



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

N°.....

THÈSE

**INDICATIONS DE LA CESARIENNE
SELON LA CLASSIFICATION DE ROBSON
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE SELINGUE.**

Présentée et soutenue le 30/06/2025 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par M. CAMARA Moussa

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

Jury

Président : M. BOCOUM Amadou, Maitre de conférences Agrégé

Membres : M. SISSOKO Abdoulaye, Maitre de conférences

M. CAMARA Aboudou, Gynécologue Obstétricien

**M. KAMISSOKO Cheick Oumar, Spécialiste en Médecine
Communautaire/ Médecine de Famille**

Directeur : M. TRAORE Soumana Oumar, Maitre de conférences Agrégé

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

- ✓ **Au Seigneur Dieu Tout Puissant pour sa protection et son assistance tout au long de ma vie.**
- ✓ **A Toutes les mères, singulièrement à 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 père : CAMARA Daouda**

Papa les mots me manquent pour exprimer mes sentiments aujourd'hui. Tu as toujours été à nos côtés, mon frère et moi. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as toujours été un exemple pour toute la famille, car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres. Tes prières et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut, ainsi que ton soutien moral, affectif et matériel. Je veux te dire merci, pour toute la confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle, merci pour ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras encore pour moi. Saches Papa que Je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis.

- ✓ **A ma mère : KONATE Fatoumata**

Maman, ce travail est le tien. Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Tu nous as toujours choyés, rassurés et réconfortés. Tu incarnes pour nous l'amour, la tolérance, la bonté. Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui feront de nous ce que tu as toujours souhaité. Et surtout Pardon pour tous les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causée, tu es et seras notre fierté de tout le temps.

Papa et Maman ; Que DIEU vous bénisse et vous garde aussi longtemps auprès de nous pour que vous puissiez cueillir les fruits murs dont vous avez tant souffert pour l'entretien. Que l'avenir soit pour vous soulagements et satisfactions.

✓ **A mes adorables frères et Sœurs**

On a l'habitude de dire qu'on ne choisit pas sa famille, aujourd'hui, j'ai la ferme conviction que s'il m'avait été donné de faire ce choix, je n'aurai pu mieux faire. Vous représentez énormément pour moi et le quotidien que nous avons partagé à forger ma personnalité. Ensemble nous avons traversé des moments agréables, parfois pénibles mais nous nous en sommes sortis encore plus forts et plus soudés. A chacun de vous je souhaite le meilleur sous la houlette du Seigneur. Ce travail est le fruit des sacrifices que vous avez consentis dignement et humblement ; c'est l'occasion pour moi de vous remercier.

✓ **Mes oncles et tantes :**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis mon jeune âge. Je vous en serai toujours reconnaissant particulièrement à

*→ **Docteur CAMARA Aboudou**, il serait ingrat de méconnaître tout ce que vous avez fait pour moi. Votre bonté, générosité, souci de la réussite, esprit de compassion durant tant d'années à Selingué m'ont permis de réaliser aisément ce travail. Que Dieu vous prête longue vie.*

À mon épouse, DIALLO Oulematou

Quand je t'ai connu, j'ai trouvé la femme de ma vie, mon âme sœur et la lumière de mon chemin. Ma vie à tes cotés est remplie de belles surprises. Tes sacrifices, ton soutien moral ; ta gentillesse sans égal, tes profonds attachements m'ont permis d'aller de l'avant. Que dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein et que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle. INSHALLAH ensemble jusqu'à ALFIRDAOUSS. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi durant toutes ces années d'études.

REMERCIEMENTS

A Dr COULIBALY Moustapha, Dr Cheick Oumar KAMISSOKO, Dr KEITA Djigui, Dr BAGAYOKO Mamadou Moussa, Dr GUINDO Abdoulaye, Dr Traoré Boubou, Dr KONE Yaya. Chers maîtres votre disponibilité constante à l'endroit de vos étudiants est exemplaire. Vous n'épargnez ni votre temps, ni vos forces pour prodiguer des soins aux malades. Merci pour vos aides et encouragements. Vos soutiens ne m'ont jamais fait défaut. Je vous en resterai très humble.

- Aux sage-femmes du service : COULIBALY Fatoumata, DIALLO Kany, SANOGO Naminata merci à vous pour toutes les considérations et soutiens tout au long de l'élaboration de ce travail.

- Aux infirmières obstétriciennes et stagiaires du service : Yaoussa Togola, Maimouna Diop, Bintou Fané, Ramata Camara, pour la bonne collaboration et pour votre humanisme durant l'élaboration de ce travail.

- A Tout le personnel du Centre de Santé de Référence de Sélingué, merci pour l'accueil chaleureux, la sympathie, la confiance et la collaboration face à tout ce que nous avons partagé ensemble.

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.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Amadou BOCOUM

- **Maitre de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire (CHU) de Gabriel Touré**
- **Titulaire d'un diplôme inter universitaire d'échographie en gynécologie-obstétrique en France**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire en coelioscopie en gynécologie en France**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie-obstétrique de l'université de Paris Descartes**
- **Secrétaire générale adjoint de la Société Malienne de Gynécologie obstétrique (SO.MA.GO)**

Professeur émérite,

C'est un grand privilège de vous avoir comme président de ce jury. Vos qualités d'homme scientifique, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens de la perfection ainsi que votre accueil fraternel font de vous un maitre respecté et admiré de tous.

Permettez-nous-en ce jour de vous adresser nos vifs remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- **Maitre de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au Centre de Santé de Référence de la commune V de Bamako**
- **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009**
- **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologue du Canada (SOGOC)**
- **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en commune V du district de Bamako**

Honorable maitre,

Transmettre sa connaissance et son savoir-faire aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeurs inestimables. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Vous n'avez ménagé ni votre temps ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur notre disponibilité.

Veillez croire cher maitre l'expression de notre profonde gratitude et de notre éternelle reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Abdoulaye SISSOKO

- **Maitre de conférences de gynécologie-obstétrique à la FMOS**
- **Ancien interne des hôpitaux**
- **Médecin militaire**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique de la clinique périnatale Mohammed VI**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)**
- **Membre de la Société Malienne de Médecine Militaire (SOMAMEM)**
- **Ancien Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO)**

Honorable Maitre,

C'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre compétence professionnelle, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maitre de référence. Nous reconnaissons en vous les qualités d'enseignant juste et rigoureux.

Egalement nous apprécions en vous l'homme de science modeste qui reste un espoir pour nous, la jeune génération. Votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile joint à vos connaissances scientifiques font de vous un maitre hautement respecté.

Trouver ici l'expression de notre plus haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Aboudou CAMARA

- **Gynécologue-Obstétricien**
- **Praticien hospitalier à la clinique médicale SORILA**
- **Membre de la Société Malienne de la Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)**

Honorable maitre,

Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Vos qualités d'homme scientifique, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens de la perfection ainsi que votre accueil fraternel font de vous un maitre respecté et admiré de tous.

Nous avons admiré vos qualités scientifiques et humaines tout au long de ce travail.

Nous vous prions de bien vouloir recevoir nos humbles remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Cheick Oumar KAMISSOKO

- **Chargé de Recherche en Médecine Communautaire/Médecine de Famille**
- **Titulaire d'un diplôme inter universitaire en diabétologie**
- **Médecin chargé de la Santé de Reproduction au District Sanitaire de Sélingué**

Honorable Maitre,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre compétence professionnelle, votre gentillesse, votre passion du travail bien fait font de vous un modèle à suivre.

Veillez recevoir en cette occasion solennelle, l'expression de notre très haute considération.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

ALR : Anesthésie Loco-Régionale

ATCD : Antécédent

BDCF : Bruits Du Cœur Fœtal

BGR : Bassin Généralement Rétréci

CAT : Conduite A Tenir

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN : Consultation Périnatale

CS Com : Centre de Santé Communautaire

Dr : Docteur

DCD : Décédé

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

G : Gestité

GU : Grossesse Unique

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

Inf : Inferieur

IMC : Indice de masse corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P : Parité

PC : Présentation Céphalique

PS : Présentation du Siège

PP : Placenta Prævia

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SR : Santé de la reproduction

TS : Travail Spontané

V : Vivant

VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

Liste des figures

Figure 1 : La classification en dix (10) groupe de Robson	11
Figure 2 : Technique de la césarienne classique voies d’abord	16
Figure 3 : Technique de la césarienne classique voies d’abord	17
Figure 4 : Technique de la césarienne classique (décollement vésical)	17
Figure 5: Technique de la césarienne classique (décollement vésical)	18
Figure 6 : Technique de la césarienne classique (décollement vésical)	18
Figure 7: Technique de la césarienne classique Hystérotomie segmentaire	19
Figure 8 : Technique de la césarienne classique Incision du segment inférieur	19
Figure 9 : Technique de la Césarienne classique Extraction fœtale	20
Figure 10 : Technique de la Césarienne classique Extraction fœtale	21
Figure 11: Répartition des patientes selon le type de césarienne.....	44

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I: Classification des indications maternelles absolues/Indications non absolues, réunions FIGO 2006[29]	9
Tableau II : Variables étudiées	29
Tableau III : Fréquence hospitalière de la césarienne	33
Tableau IV: Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	33
Tableau V: Répartition des patientes selon le niveau de scolarité	34
Tableau VI: Répartition des patientes selon la résidence	34
Tableau VII : Répartition des patientes selon la gestité	35
Tableau VIII: Répartition des patientes selon la parité.....	35
Tableau IX : Répartition des patientes selon la notion de césarienne	36
Tableau X : Répartition des patientes selon le mode d'admission	36
Tableau XI: Répartition des patientes selon le motif d'admission.....	37
Tableau XII: Répartition des patientes selon l'indice de masse corporelle	38
Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel	38
Tableau XIV: Répartition des patientes selon le nombre de fœtus	39
Tableau XV : Répartition des patientes selon la présentation du fœtus	39
Tableau XVI: Répartition des patientes selon les indications de la césarienne	40
Tableau XVII : Répartition des patientes selon la classification de Robson. ...	41
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la classification de Robson en fonction de la tranche d'âge.	42
Tableau XIX: Répartition des patientes selon la classification de Robson en fonction des indications principales de la césarienne.	43
Tableau XX: Répartition des patientes en fonction de l'aspect technique de la pratique de la césarienne	45
Tableau XXI: Répartition des patientes selon le pronostic maternel.	46
Tableau XXII: Répartition des patientes selon les complications maternelles en fonction de la nature de césarienne.	47
Tableau XXIII: Répartition des patientes selon les complications maternelles en fonction de la classification de Robson.....	48

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le score d'Apgar à la 1 ^{ère} minute.	49
Tableau XXV : Répartition des patientes selon le score d'Apgar à la 5 ^{ème} minute.	49
Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le pronostic néonatal en fonction du mode d'admission.....	50
Tableau XXVII: Répartition des patientes selon le Pronostic néonatal en fonction du type de césarienne.	50
Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la classification de Robson en fonction du pronostic du nouveau-né.	51

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
II. Généralités	5
1. Définitions :.....	5
2. Epidémiologie :.....	5
3. Historique :.....	6
Problématique des classifications des indications de césariennes	7
a. La classification de Boisselier (1987) :.....	7
b. Classification de Baltimore :.....	8
c. La Classification de Michael Robson :.....	10
4. Techniques de la césarienne :.....	12
5. Description de quelques techniques de césarienne	15
III. Méthodologie.....	25
1. Cadre d'étude :	25
2. Type d'étude :	26
5. Echantillonnage :.....	27
6. Collecte des données.....	27
7. Source de données :.....	27
10. Définitions opérationnelles	30
11. Méthode de calcul dans le tableau de la classification de Robson	31
12. Considérations éthiques.....	31
IV. Résultats :	33
V. Commentaires et Discussion	53
1. Les difficultés de l'étude :.....	53
2. Fréquence :.....	53
3. Caractéristiques sociodémographiques	54
4. Taux et indications selon le groupe de Robson	54
5. Pronostic maternel et périnatal de la césarienne	56
VI. Conclusion et Recommandation	59
CONCLUSION	59
RECOMMANDATIONS	60
VII. Références.....	62
SERMENT D'HIPPOCRATE	75

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La césarienne est une opération chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus de l'utérus maternel après incision de l'utérus, généralement par voie abdominale trans péritonéale ou plus rarement rétro péritonéale, exceptionnellement vaginale [1].

Elle est efficace pour sauver la vie des mères et de nouveau-nés, cependant elle doit être réalisée uniquement lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale [2].

À l'échelle mondiale, les taux de césarienne ont augmenté au cours des dernières décennies. Selon des estimations récentes portant sur 150 pays, 21% de toutes les naissances se font par césarienne, avec des moyennes allant de 1% à 58% selon les pays [3].

Contrairement à ces niveaux élevés, les taux de césariennes dans la majorité des pays en développement restent faibles. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le taux optimal devrait être compris entre 10 à 15% des accouchements [4].

Un facteur qui influence directement le taux de césarienne est la raison pour laquelle elle est pratiquée, c'est à dire son indication. Classiquement, les indications de césariennes étaient basées sur des éléments cliniques comme les complications maternelles ou obstétricales, l'antécédent de césarienne, la dystocie, la souffrance fœtale, la présentation du siège et les autres anomalies de la présentation [5, 6].

En 2020, le taux de césarienne était respectivement de 30% aux États-Unis, 35% en Italie, 40% au Brésil et jusqu'à 60% en Chine [7].

L'augmentation excessive du taux de césarienne dans les pays développés s'expliquent par des caractéristiques maternelles comme l'âge maternel avancé et le taux élevé d'hypertension artérielle au cours de la grossesse, de diabète, d'obésité et de grossesses multiples surtout avec les progrès de l'assistance médicale à la procréation [8]. Aussi, il faut tenir compte dans l'interprétation de l'accroissement du taux de césarienne dans ces pays ; l'amélioration des

procédures de césarienne, l'idée qu'ont les patientes et les praticiens que l'accouchement par césarienne est plus sûr que la voie basse, la convenance personnelle etc... [9, 10].

A l'opposé, dans les pays en développement, particulièrement ceux en Afrique au Sud du Sahara, plusieurs facteurs contribuent à maintenir le taux de césarienne à des niveaux suboptimaux, parmi lesquels l'insuffisance qualitative et quantitative du plateau technique, le mode d'admission des parturientes ; l'absence de suivi prénatal ou sa moindre qualité [11].

Au Mali, selon le rapport de l'Annuaire Statistique de la Direction National de la Santé, le taux de césarienne était de 3,37% en 2023 [12].

Dans le but d'aider à repérer les facteurs pouvant contribuer à l'amélioration du taux de césarienne et à maintenir un mécanisme d'audit et de feedback, nous avons adopté une méthode d'analyse de la césarienne selon la classification de Robson qui est basée sur 10 groupes mutuellement exclusifs sur les caractéristiques obstétricales [13]. La classification de Robson regroupe les gestantes selon le nombre de fœtus, la présentation fœtale, la parité, antécédent obstétrical (utérus cicatriciel), le mode de début du travail et l'âge gestationnel ; ce qui donne des catégories cliniques 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. Ceci permet non seulement d'examiner les taux spécifiques de chaque groupe pour déterminer leur adéquacité mais également de démontrer comment le taux global de césarienne est affecté par l'importance des taux spécifiques et la taille relative de chaque groupe, identifiant ainsi les groupes qui contribuent beaucoup et ceux qui contribuent peu au taux global.

L'avantage d'une telle analyse est de fournir aux prestataires de soins en salle d'accouchements 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 à poser l'indication de l'opération césarienne à bon escient mais aussi améliorer le pronostic maternel et périnatal.

L'objectif de ce travail est d'étudier les taux de césariennes dans les 10 groupes de la classification de Robson dans la population des accouchements à la maternité du centre de santé de référence de Selingué afin d'identifier ceux pour lesquels des interventions spécifiques sont nécessaires pour ajuster le taux de césarienne et améliorer le pronostic périnatal.

I.1. Objectif général

Etudier les indications de la césarienne selon la classification de Robson au Centre de Santé de Référence de Selingué.

I.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence hospitalière de la césarienne dans le service.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.
- Déterminer le groupe de Robson le plus contributeur de la césarienne dans le service.
- Déterminer le pronostic maternel et périnatal de la césarienne en fonction de la classification de Robson.

GENERALITES

II. GENERALITES

1. Définitions :

Selon MERGER la césarienne réalise un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus gravide par voie abdominale essentiellement après cœliotomie car la césarienne vaginale pratiquée autre fois est de plus en plus abandonnée actuellement [14].

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 (grossesse unique ou multiple) ;
- La parité ;
- La notion de cicatrice utérine ;
- La présentation du fœtus.

2. Epidémiologie :

La césarienne est une intervention chirurgicale qui peut prévenir efficacement la mortalité maternelle et néonatale lorsqu'elle est pratiquée pour des raisons médicales.

Le taux mondial de césarienne a presque triplé en un quart de siècle, passant de 6,7% en 1990 à 19,1% en 2014 selon les estimations de l'OMS [15].

Des données récentes estiment qu'environ 21% des femmes accouchent par césarienne dans le monde [16].

Dans les pays les plus développés comme le Brésil, la République dominicaine et l'Egypte, les taux dépassent 50% ; ce qui indique que les césariennes sont pratiquées de manière excessive.

Dans les pays les moins développés, comme le Tchad, le Burkina Faso, l'Éthiopie et Madagascar, les taux sont inférieurs à 5% ce qui indique que les femmes ne bénéficient pas des soins dont elles ont besoins [17].

Les projections estiment qu'à ce rythme, 28,5% des femmes dans le monde accoucheront par césarienne d'ici à 2030 (38 millions de césariennes par an), allant de 7,1% en Afrique subsaharienne à 63,4% en Asie de l'Est [18].

Selon la dernière Enquête Démographique de Santé (EDS) réalisée en 2018, le taux de césarienne au niveau de la population était de 2,5% [19].

D'après les études réalisées dans les centres hospitalier, le taux de césarienne est élevé, allant de 18 à 35% [20,21,22]

3. Historique :

La césarienne est parmi les plus anciennement connues et pratiquées, ceci pour dire qu'il y a du fil à retordre sur l'origine et la genèse même de cette intervention [23]. L'origine du mot césarienne a été l'objet de controverses. Selon la légende (interprétation d'un texte de Pline l'ancien 23-75 après Jésus-Christ), ce mot provient du nom premier des César : Julius, en raison à laquelle une opération a valu sa naissance. Or, on dit encore qu'une telle opération à cette époque couronnée de tels succès est invraisemblable. Donc il est possible que le récit de Pline l'ancien qui faisait naître César dans des circonstances exceptionnelles ne relatait pas strictement les faits mais visait à souligner l'importance du personnage en lui attribuant un mode de naissance réservé aux dieux de la mythologie. Première fois par François Rousset dans un ouvrage publié pour la première fois à Paris en 1581 et intitulé (Enfantement césarien) se référant lui aussi aux circonstances que la tradition prêtait à la naissance de César. L'auteur de cet ouvrage réalisait dans le langage écrit une notion correspondant plus à une légende qu'à une réalité historique [24].

L'histoire de l'opération césarienne peut être divisée en quatre périodes :

- De l'antiquité au Moyen âge : Césarienne post mortem ;
- Du XVIème au XIXème siècle : Césarienne sur les femmes vivantes ;
- Du XIXème au début du XXème siècle : avènement de l'asepsie chirurgicale ;
- Période moderne.

La classification de Robson a été développée dans les années 2000 par le Dr. A. Robson et ses collaborateurs.

Elle a été conçue pour répondre au besoin d'une méthode standardisée pour l'évaluation des taux de césariennes, afin de mieux comprendre les facteurs qui y contribuent.

L'OMS a par la suite endossé la classification de Robson et la recommande comme norme mondiale pour l'évaluation et la comparaison des taux de césarienne.

Problématique des classifications des indications de césariennes :

La littérature internationale rapporte plusieurs classifications parmi lesquels :

a. La classification de Boisselier (1987) [25] :

Utilisée également par Maillet (1991), Cissé (1995) et UON (1999), 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 fœtopelviennes (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 [26]. 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 médicalement ;

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) [27] a choisi la classification suivante :

Disproportion fœtopelvienne ;

Souffrance fœtale, utérus cicatriciels ;

Présentation du siège ;

Autres.

D'autres auteurs : CIRARU-VIGNERON (1985), Melchior (1988) Ont préféré classer ces indications par ordre de fréquence [28].

D'autres classifications Ont été proposées :

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. Et dans l'intérêt conjugué de la mère et l'enfant. Sécurité fœtale.

b. 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 [29]. Les comparaisons des résultats pour la mère et l'enfant sont souvent faites entre ces deux catégories de césariennes. Les deux groupes sont présentés par le tableau 1 ci-dessous.

Tableau I: Classification des indications maternelles absolues/Indications non absolues, réunions FIGO 2006[29]

Indications maternelles absolues	Indications non absolues
1. Dystocie	1. Eclampsie/ prééclampsie
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 ante-partum, à l'exclusion des cas majeurs incluant le décollement du placenta
6. Bassin immature	6. Antécédent de césarienne
7. Hémorragie ante partum majeure et placenta prævia (classe 3 ou 4)	7. Cicatrice utérine de chirurgie antérieure
8. Rupture utérine	8. Travail prolongé
9. Disproportion fœtopelvienne	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	14. Antécédent de cure de prolapsus utérin
	15. Autres

c. La Classification de Michael Robson :

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

En 2014, l'OMS proposera les critères de Robson comme outils d'évaluation des césariennes après une revue systématique des utilisateurs visant à évaluer les avantages et les inconvénients de cette adoption [30].

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

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

Objectifs et avantages :

- La classification de Robson permet d'identifier les groupes de femmes pour lesquels le taux de césarienne est le plus élevé, ce qui peut aider à cibler les efforts pour réduire les césariennes inutiles.
- Elle offre un langage commun pour discuter des taux de césariennes et facilite la comparaison des données entre différentes institutions.
- Elle est simple à comprendre et à appliquer, ce qui la rend accessible aux professionnels de la santé de tous les niveaux.
- La classification de Robson permet de suivre l'évolution des taux de césariennes dans le temps et d'évaluer l'impact des interventions obstétricales.

En résumé, la classification de Robson est un outil précieux pour l'évaluation des pratiques obstétricales et la réduction des taux de césariennes, grâce à sa simplicité, sa reproductibilité et sa capacité à identifier les groupes à risque.

Parmi les systèmes de classification existants, la classification en 10 groupes également appelée « classification de Robson » (Figure n°1) a été adoptée par l'OMS comme système international de référence pour l'évaluation, la

surveillance, et la comparaison des taux de césarienne au sein des établissements obstétricaux.



Figure 1 La classification en dix (10) groupe de Robson [31]

4. Techniques de la césarienne :

Les techniques opératoires de la césarienne sont multiples [32]. La plus fréquemment pratiquée ces dernières années est la technique de Pfannenstiel. Une technique plus récente est celle de « Joel-Cohen », également nommée « Stark » ou « Misgav Ladach ». Cette technique est intéressante car elle permet de réduire les pertes sanguines, d'accélérer l'opération, et enfin d'avoir des suites moins douloureuses par rapport à la technique classique dite de Pfannenstiel. Elle présente d'ailleurs très peu de contre-indications. Une autre technique est la césarienne dite extra-péritonéale. Celle-ci est encore très rarement utilisée, bien que connue depuis très longtemps, du fait d'une technique opératoire un peu plus compliquée à maîtriser. Nous n'avons pas l'intention d'être exhaustif, c'est pourquoi on se contentera d'un aperçu général sur la césarienne segmentaire et la césarienne selon Misgav Ladach.

5.1. Préparation de l'intervention

Elle doit se faire dès que l'on pressent l'indication de la césarienne avant de se trouver dans une situation d'urgence et comprend :

- Préparation de la paroi effectuée en salle de naissance,
- Lavage soigneux de la paroi abdominale,
- Mise en place d'une sonde vésicale avec aseptie,
- Prise d'une voie veineuse de calibre suffisant,
- Bilan préanesthésique : Dans les situations à haut risque de césarienne (Césarienne prophylactique, Déclenchement, Epreuve de travail) il est réalisé dès l'entrée en salle de travail.

Ce bilan complet : Taux d'hémoglobine, Groupage/Rhésus, TP, TCA, Plaquettes, Créatininémie. Si possible, il faut faire voir la patiente le plus tôt possible à l'anesthésiste et faire partir ce bilan en urgence.

- Bilan obstétrical :

Un toucher vaginal préopératoire permet :

- De s'assurer de la vacuité de la vessie (un sondage préalable aura été effectué) ;
- De déterminer la présentation : longitudinale ou transversale ;
- De repérer une procidence éventuelle du cordon et de s'assurer qu'il bat.

Une palpation abdominale permet :

- De repérer la position du dos ;
- De déterminer la présentation.

L'auscultation du cœur confirme au préalable la vitalité fœtale.

4.2. Préparation du chirurgien

Le premier lavage des mains de la journée doit durer 5 minutes, alors que les suivants peuvent être de deux minutes (recommandation du Centre for Disease Control, 1985), délai suffisant pour éradiquer 98% de la flore manuportée. En revanche le lavage postopératoire, trop souvent négligé, devrait devenir une pratique routinière, car 30% des gants du chirurgien sont perforés en fin d'intervention. Le port de lunettes et de deux paires de gants est fortement recommandé pour éviter des éventuelles contaminations septiques du chirurgien. La césarienne être exécutée de façon sûre par un opérateur qui connaît l'anatomie de l'utérus gravide (la chirurgie et l'obstétrique) ; Préparation de la patiente quel que soit le type d'incision pariétale, la patiente est placée en décubitus dorsal avec une légère inclinaison latérale gauche de l'ordre de 10 à 15° (obtenue simplement par un drap roulé et placé sous le flanc droit ou par un roulis de la table d'opération). Cette recommandation repose sur le risque de compression de la veine cave inférieure par l'utérus gravide induisant une baisse du débit cardiaque par diminution du retour veineux et une hypoxie fœtale potentielle. Cependant les bénéfices fœtaux n'ont pas été formellement démontrés par des essais randomisés [33,34] : ils ont été réalisés essentiellement sous anesthésie générale et n'ont pas évalué les conséquences hémodynamiques de la rachianesthésie. En cas de césarienne en cours du travail, il paraît souhaitable que les membres inférieurs

soient placés en abduction suffisante pour qu'un deuxième aide opératoire puisse éventuellement effectuer une manœuvre par voie périnéo-vaginale.

Anesthésie : Sauf contre-indications bien posées l'anesthésie loco-régionale devrait être la règle [35] :

- L'anesthésie générale : Indiqué chez les patientes qui présentent
 - Toutes les contre indications à la rachianesthésie
 - Très grande urgence et/ou hypotension non contrôlée.
- L'anesthésie locorégionale : Indiqué en absence de contre-indication
 - Elle est plus sûre que l'anesthésie générale si les risques de rachianesthésie haute et/ou d'hypotension sont contrôlés.
 - Elle permet un meilleur premier contact entre la mère et son enfant.

Contre-indications :

Absolues :

- Hypovolémie non corrigée et/ou instabilité hémodynamique ;
- Troubles de coagulation ;
- Infection au point de ponction.

Relatives :

- Malformations rachidiennes ;
- Antécédents de chirurgie de la colonne vertébrale ;
- Urgences majeures (procidence du cordon, rupture utérine,) [car l'anesthésie générale est plus rapide].

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.

5.3. Composition d'une boîte de césarienne

Elle est presque la même que les autres boîtes de laparotomie d'urgence. Elle est composée de [36] :

- Deux valves de Doyen ;
- Un écarteur de COLLIN ou de PICHARD avec trois jeux de valves mobiles ;
- Deux écarteurs de FARABOEUF grand modèle, largeur 15 mm ;
- Un bistouri numéro 14 courts ;
- Un porte-aiguille de MAYO HEGAR de 20 cm ;
- Une paire de ciseaux de METZENBAUM de 23 cm ;
- Une paire de ciseaux de MAYO courbe de 18 cm ;
- Une paire de ciseaux à fils à bout rond ;
- Une pince à disséquer à griffes de 20 cm ;
- Une pince à disséquer sans griffes de 20 cm ;
- Une pince à disséquer sans griffe de BARRAYA de 25 cm ;
- Six pinces à cœur ; - Dix pinces de KELLY courbes 14 cm ;
- Deux pinces de KOCHER droites 14 cm ;
- Deux pinces de FAURE courbes 21 cm ;
- Quatre pinces à champ de BACKAUS de 10 cm ;
- Deux pinces de BENGOLEA sans dents, courbes, 20 cm.

5. Description de quelques techniques de césarienne

6.1. Césarienne segmentaire classique [37] :

- *Premier temps* : mise en place des champs, laparotomie sous-ombilicale ou transversale dans un souci esthétique surtout ;
- *Deuxième temps* : protection de la grande cavité par les champs abdominaux, et mise en place des valves ;
- *Troisième temps* : incision transversale aux ciseaux du péritoine pré segmentaire dont le décollement s'effectue facilement ;
- *Quatrième temps* : incision transversale du segment inférieur ;

- *Cinquième temps* : extraction de l'enfant, dans la présentation du siège, la plupart des auteurs conseillent d'abord de rechercher un pied (grande extraction) ;
- *Sixième temps* : délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'hystérotomie ;
- *Septième temps* : suture du segment inférieur qui se fait en un plan avec des points séparés croisés en x sur les extrémités et les points séparés extra muqueux sur les berges ;
- *Huitième temps* : suture du péritoine pré segmentaire avec du Vicryl 2/0 par simple surjet non serré ;
- *Neuvième temps* : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale ;
- *Dixième temps* : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage ;

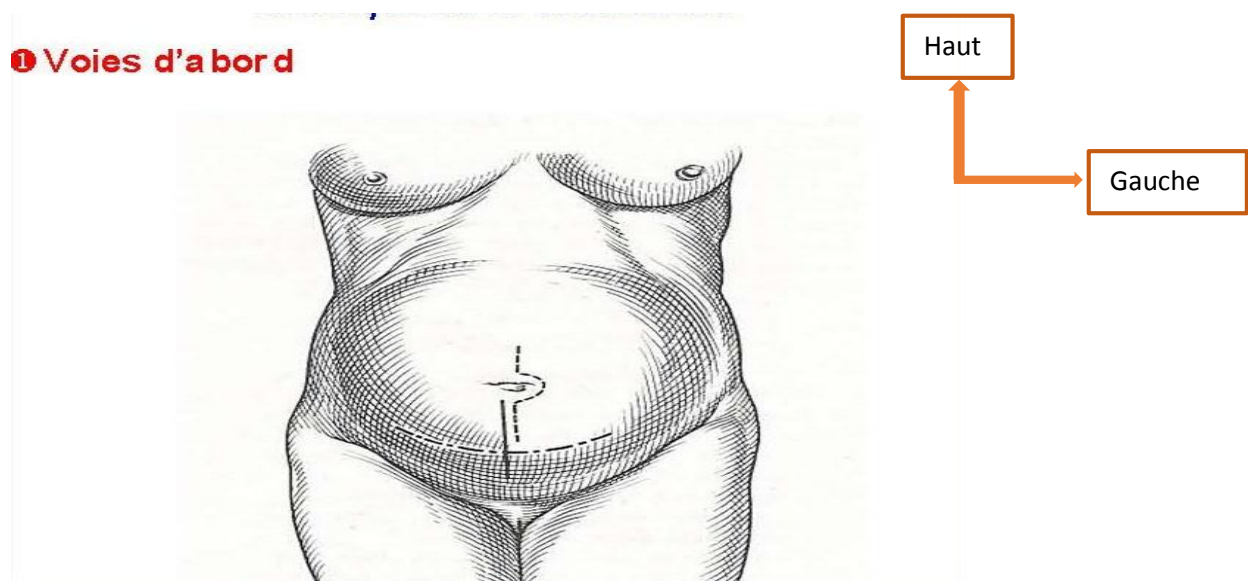


Figure 2 : Technique de la césarienne classique voies d'abord [38]

❶ Voies d'abord : Incision de Pfannenstiel

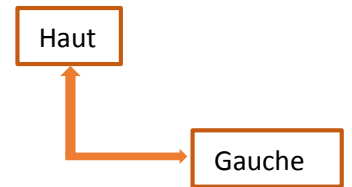
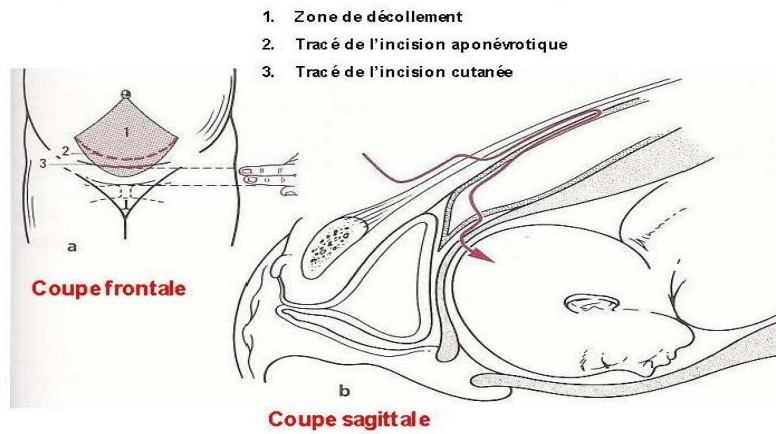
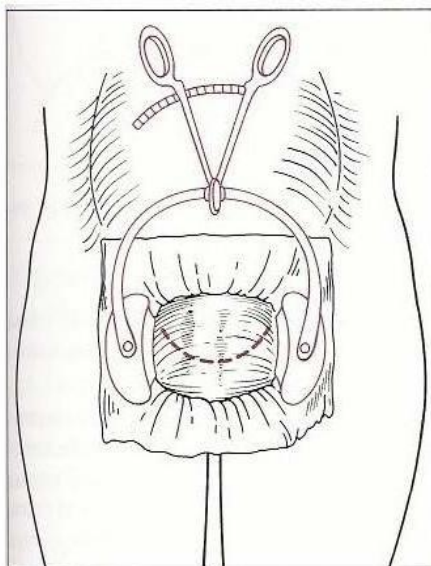
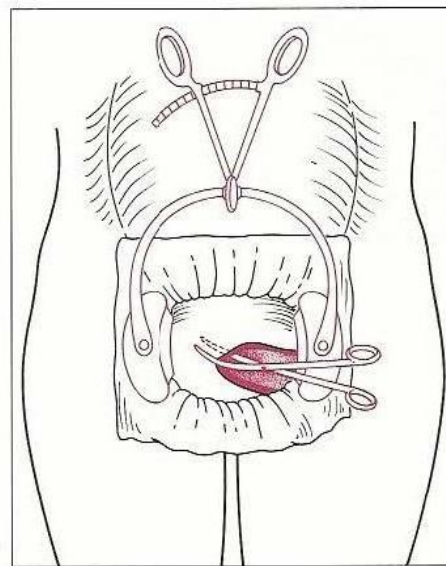


Figure 3 : Technique de la césarienne classique voies d'abord [38]



Exposition du segment inférieur et tracé de l'incision segmentaire horizontale arciforme sur le péritoine viscéral



Incision du péritoine viscéral. Décollement péritonéal segmentaire

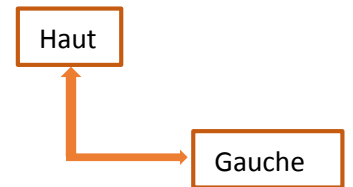


Figure 4 : Technique de la césarienne classique (décollement vésical) [38]

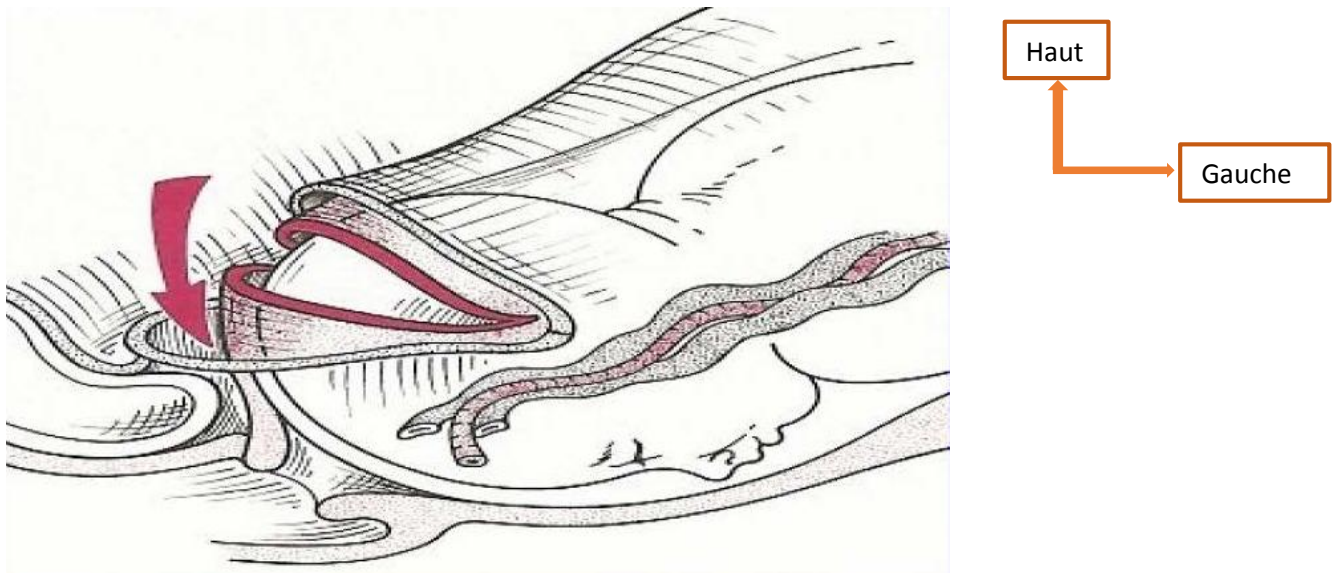


Figure 5: Technique de la césarienne classique (décollement vésical) [38]

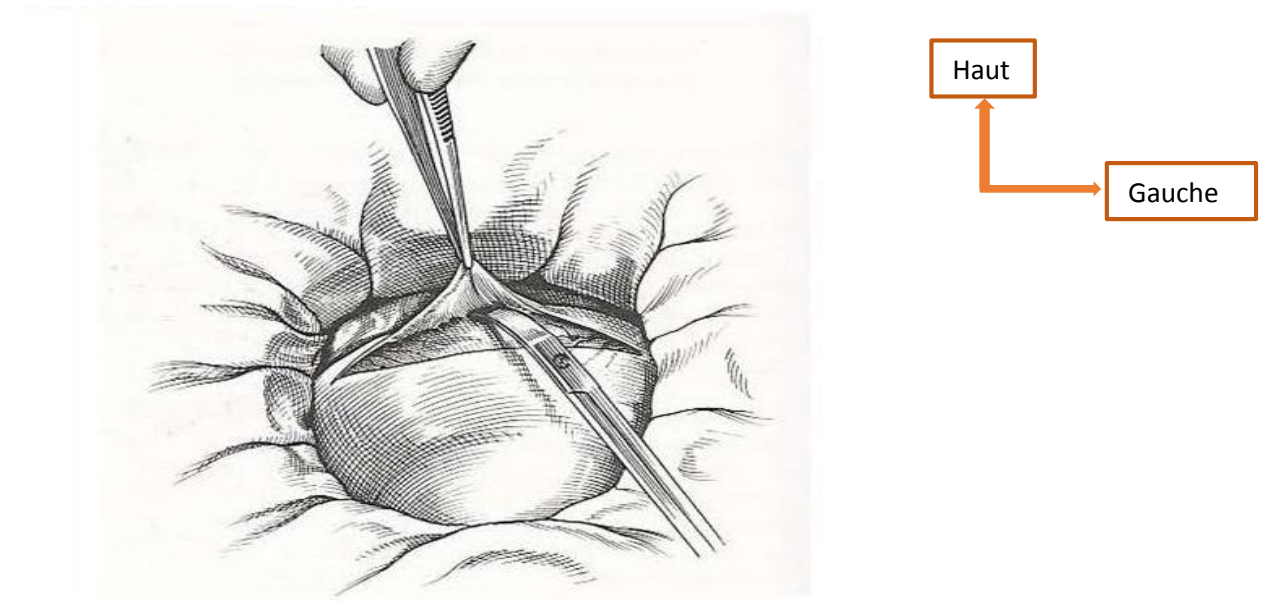
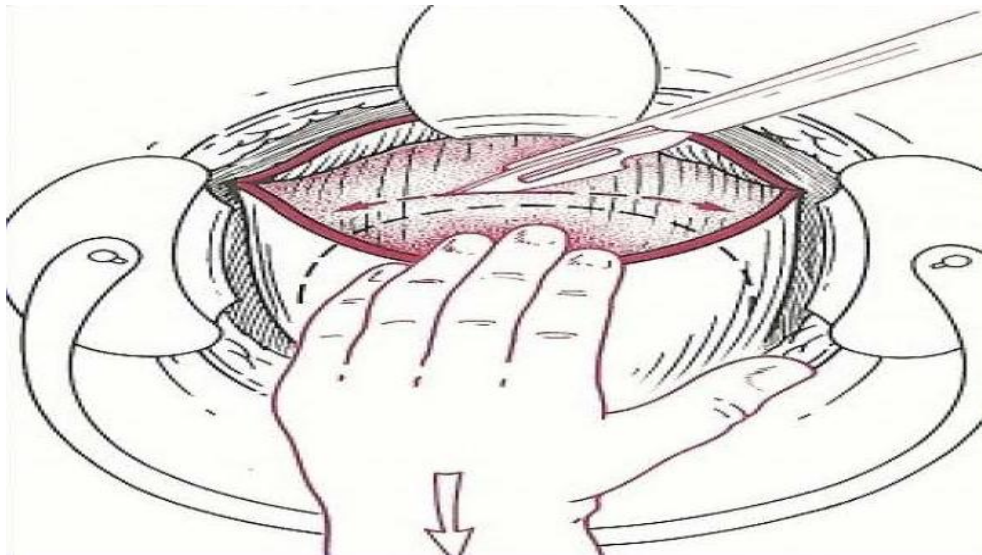


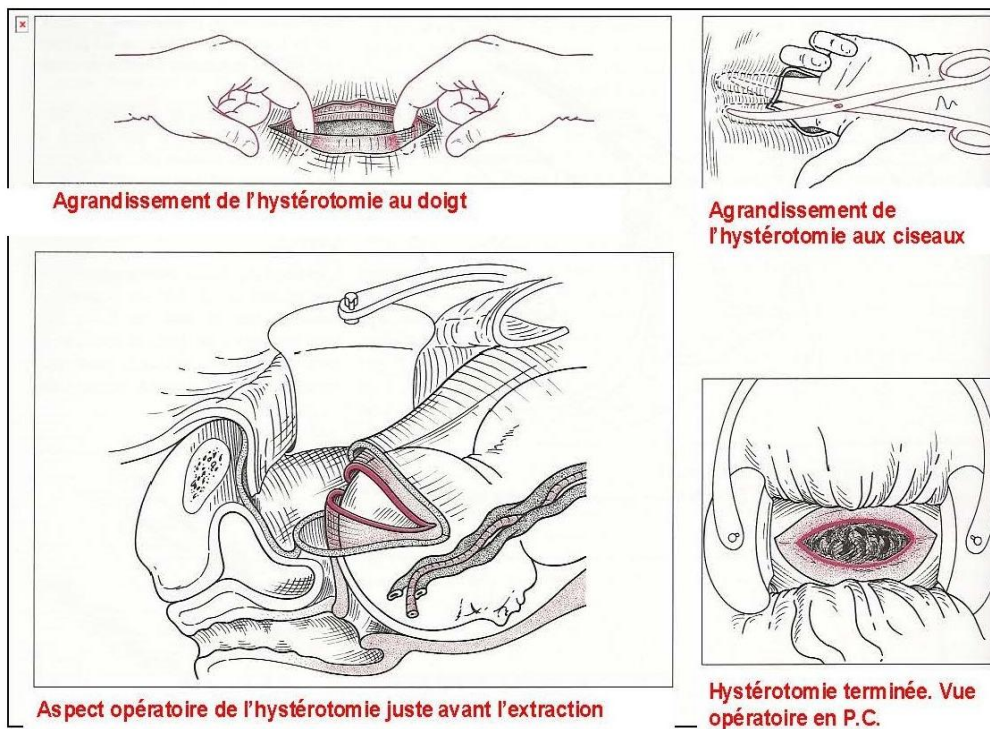
Figure 6 : Technique de la césarienne classique (décollement vésical) [38]



Haut
Gauche

Figure 7: Technique de la césarienne classique Hystérotomie segmentaire [38]

4 Incision du segment inférieur



Haut
Gauche

Figure 8 : Technique de la césarienne classique Incision du segment inferieur [38]

⑥ L'extraction foetale

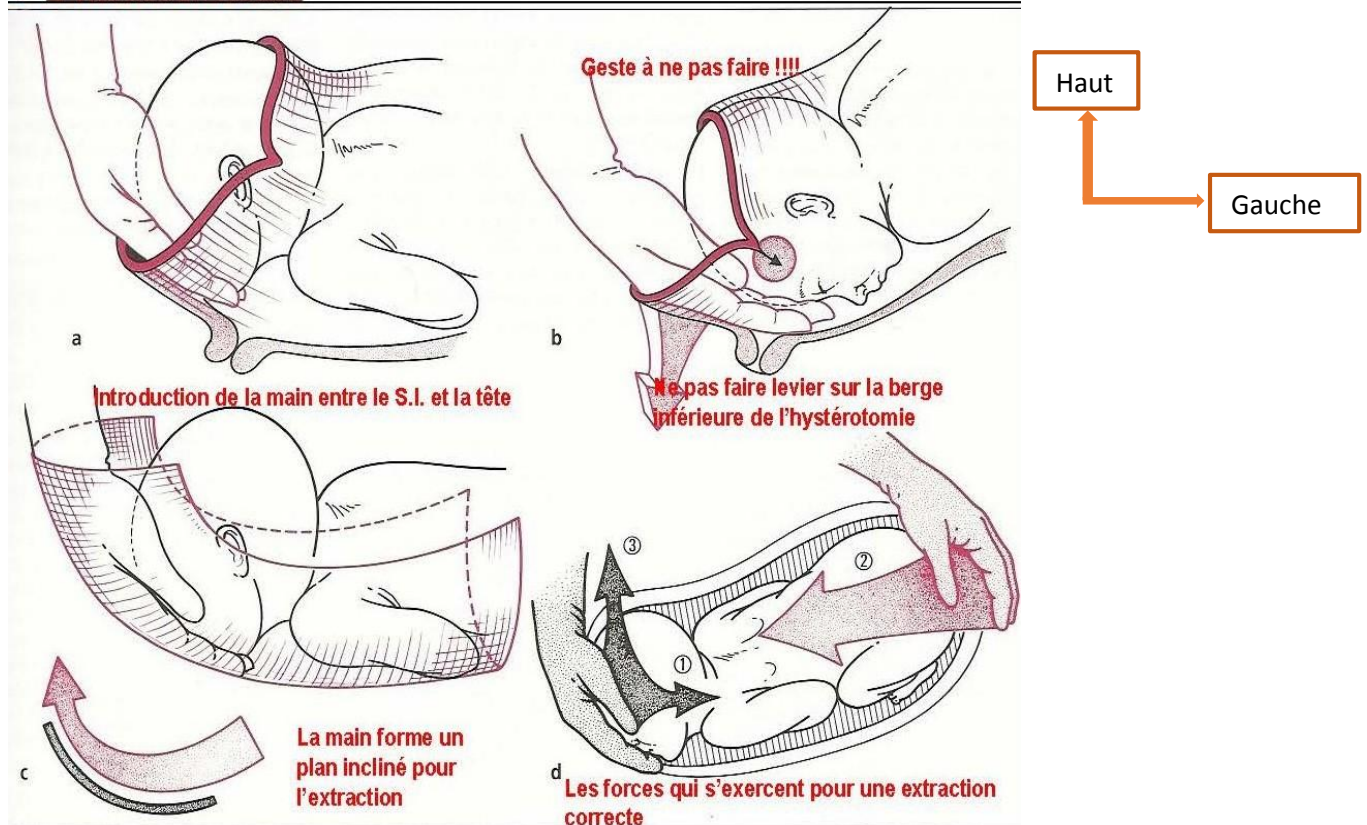


Figure 9 : Technique de la Césarienne classique Extraction foetale [38]

⑥ L'extraction fœtale

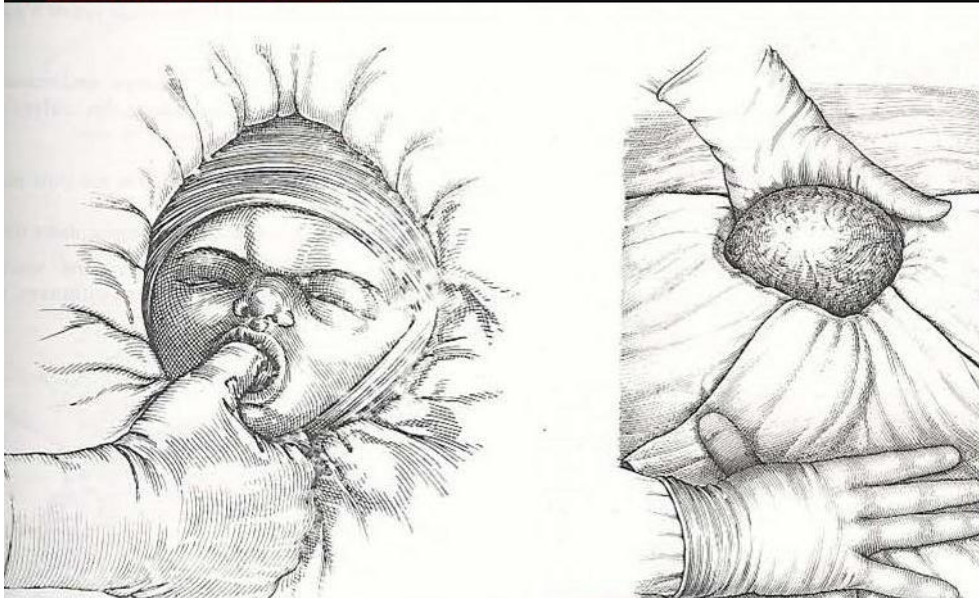


Figure 10 : Technique de la Césarienne classique Extraction fœtale [38]

6.2. La césarienne selon la technique de Misgav Ladach [39] :

La méthode Misgav Ladach pour la césarienne a été développée par Michael Stark sur la base de l'incision de Joël-Cohen introduite pour l'hystérectomie. La technique a été introduite par Misgav Ladach et est maintenant utilisée dans les centres médicaux du monde entier. La méthode Misgav Ladach élimine de nombreuses étapes conventionnelles, entraînant une naissance plus rapide, moins de traumatismes pour la mère et une récupération plus rapide. Il y a moins de besoins en analgésiques et antibiotiques, moins de cicatrices, moins de saignements et moins de besoin d'anesthésie. Le risque d'exposition au VIH est minimisé et la rapidité des opérations permet de gagner du temps en salle d'opération et de limiter le nombre des opérateurs.

❖ Les étapes :

- L'ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3 cm au-dessus de la ligne inter iliaque unissant les 2 épines antérosupérieures ;
- L'ouverture transversale du péritoine pariétal ;
- L'absence de champs abdominaux ;
- L'hystérotomie segmentaire transversale ;
- La suture de l'hystérotomie en un plan par un surjet non passé au fil résorbable de polyglycapron n°1 ;
- L'absence de fermeture des péritoines viscéral et pariétal ;
- La suture aponévrotique par un surjet non passé au fil résorbable de polyglactine n°1 ;
- Le rapprochement cutané par 3 points de Blair-Donati très espacés au fil de polyester n°00 ; En plus des avantages précédemment cités, cette technique permet également une diminution des pertes sanguines et dans la majorité des cas aucune hémostase pariétale n'est nécessaire, ainsi qu'une diminution de la morbidité postopératoire et des complications à long terme. La simplicité de cette technique et les résultats obtenus par différentes études font penser qu'elle deviendra sous peu la référence en matière d'extraction fœtale par voie haute.

❖ Avantage :

Ces avantages sont :

- Rapidité ;
- Moins d'hémorragie ;
- Moins de fièvre ;
- Moins de douleurs ;
- Autonomie de l'opérateur ;
- Matériel moindre.

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

- la ligature des trompes ;
- la Kystectomie de l'ovaire ;
- l'hystérectomie.

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Référence de Selingué.

1-1. Historique du Centre de Santé de Référence de Selingué :

Le centre de santé de référence de Selingué a été créé en 2001 et réaménagé en 2009 avec un plateau technique minimal pour assurer les activités courantes.

Cette structure s'est imposée par ses prestations de qualité dans le domaine de la gynécologie obstétrique et est animé par un personnel médical, paramédical et un personnel administratif.

1-2. Description du service de gynécologie obstétrique :

❖ Composition de la maternité du CS Réf de Selingué :

- Une salle de consultation pour les grossesses à risque servant le bureau du Médecin SR,
- Un bureau pour la sage -femme maîtresse,
- Une salle de consultation prénatale,
- Une salle d'attente,
- Une salle de travail,
- Une salle de soins des nouveaux nés,
- Une salle de garde,
- Deux salles pour les accouchées contenant sept (7) lits,
- Une salle pour les patientes qui ont subi une césarienne (quatre lits),
- Un bloc opératoire avec deux salles d'opérations dans le service de chirurgie où se font les césariennes : une salle septique et l'autre aseptique
- Deux toilettes.

Le service est dirigé par un médecin spécialiste en médecine de Famille/communautaire, nommé médecin SR appuyé par deux autres médecins généralistes.

Le personnel de la maternité est composé de :

- 5 Médecins ;
- 03 sage-femmes dont une Sage-femme maitresse
- 03 Infirmières Obstétriciennes ;
- 01 Manœuvre

En plus de ce personnel ; le service accueil des étudiants en année de thèse et des élèves infirmiers pour leurs formations pratiques.

1-3. Fonctionnement du service :

Le service est ouvert tous les jours et une garde est assurée tous les jours. Les consultations prénatales sont effectuées par les infirmières obstétriciennes et les sage-femmes tous les jours ouvrables et par les médecins pour les grossesses à risques.

L'équipe de garde est constituée de :

- Un médecin, chef de garde,
- Une sage-femme,
- Une infirmière obstétricienne,
- Un étudiant en année de thèse.

Trois ambulances assurent la liaison entre le centre de santé de référence de Selingué et les 14 CSCOM, les CHU (Hôpital Gabriel Toure, Hôpital du Point G, Hôpital du Mali, Hôpital Mère Enfant le Luxembourg).

Le service a pour mission principale, l'amélioration de la santé maternelle et périnatale, en offrant des services de soins de qualité.

2. Type d'étude :

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

3. Période et Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1 janvier au 31 décembre 2023 au Centre de Santé de Référence de Sélingué.

4. Population d'étude :

Elle était constituée de l'ensemble des femmes qui sont admises pendant la gravido-puerpéralité dans le service de maternité au cours de la période de l'étude.

5. Echantillonnage :

5.1. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude :

Toutes patientes ayant accouché dans le service par césarienne.

5.2. Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude :

Toutes patientes césarisées dont le reste de la prise en charge n'a pas été faite dans le service.

5.3. Taille de l'échantillon

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif de toutes les admissions à la maternité et tous les accouchements répondant aux critères d'inclusion ont été systématiquement retenus.

$$n = z^2 \times p (1 - p) / m^2$$

n = taille idéale de l'échantillon

p = prévalence de la césarienne

Δ = seuil d'erreur de première espèce 0,05

Z = 1,96, Z score pour un niveau de confiance de 95%

Pour une prévalence de 18,6% n = 232 cas.

Notre échantillon = 232

6. Collecte des données

La collecte des données a été réalisée à partir d'une fiche d'enquête préétablie et testée de façon prospective.

7. Source de données :

Les données ont été collectées à partir des supports ci-dessous :

- Les dossiers obstétricaux,
- Le registre d'accouchement,
- Le registre de compte rendu opératoire,

- Le registre de SONU,
- Le registre de transfusion,
- Le registre de décès maternel,
- Le carnet de CPN,
- Le registre de décès périnatal,
- Le registre mensuel des activités.

8. Variables étudiées :

Tableau II : Variables étudiées

Variables	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative Discontinue	Année à partir du dernier anniversaire	Demander à la patiente ou lecture du dossier
Mode d'admission	Qualitative catégorielle	1= Venue d'elle-même 2= Référée à froid 3= Evacué	
Antécédents	Qualitative Nominative	Exemple : Césarienne	
Scolarité	Quantitative Discontinue	1= Oui 2= Non	
Parité	Quantitative Discontinue	Nombre d'accouchement	
Age gestationnel	Quantitative Discontinue	A partir de la date de la dernière règle en semaine d'aménorrhée	
Motif d'admission	Qualitative nominative	Exemple : HTA/Grossesse	
Type d'intervention	Qualitative Nominative	1= Urgence, 2=Prophylactique	
Type présentation	Qualitative Nominative	1=céphalique 2=siège 3=transversale 4=front 5=face	
Voie d'accouchement	Qualitative Nominative	1= voie basse 2=césarienne 3= Laparotomie	

Etat nouveau-né	Qualitative Nominative Catégorique	1=vivant 2=mort- né
Indication de la césarienne	Qualitative Nominative	Exemple : SFA
Complication	Qualitative Nominative	Exemple : Hémorragie
Issue pour la Mère	Catégoriques	1= Décédée, 2= Vivante
Durée de séjour	Quantitative	Exemple : 3jours

9. Saisie et analyse des données :

La saisie et analyse des données ont été faite sur le logiciel IBM SPSS statistics 20.0 et le logiciel Word 2016. Le test statistique utilisé a été le test de Fischer. Le seuil de signification étant fixé à 5%.

10. Définitions opérationnelles

- **Nullipare** : Une première grossesse sans avoir accouché.
- **Multipare** : à partir d'un accouchement (dans notre cas).
- **Venue d'elle-même ou auto-référence** : c'est le fait de prendre l'initiative venir consulter de son propre chef avec ou sans notion d'urgence.
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adoptée sans la notion d'une urgence.
- **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent.
- **Césarienne prophylactique** : césarienne programmée, lors des CPN et faite avant début du travail d'accouchement.
- **Césarienne en urgence** : césarienne réalisée pendant le travail d'accouchement ou indiquée dans le but le sauver l'enfant et ou la mère.

- **Travail spontané** : le travail qui survient d'elle-même sans intervention extérieure.
- **Déclenchement du travail** : induction du travail d'accouchement (mécanique ou médicamenteux).
- **Une grossesse à terme** : est une grossesse ≥ 37 semaines d'aménorrhée.
- **Sepsis** : Est défini comme un dysfonctionnement d'un organe vital, provoqué par une réponse inappropriée de l'hôte à une infection.
- **Délai de la césarienne** : est la durée entre le début et la fin de la césarienne en minute.
- **Césarienne facile** : est une césarienne réalisée sans obstacles (adhérences, macrosomie, hémorragie etc).
- **Césarienne difficile** : est une césarienne réalisée en présence ou la survenue d'obstacles (adhérences, macrosomie, hémorragie etc).

11. 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.

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

12 . 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.

RESULTATS

IV. RESULTATS :

1. Fréquence

Au cours de l'étude, nous avons réalisé 1327 accouchements dans le service dont 247 césariennes et 1080 accouchements par voie basse.

Tableau III : Fréquence hospitalière de la césarienne

Voie d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Voie basse	1080	81,4
Césarienne	247	18,6
Total	1327	100,0

La fréquence globale du taux de césarienne pendant notre étude était de 18,6%.

2. Caractéristiques sociodémographiques

- Âge :

Tableau IV : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge en année	Effectifs	Pourcentage
≤ 19	48	19,4
20 à 34	162	65,6
≥ 35	37	15,0
Total	247	100,0

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 34 ans soit un taux de 65,6%. L'âge moyen était de 25 ans avec des extrêmes de 16 ans et 44 ans.

- **Scolarité :**

Tableau V:Répartition des patientes selon le niveau de scolarité

Niveau de scolarité	Effectifs	Pourcentage
Primaire	98	39,7
Secondaire	14	5,7
Universitaire	2	,8
École coranique	31	12,6
Non scolarisée	81	32,8
Indéterminé	21	8,5
Total	247	100,0

La plupart de nos patientes (98) soit 39,7% avait un niveau primaire de scolarité.

- **Résidence**

Tableau VI: Répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Urbaine	02	2,0
Rurale	245	98,0
Total	247	100,0

La quasi-totalité de nos patientes (245) provenaient du milieu rural soit 98%.

- **Antécédents obstétricaux et chirurgicaux**

Tableau VII : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	58	23,5
Paucigeste	80	32,4
Multigeste	109	44,1
Total	247	100,0

La gestité moyenne était de 3,64 avec des extrêmes de 1 et 12.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Primipare	93	37,7
Paucipare	53	21,5
Multipare	101	40,9
Total	247	100,0

Environ une patiente sur quatre était multipare avec une moyenne de 2,83 et des extrêmes de 1 et 11.

Tableau IX : Répartition des patientes selon la notion de césarienne

ATCD de césarienne	Effectifs	Pourcentage
Oui	60	24,3
Non	187	75,7
Total	247	100,0

3. Les données cliniques

- **Admission**

Tableau X : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Evacuée	108	43,7
Venue d'elle- même	139	56,3
Total	247	100,0

La majorité de nos patientes venait d'elle-même dans le service soit 56,3%.

Tableau XI: Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motifs d'évacuation	Effectifs	Pourcentage
Bassin Rétréci	4	6,4
Bassin déformé	1	0,9
Utérus cicatriciel en travail	5	4,6
Manque d'effort expulsif	16	14,8
Placenta prævia	8	7,4
Position transverse ou oblique	13	12
Présentation du front	1	0,9
Saignement sur grossesse	4	6,4
Dilatation stationnaire	11	10,1
Antécédents de césarienne	2	1,8
HRP	14	12,9
Maladies maternelles médicales	1	0,9
Prééclampsie sévère Eclampsie	10	9,2
Travail prolongé	1	0,9
Souffrance fœtale aigue	9	8,3
Procidence du cordon	5	5,6
Grossesses gémellaires	1	0,9
Présentation du siège	2	1,8
Total	108	100

Les principaux motifs d'évacuation des patientes ont été représentés par le manque d'effort expulsif soit 14,8% et l'HRP avec 12,9%.

- **Indice de Masse Corporelle**

Tableau XII: Répartition des patientes selon l'indice de masse corporelle

IMC	Effectifs	Pourcentage
18-25	164	66,1
26-30	59	23,6
>30	25	10,1
Total	247	100,0

L'indice de masse corporelle était normal chez la majorité de notre patiente soit 66,1%.

- **Âge gestationnel**

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel en SA	Effectifs	Pourcentage
Inf 37	7	2,9
≥ 37	240	97,1
Total	247	100,0

La majorité de nos patientes avait un âge gestationnel supérieur ou égal à 37SA.

- **Type de grossesse**

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le nombre de fœtus

Nombre de fœtus	Effectifs	Pourcentage
Grossesse unique	242	98
Multiple	5	2
Total	247	100,0

- **Présentation du fœtus**

Tableau XV : Répartition des patientes selon la présentation du fœtus

Présentation du fœtus	Effectifs	Pourcentage
Céphalique	164	66,3
Siège	10	4,0
Transverse	18	7,2
Total	247	100,0

- **Indications de la césarienne**

Tableau XVI: Répartition des patientes selon les indications de la césarienne

Indications	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Indications absolues		
Bassin Rétréci	24	9,7
Présentation vicieuse	22	8,9
Dystocie mécanique	58	23,4
Placenta prævia hémorragique	07	2,8
Syndrome de pré rupture utérine	10	4,0
Indications non absolues		
Utérus multi cicatriciel	51	20,6
Hématome retro placentaire	26	10,9
Troubles hypertensifs sur grossesse	21	8,5
Souffrance fœtale aiguë	15	6,0
Procidence du cordon battant	13	5,2
Total	247	100,0

La principale indication absolue de césarienne était la dystocie mécanique avec 23,4% tandis que l'utérus multi cicatriciel représentait 20,6% parmi les indications non absolues de césarienne.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la classification de Robson.

Indication de césarienne	Effectifs	Pourcentage
Groupe 1 : Grossesse unique, présentation céphalique chez les nullipares à terme travail spontané	43	17,4
Groupe 2 : Grossesse unique, présentation céphalique chez les nullipares à terme travail déclenché ou césarienne avant travail	2	0,8
Groupe 3 : Grossesse unique, présentation céphalique chez les multipares à terme, travail spontané	102	41,3
Groupe 4 : Grossesse unique, présentation céphalique chez les multipares à terme, déclenchement ou césarienne avant début de travail	8	3,2
Groupe 5 : Antécédent de césarienne, Grossesse unique à terme, Présentation céphalique chez les multipares	52	21,1
Groupe 6 : Grossesse unique, présentation du siège chez les nullipares	6	2,4
Groupe 7 : Présentation du siège chez les multipares Grossesse unique, utérus cicatriciel inclus	4	1,6
Groupe 8 : Grossesses multiples, utérus cicatriciel inclus	5	2,0
Groupe 9 : Grossesse unique avec présentation transverse ou oblique, utérus cicatriciel inclus	18	7,3
Groupe 10 : Grossesse unique, présentation céphalique, non à terme, utérus cicatriciel inclus	7	2,8
Total	247	100,0

Le groupe 3 était le plus représenté soit 41,3% des indications de la césarienne selon la classification de Robson suivi du groupe 5 avec 21,1%.

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la classification de Robson en fonction de la tranche d'âge.

Classification de Robson	Tranche d'âge			Total
	≤ 19 ans	20 à 34 ans	>35 ans	
Groupe 1 :	27(62,79)	15(34,88)	1(2,32)	43(17,40)
Groupe 2 :	0(0,00)	1(50,00)	1(50,00)	2(0,80)
Groupe 3 :	10(9,80)	69(67,64)	23(22,54)	102(41,2)
Groupe 4 :	1(12,50)	5(62,50)	2(25,00)	8(3,23)
Groupe 5 :	0(0,00)	47(90,38)	5(9,62)	52(21,0)
Groupe 6 :	3(50,00)	3(50,00)	0(0,00)	6(2,43)
Groupe 7 :	0(0,00)	3(75,00)	1(25,00)	4(1,61)
Groupe 8 :	0(0,00)	4(80,00)	1(20,00)	5(2,02)
Groupe 9 :	5(27,77)	12(66,66)	1(5,55)	18(7,28)
Groupe 10 :	2(28,57)	3(42,8)	2(28,57)	7(2,83)
Total :	48(19,43)	162(65,60)	37(14,10)	247(100)

Fischer=75,330 **P=0,000**

Il y a une relation statistiquement significative entre la tranche d'âge et la classification de Robson (P=0,000).

Tableau XIX: Répartition des patientes selon la classification de Robson en fonction des indications principales de la césarienne.

	Effectif										Total
	Classification de Robson										
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6	Groupe 7	Groupe 8	Groupe 9	Groupe 10	
Bassin Rétréci	9	0	2	0	0	0	0	0	0	0	11
Présentation vicieuse	2	0	2	0	0	0	0	0	18	0	22
Dystocies	13	2	44	1	7	0	3	5	0	0	75
Placenta prævia hémorragique	2	0	11	0	0	0	0	0	0	0	13
Syndrome de pré rupture utérine	1	0	8	0	1	0	0	0	0	0	10
Utérus multi cicatriciel	0	0	2	6	44	0	0	0	0	0	52
Hématome rétro placentaire	4	0	17	1	0	0	0	0	0	4	26
Troubles hypertensif sur grossesse	1	0	6	0	0	6	0	0	0	3	16
Souffrance fœtale aigue	8	0	5	0	0	0	1	0	0	0	14
Procidence du cordon battant	3	0	5	0	0	0	0	0	0	0	8
Total	43	2	102	8	52	6	4	5	18	7	247

Test de Fischer = 323,59 **P = 0,000**

IL y a une relation statistiquement significative entre la classification de Robson et les indications principales de césarienne selon Baltimore.

- **Type de césarienne**

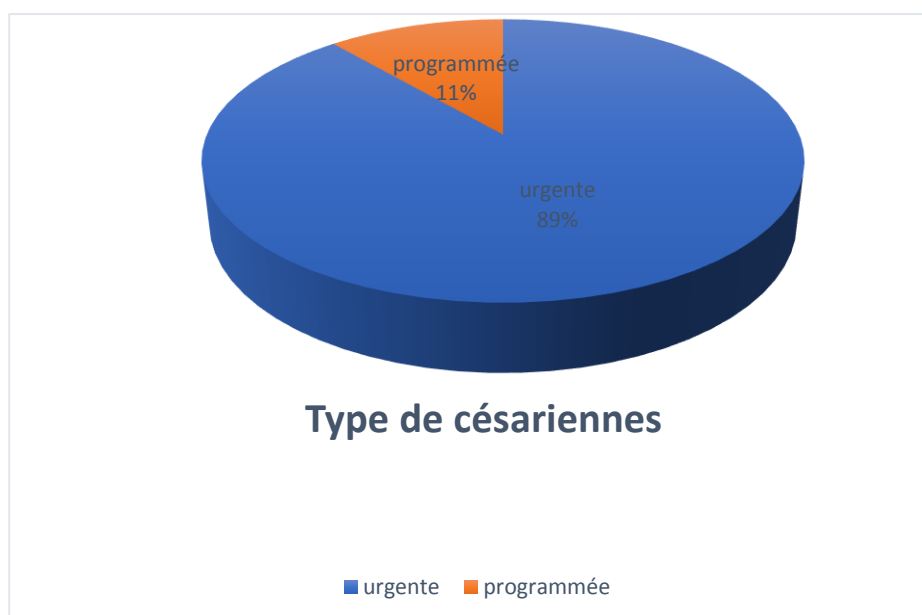


Figure 11: Répartition des patientes selon le type de césarienne.
Environ une femme sur dix avait bénéficié d'une césarienne d'urgence.

- Aspect technique de la césarienne

Tableau XX: Répartition des patientes en fonction de l'aspect technique de la pratique de la césarienne

Variables		Effectif	Pourcentage
Délai de césarienne	Moins de 30min	143	57,9
	30 à 45min	69	27,9
	45 à 1H	32	13,0
	Plus de 1H	3	1,2
	Total	247	100
Qualification de l'opérateur	Médecin généraliste	237	69,5
	Étudiant en année de thèse	10	30,5
	Total	247	100
Césarienne était-elle facile ou difficile	Césarienne facile	141	57,1
	Césarienne difficile	106	42,9
	Total	247	100
Causes de la difficulté de la césarienne	Adhérences	47	44,3
	Macrosomie	4	3,8
	Position vicieuse	15	15,1
	Trait de refend	2	1,9
	Hémorragie massive per césarienne	37	34,9
	Total	247	100

La plupart des césariennes d'urgence a été réalisée en moins de 30 minutes, par des médecins généralistes. La césarienne était difficile dans 42,9%, et la cause principale de ces difficultés était l'adhérence dans 44,3%.

- **Pronostic maternel**

Tableau XXI: Répartition des patientes selon le pronostic maternel.

Pronostic maternel		Effectif	Pourcentage
Complications avant sa sortie	Oui	17	6,9
	Non	230	93,1
	Total	247	100
Complications	Anémie	08	47,1
	Éclampsie	02	11,8
	Infection puerpérale	07	41,1
	Total	17	100
Infection du site opératoire	Oui	05	2,0
	Non	239	98,0
	Total	247	100
Devenir de la mère	Vivante	243	98,4
	Décédée	4	1,6
	Total	247	100
Cause du décès	Hémorragies	3	75,0
	Sepsis	1	25,0
	Total	4	100

Dans notre étude, nous avons enregistré 17 complications maternelles soit 6,9%.

La principale complication était l'anémie avec 47,1%, suivie de l'infection avec 41,1%. Nous avons enregistré 4 décès maternels soit 1,6%.

Parmi les causes de décès, trois cas étaient liés à une complication hémorragique soit (75%) et un cas lié à un sepsis (25%).

Tableau XXII: Répartition des patientes selon les complications maternelles en fonction de la nature de césarienne.

Nature de la Césarienne	Complications maternelles		Total (%)
	Oui n (%)	Non n (%)	
Urgente	17 (7,76)	202 (92,24)	219(88,66)
programmée	0 (0,0)	28(100,0)	28 (100,0)
Total	17 (6,88)	230 (93,12)	247 (100,0)

Test de Fisher = 2,666 **P= 0, 318**

Les complications post opératoire, que nous avons enregistré sont survenues chez les patientes ayant bénéficié d'une césarienne d'urgence. Cependant il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la nature de la césarienne et les complications maternelles post opératoire.

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon les complications maternelles en fonction de la classification de Robson.

Classification de Robson	Complications maternelles		Total
	Oui n (%)	Non n (%)	
Groupe 1 :	3(6,97)	40(93,03)	43(17,40)
Groupe 2 :	0(0,00)	2(100,00)	2(0,80)
Groupe 3 :	10(9,80)	92(90,20)	102(41,29)
Groupe 4 :	0(0,00)	8(100,00)	8(3,23)
Groupe 5 :	2(3,84)	50(96,16)	52(21,05)
Groupe 6 :	0(0,00)	6(100,00)	6(2,42)
Groupe 7 :	0(0,00)	4(100,00)	4(1,61)
Groupe 8 :	0(0,00)	5(100,00)	5(2,02)
Groupe 9 :	0(0,00)	18(100,00)	18(7,28)
Groupe 10 :	2(28,57)	5(71,43)	7(2,83)
Total	17(6,88)	230(93,12)	247(100)

Test de Fischer : 7,45 **P=0,47**

Le plus fort taux de complications a été retrouvé dans les groupes 3, 1, 5 et 10. Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la classification de Robson et les complications maternelles post opératoire.

.

- **Pronostic périnatal**

Tableau XXIV: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute.

Score d'Apgar à la 1^{ère} minute	Effectifs	Pourcentage
Mort- né (0)	36	14,6
Mort apparente (1- 3)	10	4,0
4-7	32	13,0
>7	169	68,4
Total	247	100,0

La majorité de nos nouveau-nés avait un score d'Apgar > 07/ 10 à la 1^{ère} minute dans 68,8% des cas.

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5^{ème} minute.

Score d'Apgar à la 5^e minute	Effectifs	Pourcentage
Mort- né (0)	36	14,6
Mort apparente (1- 3)	05	2,0
4-7	08	3,2
>7	198	80,2
Total	247	100,0

Le score d'Apgar était > 07/ 10 à la 5^{ème} minute chez 80% de nos nouveau-nés.

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le pronostic néonatal en fonction du mode d'admission.

Mode d'admission	Pronostic néonatal		Total (%)
	Vivant n (%)	Mort n (%)	
Evacuée	87 (80,5)	21 (19,4)	108 (45,5)
Non évacuée	130 (58,0)	9 (33,3)	139(54,5)
Total	217 (85,9)	30 (14,1)	247 (100,0)

Test de Fisher : 9,54 **P= 0,002**

Le pronostic néonatal était mauvais chez les patientes évacuées avec un lien statistiquement significatif (p=0,002).

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon le Pronostic néonatal en fonction du type de césarienne.

Type de césarienne	Pronostic néonatal		Total (%)
	Vivant n (%)	Mort n (%)	
Absolue	122(83)	25 (17)	147 (100)
Non absolue	95 (95)	5 (5)	100 (100)
Total	217 (85,9)	30 (14,1)	247 (100,0)

Test de Fischer = 8,008 **P= 0,005**

Le pronostic néonatal était favorable dans les indications absolues avec un lien statistiquement significatif (p=0,005).

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la classification de Robson en fonction du pronostic du nouveau-né.

Robson	Etat du nouveau- né		Total
	Vivant	Mort	
	n%	n%	
Groupe 1	43(100)	0(0,0)	43(17,4)
Groupe 2	2(100)	0(0,0)	2(0,8)
Groupe 3	81(79,4)	21(20,6)	102(41,3)
Groupe 4	7(87,5)	1(12,5)	8(3,2)
Groupe 5	51(98,1)	1(1,9)	52(21,1)
Groupe 6	6(100)	0(0,0)	6(2,4)
Groupe 7	4(100)	0(0,0)	4(1,6)
Groupe 8	5(100)	0(0,0)	5(2,0)
Groupe 9	14(77,8)	4(22,2)	18(7,3)
Groupe 10	4(57,1)	3(42,9)	7(2,8)
Total	217(87,9)	30(12,1)	247(100)

Fisher=27,86 P=0,000

La majorité de nos nouveau-nés sont nés vivants soit 87,9%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Les difficultés de l'étude :

Au cours de cette étude, les difficultés rencontrées ont été les suivantes :

- Les fiches de référence/évaluation étaient pauvres en renseignements ;
- L'absence ou la perte de certains carnets de consultations prénatales dont les informations ne sont pas transférées dans le dossier obstétrical (cas des grossesses non suivies dans le service) ;
- La mauvaise tenue des dossiers médicaux des patientes.

Malgré ces difficultés et insuffisance, nous avons pu mener le travail du point de vue statistique l'opération césarienne dans notre structure de santé.

Grâce aux registres de consultations prénatales, d'accouchements, d'hospitalisation, de compte rendu opératoire les insuffisances n'ont pas eu d'influences sur la qualité de nos données.

2. Fréquence :

Au cours des douze mois de l'année 2023, le centre de santé de référence de Sélingué a enregistré 1327 accouchements dont 247 césariennes soit 18,6%. Ce taux de césarienne s'explique par le fait que le Centre de Santé de Référence de Sélingué reçoit beaucoup de cas d'évacuation et de référence des centres de Santé Communautaire et des structures privées, c'est un centre qui est beaucoup sollicité en termes de personnels qualifiés.

Koné N [40] au Centre de santé de Référence de la commune V dans une étude de trois mois portant sur la césarienne selon la classification de Robson, rapportait une prévalence de césarienne de 26,3% (611/2315) sur les accouchements statistiquement différente à celui de **Kodio A [41]** au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré dans une étude de 11ans qui a trouvé 33,51% (9509/28376) sur les accouchements, augmentant de façon considérable entre 2003 et 2006(22,3 à 41,8%) ensuite diminué en 2010.

D'autres auteurs rapportent des taux de césariennes élevés dans les pays en voies de développement et développé. En 2015 beaucoup d'études ont été menée sur ce

terme avec les fréquences respectives **Mbungu MR et al [42]** 31,2% en RDC, **Koffi A [43]** 42,8% en RCI et **ZONGO A et al [44]** 33,3% au Burkina Faso.

F. Manseur, A. Lachmat, Y. Krouk, M. S. Oukid [45] dans une étude de six mois portant sur les indications de césarienne selon Robson au CHU Blida en Algérie qui ont trouvé 30,2% (2040/6680).

3. Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, l'âge des patientes césarisées était entre 16 et 44 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 34 ans soit 65,6% similaire à celle de **Koné N [40]** dont l'âge était entre 20 à 34 ans soit 73,3%.

Les patientes au foyer ont été les plus fréquemment césarisées avec 98,5% suivies des fonctionnaires qui était de 1,5%. **Koné N [40]** a rapporté les résultats similaires soit 87,2% des femmes césarisées étaient au foyer.

Cela s'explique par le fait que 90% des femmes au Mali plus particulièrement dans les zones rurales sont analphabètes, leur premier objectif c'est le foyer.

Au cours de notre étude, 98% de nos patientes césarisées vivaient dans la zone rurale contre 2% dans la zone urbaine (Kangaré).

Koné N [40] avait mentionné 99,5% pour la Zone urbaine et 0,5% pour la zone rurale. **Salbré H [46]** avait rapporté une prédominance des femmes césarisées des zones rurales de 19,2%.

Cela s'explique par la situation géographique des différentes structures de santé dont l'étude s'est réalisée.

4. Taux et indications selon le groupe de Robson

Au cours de notre étude, sur les indications de la césarienne selon Robson ; le premier contributeur au taux global de césarienne en terme d'effectif était le groupe 3 (grossesse unique avec présentation céphalique chez une multipare à terme ; travail spontané) soit 41,3% suivie du groupe 5 (antécédent de césarienne, grossesse unique avec présentation céphalique chez les multipares à terme travail spontané) soit 21,1%, le groupe 1 (grossesse unique à terme, présentation céphalique chez les nullipares, travail spontané) fut le troisième avec un taux à 17,4%.

Koné N [40] dans une étude durant 3 mois avait trouvé 12,7% pour le groupe 5, 5,9% pour le groupe 4 et 5,4% pour le groupe 1.

Kodio A [41] en 2017 au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Toure avait eu 7,6% pour le groupe 3 comme premier contributeur, 7,4% pour le groupe 1 et 5,9% pour le groupe 5.

Au Burkina Faso, **Salbré H [46]** avait trouvé comme premier contributeur le groupe 5 soit 2,8% suivis du groupe 1 2,3% puis le groupe 3 soit 1,5%.

Les indications médicales majeures de césarienne pour le groupe 3 était dominé par les dystocies, l'hématome retro placentaire et le placenta prævia hémorragique soit respectivement 43,1%, 16,6% et 10,8%. **Kodio A [41]** avait rapporté 31,4% pour la souffrance fœtale aigue 18% pour la crise d'éclampsie. **Coulibaly A [47]** a trouvé 26,3% pour la souffrance fœtale aigue, 19,7% pour la disproportion fœtopelvienne et **Mbungu M R [42]** rapporte 38,1% pour la souffrance fœtale aigue et 36,6% pour la disproportion fœtopelvienne.

Cette forte fréquence du groupe 3 dans notre étude pourrait être due par la fréquence élevée de multipare et paucipare et des utérus sains.

Concernant le groupe 5, l'indication majeure de césarienne était l'utérus multi cicatriciel avec 84,6%, 13,4% pour les dystocies.

Pour **Koné N [40]** l'indication de la césarienne pour le groupe 5 s'expliquerait par la fréquence élevée de l'indication pour l'utérus cicatriciel (45%).

Kodio A [41] apporte comme indication majeure l'antécédent de césarienne avec 58,7%, 11,1% pour la crise d'éclampsie et 9,4% pour les anomalies du bassin sur utérus cicatriciel.

Coulibaly A [47] a trouvé 82,7% de césarienne indiquées pour utérus cicatriciel et **Mbungu M R [42]** avait trouvé 86,6% de césarienne indiquées pour utérus cicatriciel.

Le taux de césarienne pour le groupe 5 pourrai s'expliqué par l'augmentation de la césarienne itérative en pratique courante pour des raisons nécessaires.

Au cours de notre étude, nous avons constaté une insuffisance lors de l'épreuve utérine notamment la cardiotocographie et une diminution de consultations prénatale dans notre service chez les femmes ayant un utérus cicatriciel.

Le groupe 1 était dominé par les dystocies soit 30,2% puis l'anomalie du bassin (Bassin Rétréci) soit 20,9% suivie par la souffrance fœtale à 18,6%.

Pour **Koné N [40]** l'indication dans le groupe 1 était dominée par la disproportion fœtopelvienne 30%, la souffrance fœtale aiguë 9%. **Kodio A [41]** rapporte pour le groupe 1, la crise d'éclampsie, la souffrance fœtale aiguë et la disproportion fœtopelvienne respectivement 27,3%, 23,6%, et 12,4%. **Bambara M et al [48]** ont trouvé 18,54 % pour la souffrance fœtale aiguë 15,94% pour la disproportion fœtopelvienne et 15,12% pour l'éclampsie.

5. Pronostic maternel et périnatal de la césarienne

Au cours de notre étude la fréquence de complication post opératoire était de 6,9%.

Koné N [40] dans son étude a trouvé 0,4% contre 12% pour **Sacko I [49]** dans son étude sur la suite de couches post césarienne et **Salbré H [46]** en 2017 au Burkina avait trouvé 4,6%.

Les principales complications post opératoire ont été l'hémorragie du post partum immédiat par trouble de la coagulation 3,2%, l'infection soit 2,8% et l'éclampsie du post partum 0,8%.

Nos résultats diffèrent à celui de **Koné N [40]** qui a trouvé l'hémorragie du post partum immédiat par trouble de la coagulation 50%, l'infection et lésions vésicales avec 25% chacun. **Ouédraogo C et al [50]** au Burkina Faso et de **Cissé C et al [51]** au Sénégal où l'infection représentait la première des complications avec respectivement 93,3% et 55% des cas.

Nous avons enregistré au cours de notre étude quatre décès (trois par hémorragie par troubles de coagulations et un cas de septicémie) soit un taux de 1,6%. **Koné N [40]** avait enregistré deux décès (hémorragie par trouble de la coagulation) soit 0,3% même taux que **Salbré [46]** du Burkina Faso.

Concernant le décès périnatal, nous avons enregistré 30 cas soit 12,14% comme indication majeure asphyxie dans 90% et l'infection dans 10% des cas.

Ce taux pourrait être dû par l'absence de service de néonatalogie dans le Centre de Santé Référence de Sélingué.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATION

CONCLUSION

À l'issue de notre travail nous avons constaté, que la fréquence hospitalière de la césarienne est élevée au Centre de Santé de Référence de Sélingué.

Il s'agissait essentiellement des femmes au foyer, jeunes, non scolarisées.

Le principal contributeur au taux de césarienne selon la classification de Robson était le groupe 3, suivi du groupe 5. Les indications de césarienne étaient dominées par les dystocies, suivies des utérus multi cicatriciels.

Nous avons enregistré quatre (04) décès maternels en rapport avec des complications hémorragiques et infectieuses.

La classification de Robson est un outil d'évaluation et de surveillance du taux de césarienne. En occurrence, elle est basée sur les paramètres maternels et fœtaux.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous avons des recommandations à soumettre notamment :

➤ **Aux autorités politiques et administratives :**

- Renforcer la formation continue du personnel prenant en charge l'accouchement.
- Equiper la maternité d'un cardiotocographe pour améliorer la surveillance du travail.
- Mettre en place au Centre de Santé de Référence d'une unité de réanimation dotée d'un personnel qualifié (réanimateur).

➤ **Aux personnels sanitaires :**

- Adopter la classification de Robson dans l'annuaire statistique.
- Respecter les politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction.
- Renseigner correctement et régulièrement le partogramme, les dossiers médicaux, les registres et les fiches (anesthésie, hospitalisation et référence).
- Informatiser l'archivage des dossiers cliniques des patientes.

➤ **A la population :**

- Fréquenter les services de santé de reproduction
- Bonne conservation des carnets de consultations prénatales.

REFERENCES

VII. REFERENCES

1. **Merger R, Levy J, Melchior J.** *Precis d'obstétrique 6 ème édition, paris :* Masson 2008 :31.
2. **Mazzoni A, Althabe F, Liu N, Bonotti A, Gibbons L, Sanchez A, et al.** Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*2011; 118:391-9.
3. **Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJ, Barros FC, Juan L, et al.** Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections, *The Lancet*, 2018 Oct 13; 392(10155):1341-1348.
4. **Harlow BL, Frigoletto FD, Cramer DW, Evans JK.** Epidemiologic predictors of cesarean section in nulliparous patients at low risk. Radius Study Group. Routine Antenatal Diagnostic Imaging with Ultrasound Study. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172 : 156-162.
5. **Lin HC, Xirasagar S.** Institutional factors in cesarean delivery rates: policy and research implications. *Obstet Gynecol* 2004; 103:128–36.
6. **Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer M S.** Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ* 2007; 176:455–60.
7. **OMS.** Déclaration de l'OMS sur le taux de césarienne 2020 1ère édition page 2.
8. **Joseph K S, Young D C, Dodds L, O'connell C M, Allen V M, Chandra S.** Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2003; 102:791–800.
9. **Hamilton B E, Martin J A, Ventura S J.** Births: preliminary data for 2009. *National Vital Statistics Reports* 2010; 59:1–14.
10. **Dickens B M, Cook R J.** The legal effects of foetal monitoring guidelines. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 108:170-3.

- 11. Tegueté I, Traoré Y, Sissoko A, Djire M Y, Thera A, Dolo A et al. 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: 978-953-51-0638-8, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/cesarean-delivery/determining-factors-of-cesarean-delivery-trends-in-developing-countries-lessons-from-point-g-nat>.**
- 12. Dhis 2. Sniss mali.org/dhis/dhis.**
- 13. Robson M S.** Can we reduce the cesarean section rate? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2001;15:179–94.
- 14. Merger R.** Précis d'obstétrique. 6e édition. Paris : Masson 3. 2001(635):534p.
- 15. Organisation Mondiale de la Santé.** WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
- 16. Boerma T, Ronsmans C, Melesse D Y, Barros A J, Barros F C, Juan L, et al.** Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections, The Lancet, 2018 Oct 13; 392(10155):1341-1348.
- 17. Opiyo N, Kingdon C, Oladapo O T, Souza J P, Vogel J P, Bonet M, et al.** Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. Bull World Health Organ. 2020;98(1):66.
- 18. Betran A P, Ye J, Moller A B, Souza J P, Zhang J.** Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Glob Health. 1 juin 2021;6(6):e005671.
- 19. Institut National de la Statistique, (INSTAT), Bamako, Mali.** Enquête Démographique de Santé 2018 (EDS VI) [Internet]. 2018 [cité 18 nov 2022]. Disponible sur: http://www.sante.gov.ml/docs/EDSM_VI.pdf.
- 20. Schantz C, Ravit M, Traoré A B, Aboubakar M, Goyet S, De Loenzien M, et al.** Why are caesarean section rates so high in facilities in Mali and Benin? Sex Reprod Healthc. 1 juin 2018;16:10-4.

- 21. Coulibaly Ah, Dao S Z, Assétou C, Mamadou S, Ousmane KI, Traoré MS, et al.** Maternal and Perinatal Prognosis of the Cesarean at Chu Point G, Bamako, Mali. *Open J Obstet Gynecol.* 5 nov 2021;11(11):1461-9. 33.
- 22. Briand V, Dumont A, Abrahamowicz M, Traore M, Watier L, Fournier P.** Individual and institutional determinants of caesarean section in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 22 oct 2012;12(1):114.
- 23. Mick Ngandu Mwepu.** La césarienne, fréquence, indications et complications. Université de Lubumbashi. Doctorat en médecine 2011.
- 24. Morgan M.** Césarienne post mortem mythologie, croyance et tradition. In Suisse-Genève ; 1962.
- 25. Andriamady R C L, Andrianarivony M O, Anjalahy R J.** Indications et pronostic de l'opération césarienne à la maternité de Befelatanana CHU d'Antananarivo (à propos de 529 cas, durant l'année 1998. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2001 ; 29(12) : 900-904 [Pub Med].
- 26. Ouedraogo C, Zoungana T, Dao B, Dujardin B, Ouedraogo C, Zoungana T, et al.** La césarienne de qualité *Médecine d'Afrique noire* 2001; 48 (11); 443- 451.
- 27. Gaucherand P.** Fréquence et indications des césariennes. *Rev Fr Gynécol Obstétr* 1990 ; 85, 2, 109-111.
- 28. 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 Paris Vigot 1988 ; 319-37.
- 29. Stanton C, Ronsman C.** Recommendations for routine reporting on indications for cesarean delivery in developing countries *Birth* 2008;35. (3):204-11.
- 30. Robson MS.** Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review.* 2014;12(1):23-29.

- 31. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** La césarienne : une intervention à ne faire qu'en cas de nécessité médicale. Genève Avril 2015. Disponible au <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/fr/>.
- 32. Golfier F.** Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2000 ;86.
- 33. Wilkinson C, Enkin M W.** Lateral tilt for cesarean section. Cochrane Database Syst Rev 2000; 2 CD000120.
- 34. Matorras R, Tacuri C, Nieto A, Pijoan J I, Cortes J.** Fetal cardiotocography and acid-base status during cesarean section. Eur Obstet Gynecol Reprod Biol, 89(2):217 2000 Apr.
- 35. Furaha Nzanzu B P KR, Malisawa A.** Issue des complications anesthésiques au cours de la césarienne dans les hôpitaux du Diocèse de Butembo-Beni (RDC). RAMUR. 2016 ; 21(3)-24.
- 36. Diallo O.** La césarienne : Aspects épidémiologiques, cliniques, socio-économiques et pronostic materno-fœtal à l'Hôpital Régional de GAO en 2005. A propos de 153 cas. Thèse médecine Bamako 2006 ; N°290.
- 37. Ledecq M.** Manuel de chirurgie humanitaire. Médecine sciences publications-Lavoisier. Vol. 1. Paris ; 2013. 148 p.
- 38. Racinet C, et Favier Macinet C.** La césarienne : indications, techniques complications Masson Paris 1984 ; 185 P. 4eme Edition La césarienne : ses indications sont-elles trop nombreuses Rev Fr Gynecol Obstet 1979 ; 74 :335-347.
- 39. Stark M.** Technique of cesarean section: The Misgav Ladach method. In popkin, DR, Peddle LJ editors, The parthenon publishing group, 1994:815.
- 40. Kone N.** Les accouchements par césarienne selon la classification de Robson au centre de sante de référence de la commune V de Bamako.[Thèse Med]FMOS 2021 N°21M80.
- 41. Kodio A.** Etude de la césarienne selon la classification de Robson au CHU-GT. [Thèse Med] FMOS 2018. 101p. N°18M06.

42. **Mbungu M R, Ntela J, Kahindo P M.** Classification des césariennes selon Robson dans les maternités de la ville de Kinshasa. *Kisangani Médical* 2015; 6 (2): 186.
43. **Koffi A, Kouame A, Effod D, Kakou C, Koffi S V, Kimou A, et al.** Les césariennes au CHU de Cocody : analyse selon la classification de Robson du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015. Livre des abstracts. Programme de la journée mère-enfant de Ouagadougou.
44. **Zongo A, Morine G, Hounkanrin MD, Ouedraogo C.** Application de la classification de Robson pour évaluer la pratique de la césarienne à l'Hôpital du District de Bogodogo (Burkina Faso). http://sago.sante.gov.ml/docs/livre_des_programme_novembre.2016%20pdf.
45. **Manseur F, Lachmaty A, Krouk M S, Oukid.** Indication de la césarienne, Intérêt de la classification de Robson au CHU Blida <https://di.univ-blida.dz/xmlui/handle>.
46. **Salbré H.** Evaluation des indications de césarienne selon la classification de Robson à la maternité de l'hôpital de district de Nongr-massom du 1er janvier au 31 décembre 2016. [Thèse Med] Université Ouaga I Pr Joseph KI ZERBO UFR/SDS 2017. 137p. N°313.
47. **Coulibaly A.** Analyse des indications de Césarienne chez les femmes à faible risque Au Burkina Faso.
48. **Bambara M, et al.** Pronostic maternel et périnatal de la césarienne à la maternité du centre hospitalier universitaire souro sanou de bobo-dioulasso: à propose de 615cas. http://sago.sante.gov.ml/docs/livre_des_programme_novembre.2016%20pdf.
49. **Sacko I.** Etude des suites de couches post césariennes au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako. [Thèse Med] FMOS 2015. p89. . N°08.
50. **Ouédraogo C, Zoungrana T, Dao B, Dujardin B, Ouédraogo A, Thiéba B, et al.** La césarienne de qualité au Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo de

Ouagadougou ; Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. Méd Afr Noire 2001 ; 48 (11) : 443-51.

51. Cissé C, Faye E, De Bernis L, Dujardin B, Diadhiou F. Césarienne au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services. Cahier Santé 2001 ; 8 (5) : 369-77.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Q1-Numéro d'identification : / _ / _ / _ /

Q2-Date d'enquête : / _ / _ / _ / _ / _ /

Q3-Nom d'enquêteur:.....

Q4-Nom : supérieur

Q5-Nom : Structure :

Q6-Région : / _ / ; 1=Kayes ; 2=Koulikoro ; 3=Sikasso ; 4=Gao ; 6= Bamako;

Q7-Cercle : / _ / ; 1=Kayes ; 2=Bafoulabe ; 3=Nioro ; 4= Koulikoro ; 5=Kolokani ; 6= Nara ; 7=Kadiolo ; 8=Yorosso ; 9=Yanfolila Selingué ; 10=Gao ; 11 = BamakoCII;12= BamakoCIII;13= Bamako CIV

Q8- District Sanitaire : / _ /

Q9- Type de Structure: / _ /

Q10-Commune: / _ / ; 1=C1 ; 2=C2 ; 3=C3 ; 4=C4 ; 5=C5 ; 6=C6 ; 7=kalanban koro ; 8=CHU GT ; 9=CHU PG

Q11-Age de la femme: / _ / _ / ans ; 1 = < 20 ; 2= 20-30 ; 3= 31-40 ; 4= > 40

Q14- Gestité de la femme: / _ / _ / 1=1 ; 2= 2-3 ; 3= 4-5 ; 4= ≥ 6

Q15- Résidence de la femme: / _ / ; 1=urbain ; 2 Rural ; 3= non presisé

Q16-Taille en cm de la femme: / _ / _ / _ /

Q17-Poids en kg : / _ / _ /

Q18-Niveau de scolarité : / _ / ; 1=primaire ; 2=secondaire ; 3=universitaire ; 4=école coranique ; 5=non déterminé

Q19- Est-ce que la femme a été évacuée à partir d'une autre structure de santé? = / _ / ; 1=Oui ; 2= Non

Q19a-Au cas où la femme aurait été évacuée d'une autre structure de santé, est-elle arrivée avec un partogramme ? : / _ / ; 1=Oui ; 2= Non

Q19b -La parturiente est-elle arrivée avec une fiche de référence/ évacuation ? : /
/ ; 1=Oui ; 2= Non

Q19c-Au cas où, la femme serait arrivée avec une fiche de référence, cette fiche indique-t-elle, qu'elle avait eu un utéro tonique ? : /___/ ; 1=Oui ; 2= Non

Q19d-Au cas où, la femme serait arrivée avec une fiche de référence, cette fiche indique-t-elle, qu'elle avait eu des manœuvres d'accouchement ? : /___/ ; 1=Oui ;
2= Non

Q19d1-Si oui notez type de manœuvre d'accouchement pratiqué: /___/

Q20-Combien de minutes se sont écoulées entre la décision d'une césarienne et le commencement de la chirurgie: /___/ /___/ /___/

Q21-Type d'Indication de césarienne: /___/ ; 1= absolue, 2= non absolus

Q22-Parité de la femme: /___/ /___/

Q23-Quelle était l'indication principale de la Césarienne ? : /___/ ; 1= Bassin rétréci, 2= Bassin déformé, 3= Echec épreuve du travail, 4= Disproportion foetopelvienne gros fœtus, 5= Placenta prævia grade 3 ou 4, 6= Position transverse ou oblique, 7= Présentation du front, 8= Rupture utérine, 9= Autres indications absolues, 10= Dilatation stationnaire, 11= Travail prolongé, 12= Echec du déclenchement, 13= Antécédents de césarienne, 14= Antécédents de fistules génito-urinaires, 15= Antécédents de déchirure périnéale du 3^{ème} degré, 16= HRP, 17= Cas d'hémorragies non indications absolues, 18= Maladies maternelles médicales, 19= Prééclampsie sévère Eclampsie, 20= Indication psychosiales requête personnelle, 21= Enfant précieux, 22= Souffrance fœtale aigue, 23= Procidence du cordon, 24= Grossesse gémellaires, 25= Retard de croissance intra-utérin sévère ou hypotrophie, 26= Présentation du siège, 27= Autres

Q24-ClassRobson : /___/ ; 1=Nulli Unique PC Terme W Spont ; 2= Nulli Unique PC Terme Declen ou Cesa avant W ; 3= Multi Unique PC Terme W Spont ;

4= Multi Unique PC Terme Declen ou Cesa avant W ; 5= Antcdt Cesa Unique PC Terme ; 6= Nulli Siege ; 7= Multi Siege ; 8= Grossesses Multiples ; 9= Présentations anormales ; 10= PC Prématuration

Q25-Si autres indications de césarienne préciser:

Q26- Autres diagnostiquent en dehors des indications absolues et non absolues: /

Q27-Quelle était l'indication secondaire pour la Césarienne?:

Q28-La césarienne serait classée comme : /___/ ; 1= Urgente ; 2= Programmée ; 3= Aucune information

Q29-Il y avait-t-il des antécédents de césariennes?: /___/ ; 1=Oui ; 2= Non

Q30-Si oui, précisez l'indication.: /___/

Q31-Quel type d'anesthésie a été utilisé? = /___/ ; 1=Général ; 2=Rachis Péri-dural ; 3=Aucune information ; 4=Péri-durale seule ; 5=Rachi convertie en AG ; 6=Péri-durale convertie en AG

Q32-A quelle heure l'anesthésie a été administrée? (Précisez l'heure): /___/ /___/ /___/

Q33-A quelle heure l'incision a été faite (Précisez l'heure): /___/ /___/ /___/ /___/ /___/

Q34- Quelle catégorie de prestataire a pratiqué la chirurgie?: /___/ ; 1=Médecin généraliste ; 2=Chirurgien ; 3=Gynéco-Obstétricien ; 4=CES chirurgie ; 5=CES Gynéco-Obstétrique ; 6=Étudiant ; 7=Autres

Q 35- Le travail d'accouchement a-t-il été surveillé à l'aide d'un partogramme? = /___/ ; 1=césarienne programmée (par conséquent aucun partogramme ; 2=Oui ; 3=Non

Q35a- Le partogramme a-t-il été rempli dans la structure où la césarienne a été faite ?

= /___/ ; 1=Oui ; 2= Non ; 3=partiellement ; 4= non applicable(aucun partogramme)

Q35b- Le partogramme a-t-il été correctement rempli ? (D'après protocole du partogramme dans les PNP) : /___/ 1=Oui ; 2= Non ; 3=partiellement ; 4= non applicable (aucun partogramme)

Q36- Le méconium était-il présent dans le liquide amniotique avant ou pendant la Césarienne ? /___/ ; 1=Oui ; 2= Non ; 3= aucune information

Q37-Quel était l'état des BCF à l'admission (battements/minute) : /___/

1=Fréquence normale ; 2=Bradycardie fœtale (< 120 par min) ; 3=Tachycardie fœtale (>160 par min) ; 4=Irrégulier ; 5=Aucun BCF n'a été détecté ; 6=Aucune information

Q37- Quel était l'état des BCF au dernier examen (battements/minute): /___/

1=Fréquence normale ; 2=Bradycardie fœtale (< 120 par min) ; 3=Tachycardie fœtale (>160 par min) ; 4=Irrégulier ; 5=Aucun BCF n'a été détecté ; 6=Aucune information

Q38-Temps des BCF enregistré = /___/ ; 1=10 minutes ; 2=20 minutes ; 3=30 Minutes

Q39- Quel était le résultat pour le nouveau-né ? /___/ ; 1=Vivant ; 2=Mort ; 3=Un vivant + un mort (naissances multiples) ; 4=Aucune information

Q 39a-Au cas où, le nouveau-né était mort-né, était-il : /___/ ; 1=Mort-né frais ; 2=Mort-né macéré ; 3=Aucune information

Q39b-La mort était-elle néo-natale précoce ? :/___/ ; 1=Avant 7 jours ; 2=Entre 7 à 28 jours

Q 39c- Si la mort était néo-natale, cause principale du décès : /___/ 1=Prématurité ; 2=Asphyxie ; 3=Traumatisme ; 4=Infection pulmonaire ; 5=Anomalies congénitales ; 6=Hypothermie ; 7=Autres ; 8=Inconnue ; 9=Non applicable ; 10=Aucune information

Q40-La mère a-t-elle développé des complications avant sa sortie ? : /___/ 1=Oui ; 2= Non ; 3=Aucune information

Q41-La parturiente avait-elle eu une infection de la plaie de césarienne ? : /___/ ; 1=Oui ; 2= Non ; 3=Aucune information

Q42- Quel était le devenir maternel ? : /___/ ; 1=Vivante ; 2= Décédée ; 3=Aucune information

Q42a-Evacuée : /___/ ; 1=Oui ; 2= Non ; 3=Aucune information

Q42b -Si oui, précisez les complications principales = / / ; 1=Hémorragies ; 2=Pré éclampsie Eclampsie ; 3=Dystocie ; 4=Ruptures utérines ; 5=Maladies thrombo-embolique ; 6=Infection postpartum ; 7=Autres complications directes ; 8=VIH/SIDA ; 9Paludisme ; 10=Drépanocytose ; 11=Anémie ; 12=Cardiopathies ; 13=Hépatites ; 14=Diabète ; 15=Autres complications indirectes ; 16=Non application ; 17=Aucune information

Q42c-Précisé autre complication : / /

Q43-Des antibiotiques prophylactiques ont-ils été administrés dans les 12 heures après la Césarienne ? : / / ; 1=Oui ; 2= Non ; 3=Non Applicable

Q44 -Une méthode permanente de contraception a-t-elle été effectuée ? (Ligature Résection des Trompes : LRT) : / / ; 1=Oui ; 2= Non ; 3=Aucune information

Q49-Quelle était la période du décès de la mère ? : / / ; 1= Avant la césarienne ; 2= 24 heures après la césarienne ; 3= Pendant la césarienne ; 4= 2ème à 7ème jour après la césarienne ; 5= 7ème à 42ème jour après la césarienne ; 6= Aucune information

Q-50-Au cas où la mère serait décédée, quelle est la cause principale du décès ? : / / ; 1= Hémorragies ; 2= Prééclampsie Eclampsie ; 3= Dystocie ; 4= Rupture utérine ; 5= Maladies thrombo-emboliques ; 6= Avortement ; 7= Infection ; 8= Autres causes directes ; 9= VIH/SIDA ; 10= Paludisme ; 11= Drépanocytose ; 12= Anémie ; 13= Cardiopathies ; 14= Hépatites ; 15= Diabète ; 16= Autres causes indirectes ; 17= Non Applicable ; 18= Aucune information

Q51-Au cas où la mère serait décédée, quelle est la cause secondaire du décès ? : / /

Q52-La césarienne était-elle facile ou difficile : / / ; 1=césarienne facile ; 2=césarienne difficile

Q53-Cause de la difficulté de la césarienne : / / ; 1= Adhérences ; 2= Macrosomie ; 3= Position vicieuse ; 4= hémorragie massive per césarienne ; 5= trait de refend ; 6= lésion vésicale

Q54-Geste associé à la césarienne : / / ; 1= LRT ; 2= B Lynch ; 3= Cho ; 4= Triple ligature des Vx ; 5= Myomectomie ; 6= Hystérectomie ; 7= Ligatures vasculaires ; 8= Aucun geste

Q55-Cause de du retard de la prise en charge : /

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : CAMARA

PRENOM : MOUSSA

TITRE : Indications de la césarienne selon la classification de Robson

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2022-2023

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.

EMAIL : moussacamara.med@gmail.com

SECTEUR D'INTÉRÊT : Gynécologie Obstétrique.

Introduction : La césarienne, technique obstétricale, se définit comme une intervention consistant à l'ouverture chirurgicale de l'utérus permettant l'extraction du produit de conception.

Objectifs : Etudier les indications de césarienne selon la classification de Robson à la maternité du centre de santé de référence de Selingué.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive sur douze (12) mois portant sur les césariennes à la maternité du centre de santé de référence de Selingué.

Résultats : Sur 12 mois, nous avons enregistré 247 césariennes pour 1327 accouchements soit 18,6%. L'âge moyen était de 25 ans avec des extrêmes de 16ans et 44ans, les multipares étaient les plus représentées avec un taux de 40,9%. Le premier contributeur au taux global de césarienne est le groupe 3 avec un taux de 41,3%. La principale complication a été dominée par l'hémorragie (3,2%) La mortalité maternelle était de 1,6%.

La majorité de nos nouveau-nés sont nés vivants soit 87,9%.

Conclusion : La césarienne occupe une place importante dans les activités du service de la maternité du centre. La classification de Robson est un outil simple d'utilisation.

Mots clés : Césarienne, Classification de Robson, CSRéf Selingué.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je 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 sa conception.

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

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

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

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

Je le jure !