	747	10,14%	921	10,70%
Total	1246	100%	7365	100%	8613	100,00%

3-Antécédents gynécologiques et obstétricaux :

3.1-Gestité :

Tableau VII: répartition des patientes selon la gestité et la voie d'accouchement :

Gestité	Voie d'accouchement					
	Césarienne %		Voie basse %		Total %	
Primigeste	302	24,24%	1942	26,37%	2244	26,06%
Paucigeste	478	38,36%	2883	39,14%	3361	39,03%
Multigeste	323	25,92%	1783	24,21%	2106	24,46%
Grande multigeste	143	11,48%	757	10,28%	900	10,45%
Total	1246	100%	7365	100%	8611	100%

La gestité moyenne était de $3,37 \pm 2,77$ avec des extrêmes de 1 et 12.

3.2-Parité :

Tableau VIII: répartition des patientes selon la voie d'accouchement et la parité :

Parité	Voie d'accouchement				Total	%
	Césarienne	%	Voie basse	%		
Nullipare	339	27,21%	2155	29,26%	2494	28,96%
Primipare	286	22,95%	1567	21,28%	1853	21,52%
Paucipare	365	29,29%	2093	28,42%	2458	28,54%
Multipare	144	11,56%	995	13,51%	1139	13,23%
Grande multipare	112	8,99%	555	7,54%	667	7,75%
Total	1246	100%	7365	100%	8611	100%

La parité moyenne était de 2,40±2,78 avec des extrêmes de 1 et 13.

3.3-Antécédent de césarienne :

Tableau IX: relation entre la voie d'accouchement et l'antécédent de césarienne :

Antécédent de césarienne	Voie d'accouchement				Total	%
	Césarienne	%	Voie basse	%		
Non	814	65,33%	6519	88,51%	7333	85,16%
Oui	432	34,67%	846	11,89%	1278	14,84%
Total	1246	100%	7365	100%	8611	100%

$$\text{Khi}^2 = 575,697 \text{ p} = 0,000$$

3.4- Nombre de cicatrice utérine :

Parmi les patientes ayant bénéficié d'une césarienne, 432 avaient au moins une cicatrice utérine. Les patientes ayant un utérus uni cicatriciel ont représenté **57,78%** des cas suivi des patientes ayant un utérus doublement cicatriciel avec **32,49%** des cas. Les patientes ayant un utérus triplement cicatriciel ont représenté **8,89%** des cas, un utérus quadri cicatriciel **0,84%** des cas.

4- Aspects cliniques :

4.1- Admission :

➤ Mode d'admission :

Dans notre série, **6970** patientes (**80,94%**) sont venues d'elles-mêmes et **1641** patiente (**19,06%**) ont été évacuées des CSCOM et des formations sanitaires périphériques.

➤ Motifs d'évacuation :

Tableau X: répartition des patientes selon le motif d'évacuation :

Motif d'évacuation	Effectifs	%
ATCD de myomectomie	2	0,12%
Dépassement de terme	18	1,10%
Disproportion fœto-pelvienne	391	23,83%
Dilatation stationnaire	502	30,59%
HTA/Prééclampsie/Eclampsie	58	3,53%
Hydramnios	2	0,12%
Placenta prævia	2	0,12%
Syndrome de prérapture	6	0,37%
Présentation dystocique	177	10,79%
Procidence du cordon	23	1,40%
Rhésus négatif	1	0,06%
Rupture prématurée des membranes	40	2,44%
Métrorragie	65	3,96%
Souffrance fœtale aigue	104	6,34%
Souffrance fœtale chronique	70	4,27%
Présentation de siège	77	4,69%
Utérus cicatriciel	103	6,28%
Total	1641	100%

4.2-Age gestationnel :

Tableau XI: relation entre la voie d'accouchement et l'âge gestationnel :

Age gestationnel	Voie d'accouchement				Total	%
	Césarienne	%	Voie basse	%		
<37 SA	101	8,11%	463	6,29%	564	6,55%
37-42 SA	1100	88,28%	6704	91,03%	7804	90,63%
> 42SA	45	3,61%	198	2,69%	243	2,82%
Total	1246	100%	7365	100%	8611	100%

Khi² = 15,935 p = 0,002

4.3- Mode d'entrée en travail :

Tableau XII: relation entre la voie d'accouchement et le mode d'entrée en travail :

Mode d'entrée en travail	Voie d'accouchement				Total	%
	Césarienne	%	Voie basse	%		
Spontané	875	70,22%	7275	98,78%	8150	94,64%
Déclenché	5	0,40%	90	1,22%	95	1,10%
Césarienne avant travail	366	29,38%	0	0%	366	4,36%
Total	1246	100%	7365	100%	8611	100%

Khi² = 716,721 p = 0,038

4.4- Type de grossesse :

Tableau XIII: relation entre le type de grossesse et la voie d'accouchement :

Type de grossesse	Voie d'accouchement				Total	%
	Césarienne	%	Voie basse	%		
Grossesse monofoetale	1217	97,67%	7081	96,14%	8298	96,36%
Grossesse multiple	29	2,33%	284	3,86%	313	3,64%
Total	1246	100%	7365	100%	8611	100%

Khi²=26,214 p=0,004

5- Pratique de la césarienne :

5.1- Type de césarienne :

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le type césarienne :

Type de césarienne	Effectifs	%
Césarienne prophylactique	366	29,37%
Césarienne d'Urgence	880	70,63%
Total	1246	100%

5.2- Type d'anesthésie :

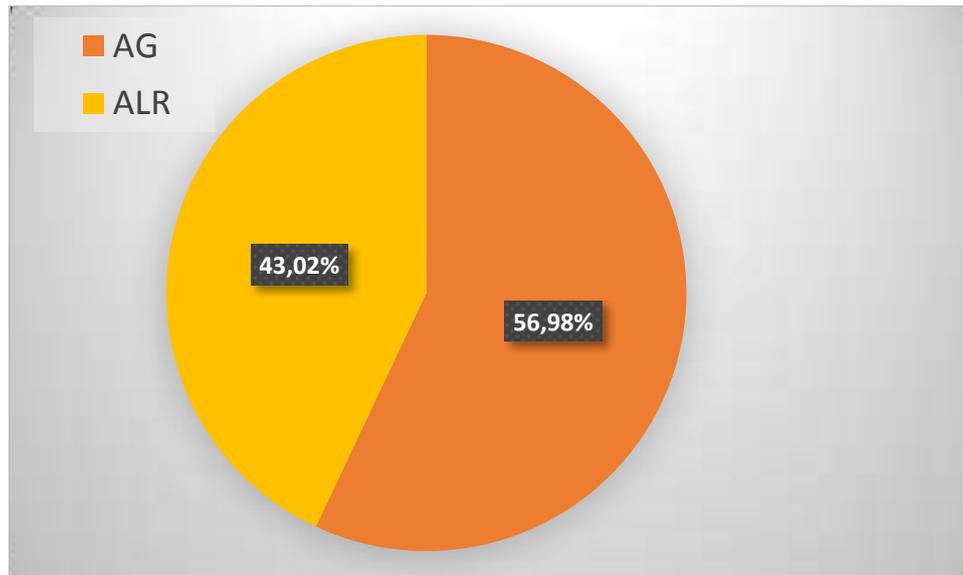


Figure 5: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie :

5.3- Indications de la césarienne :

Tableau XV: répartition des patientes selon les indications de césarienne :

Indications la césarienne	Effectif	%
Syndrome de prurupture	31	2,49%
Présentation dystocique	81	6,50%
Présentation du siège	63	5,06%
Disproportion foetopelvienne	312	25,04%
Dystocie dynamique	21	1,69%
Placenta Prævia central	6	0,49%
Placenta Prævia recouvrant	15	1,20%
Placenta Prævia non recouvrant hémorragique	20	1,60%
Hématome Retro placentaire	29	2,33%
Prééclampsie\HTA sévère	28	2,25%
Grossesse multiple	7	0,56%
Procidence du cordon battant	32	2,57%
Souffrance Fœtale Aigue	191	15,33%
Circulaire du cordon	2	0,16%
Hydramnios	2	0,16%
Oligoamnios	15	1,20%
Utérus multicatriciel	137	11,00%
Utérus cicatriciel sur présentation dystocique	36	2,89%
Utérus cicatriciel sur bassin limite	153	12,28%
Pathologie médicale de la mère (Diabète,Asthme,Drepanocytose)	26	2,09%
Primipare âgée	39	3,13%
Total	1246	100%

➤ **Classification de Robson :**

Tableau XVI: répartition des patientes selon la classification de Robson

1 : Grossesse unique

Groupes de « Robson »	Nombre de patientes (A)	Nombre de césariennes (B)	Taille relative de la classe (%) (A/C)	Taux de césarienne (%) (B/A)	Contribution au taux global (%) (B/C)
1 (nullipare, GU¹, PC², ≥37SA³, TS⁴)	2170	222	25,20%	10,23%	2,58%
2 (nullipare, GU ¹ , PC ² , ≥37SA ³ , déclenchement ou CAT ⁵)	66	48	0,77%	72,73%	0,56%
3 (multipare, sans utérus cicatriciel, GU¹, PC², ≥37SA³, TS⁴)	3913	261	45,44%	6,67%	3,03%
4 (multipare, sans utérus cicatriciel, GU ¹ , PC ² , ≥37SA ³ , déclenchement ou CAT ⁵)	138	71	1,60%	51,45%	0,82%
5 (multipare, utérus cicatriciel, GU¹, PC², ≥37SA³)	1185	408	13,76%	34,43%	4,74%
6 (nullipare, GU ¹ , PS ⁶)	83	48	0,96%	57,83%	0,56%
7 (multipare, GU ¹ , PS ⁶ , utérus cicatriciel)	192	29	2,23%	15,10%	0,34%
8 (grossesses multiples, utérus cicatriciel)	313	29	3,63%	9,27%	0,34%
9 (GU ¹ , présentation transverse ou oblique, utérus cicatriciel)	59	52	0,69%	88,14%	0,60%
10 (GU ¹ , PC ² , <37SA ⁷ , utérus cicatriciel)	492	78	5,71%	15,85%	0,91%
Total	8611(C)	1246	100%	14,47%	14,47%

2 : Présentation céphalique

3 : Age gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée

4 : Travail spontané

5 : Césarienne avant travail

6 : Présentation du siège

7 : Age gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée

➤ **Indications de césarienne dans chaque groupe de Robson :**
Tableau XVII: Répartition des indications de la césarienne dans chaque groupe de Robson :

Indications de la césarienne	Groupes de Robson									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Syndrome de prurupture	4	0	23	0	4	0	0	0	0	0
Présentation dystocique	4	0	10	0	3	0	0	0	47	17
Présentation du siège	0	0	1	0	0	48	14	0	0	0
Disproportion foetopelvienne	85	34	74	42	77	0	0	0	0	0
Dilatation stationnaire	8	0	3	0	0	0	4	6	0	0
Placenta Prævia central	1	0	2	3	0	0	0	0	0	0
Placenta Prævia recouvrant	1	0	7	3	0	0	0	1	0	3
Placenta Prævia non recouvrant hémorragique	0	0	5	4	1	0	0	1	0	9
Hématome Retroplacentaire	1	0	28	0	0	0	0	0	0	0
Preéclampsie\HTA sévère	5	5	4	1	0	0	0	1	0	12
Grossesse multiple	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0
Procidence du cordon battant	2	0	16	0	0	0	0	5	0	9
Souffrance Fœtale Aigue	70	3	86	4	20	0	0	8	0	0
Circulaire du cordon	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Hydramnios,Oligoanios	2	5	0	4	1	0	0	0	0	5
Utérus multicatriciel	0	0	0	0	182	0	0	0	0	0
Utérus cicatriciel sur bassin limite	0	0	0	0	105	0	0	0	0	0
Utérus cicatriciel sur présentation dystocique	0	0	0	0	15	0	11	0	5	5
Pathologie médicale de la mère(Diabète,Asthme,Dr epanocytose)	0	1	2	8	0	0	0	0	0	15
Primipare âgée	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	222	48	261	71	408	48	29	29	52	78

6-Pronostic des césariennes :

6.1- Pronostic maternel :

➤ Morbidité maternelle :

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon les complications maternelles per et post césarienne :

Complications maternelles per et post césarienne	Effectif	%
Suppuration pariétale	13	18,84%
Péritonite	1	1,45%
Effraction vésicale	1	1,45%
Anémie	46	66,66%
Endométrite	8	11,59%
Total	69	100%

Nous avons noté **69** cas de complications post opératoires soit **5,53%**.

➤ Complications opératoires et mode d'admission :

Tableau XIX: Corrélations entre les complications maternelles per et post césarienne et le mode d'admission :

Complications maternelles per et post césarienne	Mode d'admission				Total	%
	Venue d'elle-même	%	Evacuée	%		
Suppuration pariétale	8	0,77%	5	2,38%	13	1,04%
Péritonite	1	0,10%	0	0,00%	1	0,08%
Effraction vésicale	1	0,10%	0	0,00%	1	0,08%
Anémie	30	2,90%	16	7,62%	46	3,69%
Endométrite	6	0,58%	2	0,95%	8	0,64%
Aucune	990	95,56%	187	89,05%	1177	94,46%
Total	1036	100%	210	100%	1246	100%

Fisher=24,689

P=0,004

➤ **Complications opératoires et type de césarienne :**

Tableau XX: Corrélacion entre les complications maternelles per et post césarienne et le type césarienne :

Complications maternelles per et post césarienne	Type de césarienne				Total	%
	Prophylactique	%	Urgence	%		
Suppuration pariétale	1	0,27%	12	1,36%	13	1,04%
Péritonite	0	0,00%	1	0,11%	1	0,08%
Effraction vésicale	0	0,00%	1	0,11%	1	0,08%
Anémie	6	1,64%	40	4,55%	46	3,69%
Endométrite	0	0,00%	8	0,91%	8	0,64%
Aucune	359	98,09%	818	92,95%	1177	94,46%
Total	366	100%	880	100%	1246	100%

Fisher=27,558 P=0,001

➤ **Complications selon les groupes de Robson :**

Tableau XXI: répartition des complications maternelles per et post césarienne dans les groupes de Robson :

Complications maternelles per et post césarienne	Groupes de Robson										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Suppuration de la paroi	3	0	5	1	2	0	2	0	0	0	13
Péritonite	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Effraction vésicale	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Anémie	7	0	19	1	10	0	0	2	7	0	46
Endométrite	2	0	2	0	1	1	2	0	0	0	8
Total	12	0	28	2	13	1	4	2	7	0	69

➤ **Durée de séjour :**

Tableau XXII: répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation :

Durée d'hospitalisation	Effectifs	%
2 à 4 jours	1229	98,64%
5 à 7 jours	11	0,88%
Plus de 7 jours	6	0,48%
Total	1246	100%

➤ **Mode de sortie :**

L'évolution était favorable chez toutes les patientes à la sortie.

➤ **Mortalité maternelle**

Au cours de notre étude, nous n'avons pas enregistré de décès maternel dû à la césarienne.

7- Pronostic néonatal selon la classification de Robson :

➤ **Score d'Apgar :**

Tableau XXIII: répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar (n=1280) :

Groupe de Robson	Score d'Apgar			
	0	1-4	5-7	> 7
1	5	7	77	133
2	0	0	4	44
3	6	13	95	147
4	2	0	8	61
5	4	0	39	365
6	0	0	9	39
7	0	0	3	26
8	2	4	15	44
9	11	0	6	35
10	3	0	15	60
Total	33	24	271	954

➤ **Mode de sortie des nouveau-nés :**

Tableau XXIV: répartition des nouveau-nés selon leur mode de sortie(n=1280) :

Groupe de Robson	Mode de sorti des nouveaux nés			
	Né vivant sorti vivant	Mort-né frais	Mort-né macéré	Né vivant et DCD <24H
1	215	5	0	2
2	48	0	0	0
3	249	5	1	6
4	69	2	0	0
5	399	3	1	5
6	48	0	0	0
7	29	0	0	0
8	57	2	0	4
9	41	10	1	0
10	72	2	1	3
Total	1227	29	4	20

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1-Approche méthodologique :

Le travail que nous avons effectué, était une étude transversale avec collecte prospective des données. Pour la collecte des données, nous avons eu un certain nombre de difficultés, à savoir l'insuffisance de remplissage de certains dossiers et la non réalisation de l'échographie au cours de la grossesse pour une meilleure datation de la grossesse.

Les patientes pour la plupart étaient sorties 2 jours après la césarienne, et beaucoup de complications ont été signalé et prise en charge en ambulatoire.

La participation des collègues, des infirmiers et des sages-femmes a été d'une valeur inestimable.

Malgré ces limites, notre étude reste pertinente. La taille de l'échantillon de notre étude nous permet d'avoir un bon aperçu sur les différents groupes de Robson.

2-Frequence de la césarienne :

Durant notre étude, 1246 patientes ont bénéficié d'une césarienne sur un total de 8611 patientes, soit un taux de 14,47%.

Ce résultat est supérieur à celui de Salbre H. [36] à l'hôpital du district de Nongr Mansom au Burkina Faso qui a rapporté un taux de 10,5% en 2016.

Aussi, Saad B.et al. [37] ont rapporté un taux de 9,87% en 2014 au centre hospitalier régional (CHR) El Farabi d'Oudja au Maroc.

Plusieurs auteurs ont rapporté des résultats supérieurs. Ainsi au Mali, Sacko I. [38] au Csréf CII en 2013, Traore P B. [39] en 2016 ont rapporté respectivement 16,77% et 19,5% de taux de césarienne.

Ailleurs Mbungu M R. et al [8] en RDC en 2015, Leroy C H. et al [11] en France en 2015 ont rapporté respectivement 31,2% et 21,6% de taux de césarienne.

La fréquence de la césarienne dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que le CSRéf CI réfère certains cas compliqués nécessitant parfois une césarienne vers des centres de santé mieux équipés notamment les CHU Gabriel Touré et Point G pour une prise en charge adéquate des patientes.

4-Taux et indications de la césarienne selon les groupes de « Robson » :

Les patientes des groupes 5(4,74%) ,3(3,03%) et 1(2,58%) de Robson ont eu les taux élevés de césarienne avec un taux cumulé de 10,35% au taux global de la césarienne.

D'autres résultats ont été rapportés dans la littérature par certains auteurs :

Tableau XV : répartition des principaux groupes Robson selon la fréquence de la césarienne :

Année	Auteurs	Pays	Principaux groupes de Robson		
			1er	2ème	3ème
2012	Teguete I. et al [40]	Mali	1	3	5
2015	Mbungu M R. et al [8]	Kinshasa	1	5	3
2013	Kelly S. et al [41]	Canada	5	2	1
2018	Kodio A. [7]	Mali	3	1	5
2019	Notre étude	Mali	5	3	1

Dans notre étude, le groupe 5 a eu la fréquence la plus élevée de césarienne avec 4,74%.

Cela pourrait s'expliquer par le nombre élevé de gestante ayant un utérus cicatriciel et dans la plupart des cas l'indication de la césarienne antérieure demeure, faisant obstacle à un accouchement par voie basse.

L'indication majeure de césarienne dans le groupe 5 était l'antécédent de césarienne avec 74,02% des indications du groupe.

La césarienne itérative était due à l'utérus multi cicatriciel (44,61%), l'utérus cicatriciel sur bassin limite (25,00%) et l'utérus cicatriciel sur présentation dystocique (4,41%).

Ces résultats sont similaires à ceux de Coulibaly A. [42] et Mbungu M R. [8] qui ont trouvé respectivement 82,7% et 86,6% pour la césarienne itérative.

Le groupe 3 a été le deuxième en fréquence de césarienne avec 3,03%.

Cela pourrait s'expliquer par la taille de ce groupe qui comptait 44,45% des gestantes.

L'indication de césarienne dans ce groupe était dominée par la souffrance fœtale aigüe avec 32,9%. Ce résultat est similaire à ceux de Kodio A. [7] et Mbungu M R. et al. [8] qui ont rapporté respectivement 31,4% et 36,6%.

Le groupe 1 a été le troisième en fréquence de la césarienne (2,58%).

Cela pourrait s'expliquer par le nombre élevé de Disproportion foetopelvienne (38,28%) et ce groupe est deuxième en matière d'effectif.

Pour ce groupe, Mbungu M R. et al [8] et Coulibaly A. [42] ont rapporté respectivement 53,1% et 53,9% des indications de césarienne pour Souffrance Fœtale Aigüe.

Il nous semble intéressant de signaler que dans le groupe 9 (Toutes les grossesses uniques avec présentation transverse ou oblique sur utérus sain ou utérus cicatriciel), le taux global de césarienne était de 88,14% ; alors que les prévisions de Robson pour le taux de césarienne dans ce groupe étaient de 100%.

Cela pourrait s'expliquer par des grossesses non à terme.

Les patientes à bas risque (groupes 2, 4, 7, et 8) ont contribué à 2,66% du taux global de césarienne. Ceci pourrait s'expliquer par un nombre peu important de ces patientes au sein de la population générale.

5-Pronostic des césariennes :

L'incidence des complications opératoires dans notre série était de 5,53%. Comparé aux données de la littérature, notre taux est inférieur à ceux Sacko I. [38] et de Hounkanrin [43] qui ont trouvé des taux respectifs de 8,33% et 8,9%. Par contre, ils sont proches de ceux de Tiemtoré [44] et de Salbre H. [36] au Burkina Faso qui ont rapporté des taux respectifs de 6,1% et 5%.

L'anémie a été la complication opératoire la plus représentée avec un taux de 63,66%. Notre résultat diffère de ceux de Saad B. et al. [37] au Maroc en 2014 et de Sacko I. [38] au Mali en 2013 où l'infection représentait le premier type de complication avec respectivement 63,6% des cas et 53,33% des cas. La prédominance de l'anémie dans les complications postopératoires a été relevée par plusieurs auteurs tels que Salbre H. [36] et Togbé S. [45] avec des proportions respectives de 73,3% et 44,4%.

Ces résultats pourront s'expliquer par le nombre élevé de césarienne d'urgence dont l'incidence des complications est de 4,41%.

Aussi la prédominance de l'anémie pourrait s'expliquer par l'alimentation mal équilibrée dans les pays en voie de développement.

Dans notre étude nous n'avons pas enregistré de décès maternel dû à la césarienne.

En ce qui concernant le pronostic fœtal, nous avons enregistré 33 cas de mort-nés soit 2,6% des naissances par césarienne.

Ce résultat est supérieur à celui de Sacko I. [38] qui a rapporté un taux de 1,45%.

Par contre, ce taux est inférieur à ceux de Salbre H. [36] et Ouédraogo C M. et al [46] qui ont retrouvé respectivement 4,28% et 3,1%.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le nombre élevé de présentations vicieuses référées et qui arrivent dans un tableau de mort fœtale in utéro.

Dans notre étude, la durée moyenne de séjour était de $2,42 \pm 0,77$ jours avec des extrêmes de 2 et 11 jours. Notre résultat est similaire à celui de Tiemtoré [44] qui trouvait 3,41 jours avec des extrêmes de 1 et 12 jours et inférieurs à ceux de Togbé S. [45] au Burkina Faso qui trouvait 5,22 jours avec des extrêmes de 0 et 20 jours.

Notre résultat pourrait s'expliquer par un déficit considérable de place pour les hospitalisations.

VII. CONCLUSION

VII. CONCLUSION :

La classification de Robson demeure un outil d'usage facile pour l'évaluation de la césarienne dans les différentes structures de santé.

Elle est basée sur des éléments clinique maternel et fœtal (catégorie de la grossesse, les antécédents obstétricaux, le mode de début du travail et la voie d'accouchement, l'âge de la grossesse au moment de la césarienne).

Il s'agit d'une classification simple d'usage, car toutes les femmes admises pour un accouchement peuvent être immédiatement classées dans l'un des 10 groupes d'après ces quelques caractéristiques de base.

Au terme de notre étude, il ressort que les groupes 5, 3 et 1 ont eu les fréquences élevées de la césarienne avec une fréquence cumulée de 14,47%.

Les principales indications de césarienne ont été la césarienne itérative, la disproportion foetopelvienne et la souffrance fœtale aigue.

La morbidité maternelle et néonatale a été faible au cours de notre étude, de même que les complications opératoires.

VIII. RECOMMANDATIONS

VIII. RECOMMANDATIONS :

Pour rendre encore plus performant la prise en charge des parturientes césariées dans ce service ; nous formulons les recommandations suivantes :

➤ Aux autorités :

- Assurer la formation du personnel sanitaire sur la classification de Robson.
- Faire un rapport périodique permettant la surveillance des différents taux de césarienne dans notre structure de santé en utilisant la classification de ROBSON ;

➤ Aux personnels sanitaires :

- Adopter la classification de Robson afin d'optimiser la pratique de la césarienne ;

REFFERENCES

IX. REFFERENCES :

- 1. Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. 6^{ème} Ed. Masson: Paris, 1989; 627p.
- 2. Organisation de Coopération et de Développement Economique.** Panorama de santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE, Edition OCDE, [en ligne], disponible sur http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr. Consulté le 28/01/2020.
- 3. Organisation Mondiale de la Sante.** Le recours aux césariennes trop rare ou trop courant selon les pays. BM J 2018 ;78p.
- 4. Direction Nationale de la santé du Mali.** Annuaire Statistique. DNS Mali, 2015 ; 546p.
- 5. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne : 2015 ; 8p.
- 6. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR.** Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: à randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000; 356(9239):1375-83.
- 7. Kodio A.** Etude de la césarienne selon la classification de Robson au C.H.U Gabriel TOURE. Thèse Médecine Bamako 2018 ;112p ; N°002.
- 8. Mbungu MR, Ntela J, Kahindo PM.** Classification des césariennes selon Robson dans les maternités de la ville de Kinshasa. Kisangani Medical 2015; 6 (2): 186-191.
- 9. Kamina P.** Anatomie Gynécologique et Obstétrique. 4^{ème} Edition. Maloine :Paris, 1986 ; 516p.
- 10. CNGOG.** Evolution des indications de césarienne. Vigot:Paris ,1988 ;13: 251-265.
- 11. Leroy CH, Van leeuw V, Englert Y.** Données périnatales en Région bruxelloise-Année 2013. Centre d'épidémiologie Périnatal, 2015. www.obsertbru./document/publication/publication-sante. Consulté le 02/02/2020.

- 12. Diallo FB, Diallo MS, Bangoura S, Diallo AB, Camara Y.** Césarienne : Facteur de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternelle au centre hospitalier universitaire IGNACE DEEN de Conakry (Guinée). *MédAfr Noire* 1998; 45(6) :359-363.
- 13. OMS.**Déclaration de l'OMS sur le taux de césarienne. Genève: OMS;2014.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_12.02_fré.pdf. Consulté le 05/02/2020.
- 14. Tegueté I.** Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du point G 1991 à 1993 à propos d'une étude de cas témoins de 1544 cas. Thèse Médecine Bamako 1996;133p ; N°17.
- 15. Blondel B, Norton J, Mazaubrun C, Breart G.** Enquête nationale périnatale 2000-t : Enquête nationale périnatale 1998-text complet. 188p.
- 16. Kone AI.**Facteurs de risque des complications maternelles post césarienne à l'HGT. Thèse médecine Bamako 2005; N°224.
- 17. Samake S, Traoré SM, Ba S, Dembélé E, Diop M, Mariko S et al.**Enquête démographique de sante du Mali 2006; Chapitre 8: 109-12.
- 18. Keita M.** Césarienne: pronostic materno-fœtal à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse médecine Bamako 2008; N°355.
- 19. OMS :** Mortalité périnatale ; récapitulative des données disponibles. Communiqué 46. Genève, 1996 ; p1-2.
- 20. Racinet OP, Favier M.**La césarienne: indications, techniques, complications. Masson : Paris, 2002 ; 479p.
- 21. Racinet C, Favier Macinet C.** La césarienne : indications, techniques complications.4eme ed.Masson:Paris 1984; 185 P.
- 22.Stanton C, Ronsman C.**Recommendations for routine reporting on indications for cesarean delivery in developing. *Countries Birth* 2008;35. (3):204-11.

- 23. Andriamady RCL, Andrianarivony MO, Anjalahy RJ.** Indications et pronostic de l'opération césarienne à la maternité de Befelatanana CHU d'Antananarivo à propos de 529 cas, durant l'année 1998. *J Gynécol Obstet Fertilité* 2001 ; 29(12) : 900-904.
- 24. Ouedraogo C, Zoungrana T, Dao B, Dujardin B, Ouedraogo A, Thieba B et AL.** La césarienne de qualité. *Méd Afr Noire* 2001; 48 (11); 443-451.
- 25. Gaucherand P.** Fréquence et indications des césariennes. *Rev Fr Gynécol Obstétr* 1990; 85(2): 109-111.
- 26. Melchior J, Bernard N, Raoust I.** Evolution des indications de la césarienne. Collège national de gynécologie et obstétrique française. Mises à jour en gynécologie obstétrique. Vigot : Paris, 1988 ; p319-37.
- 27. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al.** Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *Lancet* 2010; 375 : 490–499.
- 28. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al.** Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 335: 1025-1035.
- 29. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P. et al.** Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric Perinatal Epidemiology* 2007; 21(2) :98-113.
- 30. Gibbons L, Belizan JM, Lauer J, Betran AP, Merialdi M, Althabe F.** The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World Health Report*. World Health Organization: Geneva, 2010; 30p.
- 31. Robson MS.** Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review* 2001; 12:23-39.

32. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce caesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(1):199–205.

33. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS One* 2011 ;6(1): 4566-4570.

34. Kone A. Etude comparative de la césarienne classique et de la césarienne de Misgav-Ladach au CHU Gabriel TOURE. Thèse Médecine Bamako 2006;89p; N°287.

35. Stark M. Technic of cesarean section: The Misgav Ladach method.

In: POPKIN DR. PEDDLE J. Women's health today perspectives on current research and clinical practice carrforth, The parttenon Publisching.Group 1994;81 ;85p.

36. Salbre H. Evaluation des indications de la césarienne selon la classification de Robson a la maternité de l'hôpital de district de Nongr-Massom en 2016. These medecine Burkina Faso 2016;87p;N° 313.

37. Saad Benkirane, Hanane Saadi, Amed Mimouni. Le profil épidémiologique des complications maternelles de la césarienne au Centre Hospitalier Régional El Farabi Oujda de Maroc en 2014. *Pan African journal* 2017 ;27.108 [En ligne] disponible sur

Http : www.panafrican.med.journal.com/content/article/27/108/full/. Consulté le 19/02/2020.

38. Sacko I. Etude des suites de couches post césarienne au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse Médecine Bamako 2013 ; 88p ; N125.

39. Traore P.B. Indications des césariennes dans les centres de santé de référence et hôpitaux dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Gao et le district de Bamako. Thèse médecine Bamako 2016;117p; N°89.

40. Teguate I, Traoré Y, Sissoko A, Djire M Y, Thera A. Determining Factors of Cesarean Delivery Trends in Developing Countries: Lessons from Point G

National Hospital (Bamako - Mali). Cesarean Delivery (2012), Dr. Raed Salim Ed, ISBN: 978-953-510638-8,

InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/cesareandelivery/determining-factors-of-cesarean-delivery-trends-in-developing-countries-lessons-from-point-g-nat>. Consulté le 19/02/2020.

41. Kelly S, Sprague A, Fell Db, Murphy P, Aelick N, Guo Yet al. Examiner les taux de césarienne au Canada en utilisant le système de classification Robson. J Obstet Gynaecol can 2013; 35:206-14.

42. Coulibaly A. Analyse des indications de Césarienne chez les femmes à faible risque Au Burkina Faso. Thèse Médecine Burkina Faso 2012;54p. N°51.

43. Hounkanrin BMG. Evaluation de la pratique de la césarienne à la maternité de l'Hôpital de District de Bogodogo à Ouagadougou de 2013 à 2015 : Classification de « Robson ». Th Méd. Ouagadougou : Université St Thomas d'Aquin 2016 ;94p ; N°100.

44. Tiemtoré B. Césariennes en 2015 dans le Département de Gynécologie Obstétrique (DGO) du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) : fréquence, analyse des indications selon la classification de « Robson », et pronostic. Thèse Med. Université de Ouagadougou ; 2016. 93p ; N°50.

45. Togbé S. Activités chirurgicales dans le service de gynécologie obstétrique et de santé de la reproduction à l'hôpital Sanon Souro de Bobo Dioulasso : bilan de trois années de pratique : janvier 2009 à décembre 2011. Thèse Méd. Université de Ouagadougou ; 2013. N°252. 72p.

46. Ouédraogo CM, Ouédraogo A, Ouattara A, Lankoandé J. La pratique de la césarienne dans un hôpital de district à Ouagadougou Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques à propos de 3 381 cas. Med Sante Trop 2015 ; 25 : 194-199.

ANNEXES

X. ANNEXES

FICHE DE COLLECTE

Numéro de la fiche

Identification de la femme

AGE

Profession : 1. FAF ; 2. Agriculteur/éleveur ; 3. Elève/étudiante ; 4. Fonctionnaire, 5. Commerçante 6. Autres

Conjoint : 1. Secteur informel ; 2. Agriculteur/éleveur ; 3. Elève/étudiant ; 4. Fonctionnaire, 5. Commerçant ; 6. Sans emploi ; 7. Autres

Situation matrimoniale : 1. Vie mariée ; 2. Célibataire ; 3. Divorcée ; 4. Veuve ; 5. Autres

Résidence : 1. Urbaine 2. Rurale

Admission

Date d'entrée

Service d'admission : 1=maternité, 2=urgence

Mode d'admission : 1= direct ; 2= évacuée

Motif d'évacuation

Structures références.....

Antécédents gynéco-obstétriques

Contraception : 1. Non ; 2. Oui Gestes Parité Avortement 1. Oui ;
2. Non

Antécédents médicaux

HTA VIH Pathologie rénale Drépanocytose

Asthme Diabète Autres:.....

Antécédents chirurgicaux : césarienne 1. Oui 2. Non **si oui nombre de césarienne**

Accouchement

Age gestationnel : 1. < 37 SA ; 2. 37 -42 SA ; 3. ≥42

Nombre de fœtus : 1. Grossesse unique ; 2. Multiple

Présentation du fœtus : 1. Céphalique; 2. siège ; 3. Transverse

Début du travail : 1. spontané 2. Déclenchement 3. Césarienne avant travail
4. Césarienne en cours de travail

Groupe de Robson :

Indication de césarienne:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Rupture utérine | 12. Prééclampsie/HTA sévère |
| 2. Pré rupture utérine | 13. Eclampsie |
| 3. Présentation transversale | 14. Grossesse multiple |
| 4. Présentation de l'épaule | |
| 15. Procidence du cordon battant | |
| 5. Présentation du front | 16. Souffrance Fœtale Aigue |
| 6. Présentation de la face enclavée | 17. Circulaire du cordon |
| 7. présentation du siège | 18. Hydramnios |
| 8. Disproportion Fœto-pelvienne | 19. Oligoamnios |
| 9. Dystocie dynamique | 20. Antécédent de césarienne,
Itérative, utérus cicatriciel |
| 10. Placenta prævia | 21. Pathologie médicale de la mère |
| 11. Hématome Retro placentaire | 22. Autres indication..... |

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PRONOSTIC MATERNO-FETAL DE LA CESARIENNE
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO

Type d'anesthésie: ALR AG:

Complications per post opératoires: 1.Oui 2.Non

si oui, Complication 1:

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Suppuration de la proie ; | 7. Fistule vésico/urétéro/vaginale ; |
| 2. Lâchage de suture ; | 8. Embolie pulmonaire ; |
| 3. Péritonite ; | 9. Problème cardiaque |
| 4. Traumatisme vésical ; | 10. Autre, à préciser |
| 5. Anémie | |
| 6. Septicémie | |

Résultat pour la mère: 1. Sortie vivante ; 2.DCD ; **Cause**

Date de sortie ou Décès: /...../.....durée du séjour.....

Résultats pour l'enfant: Bébé 1 Bébé 2 Bébé 3

1. Né vivant sorti vivant (Apgar) ; 2.Mort-né frais ; 3. Mort-né macéré
4. Mort-né non précisé ; 5.Né vivant et DCD inférieur à 24h(Apgar).

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : SIDIBE

Prénoms : André

Titre : Evaluation de la césarienne selon les critères de Robson

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Tel : (00223) 76 72 73 42 / 68 77 16 36

E-mail : kandramatique@gmail.com

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique

Résumé de la thèse : Il s'agit d'une étude transversale avec collecte prospective des données s'étendant sur une période de **12 mois** allant du **1er Janvier au 31 Décembre 2019**. Au cours de notre étude, nous avons enregistré **8611** accouchements dont **1246** Césariennes soit un taux de **14,47%**.

Les classes **5 ,3 et 1** de Robson sont les populations obstétricales les plus nombreuses en matière d'effectif avec une fréquence cumulée de **10,35%** (**4,74% pour le groupe 5, 3,03% pour le groupe 3 et 2,58% pour la classe 1**) au taux global de la césarienne.

L'indication majeure de césarienne dans le **groupe 5**, était la **césarienne itérative** avec **74,01%**.

Dans le **groupe 3** l'indication de césarienne était dominée par la souffrance fœtale aigue avec **32,95%**

Et dans le groupe 1 l'indication majeure de césarienne était dominée par la disproportion foetopelvienne avec **38,28%**.

L'**anémie** a été la complication postopératoire la plus représentée avec un taux de **63,7%**.

Dans notre étude nous n'avons pas enregistré de décès maternel dû à la césarienne.

En ce qui concerne le pronostic foetal, nous avons enregistré **33 cas** de mort-nés soit **2,6%** des naissances par césarienne.

Soixante-dix virgule six pourcent (**70,6%**) des césariennes étaient réalisées en urgence.

Les mots clés : Césarienne, classification de Robson, CSRéf CI.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE