

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

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



U.S.T.T-B



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

THESE

N°.....

**LE CHOIX DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT
DANS TROIS STRUCTURES DE SANTÉ DE LA
VILLE DE SÉGOU.**

Présentée et soutenue publiquement le 23/06 /2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M^r. Aser DIARRA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ÉTAT)

Jury

Président : Pr Broulaye Massaoulé SAMAKE

Directeur : Pr Youssouf TRAORE

Co-directeur : Dr Tidiani TRAORE

Membres : Dr Djénéba KONATE

Dr Ibrahim Ousmane KANTE



DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A Dieu,

Soit la gloire, l'honneur et la louange aux siècles des siècles, notre Créateur, l'Auteur de toute créature et de toute sagesse.

Au Seigneur et Sauveur Jésus-Christ,

Notre rédempteur par lequel nous vivons. Nous n'aurons rien pu faire sans ton aide et qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant, louange et adoration.

Je dédie ce travail :

A mes très chers parents,

Vous qui avez toujours été là pour moi, et qui m'avez donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance. Trouvez ici ma reconnaissance et mon amour.

A mon père Sery DIARRA,

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la justice, le respect de soi et l'endurance dans le travail. Homme d'un grand courage et d'un savoir-faire, ce travail est le fruit de ton éducation. Puisse Dieu t'accorder santé perpétuelle et longévité.

A ma mère Sokona Mama DIASSANA,

Maman Chérie ! Comme on le dit souvent « derrière un grand homme il y a toujours une grande dame ». Tu as toujours été là quand j'ai eu besoin de toi, à chaque instant de ma vie. Tu m'as donné non seulement la vie, mais aussi l'amour de la vie et du travail bien fait.

Aucun mot ni aucune expression ne sauraient être à la hauteur de la gratitude que je te dois. Trouves ici mon amour et mon affection les plus purs et les plus profonds. Puisse Dieu t'accorder santé et longévité.

A mes frères,

Joël ainsi que mes sœurs Ouoso, Esther et Noellie. Votre soutien a été Inestimable. Reconnaissance éternelle ! Puisse le Tout Puissant renforcer nos liens fraternels.

A tous mes oncles et toutes mes tantes,

Accepter ici le travail de votre fils, vos conseils ont été précieux, trouvez ici l'expression de ma reconnaissance.

A mes cousins et cousines,

Idrissa DIASSANA, Eliasaph DIASSANA, Jean DIASSANA, Asaph TRAORE, Doubahan TRAORE, Dina TRAORE, Tabita GOITA, Olga DIARRA. Ce travail est le fruit de vos encouragements. Puisse-t-il être un repère pour vos entreprises.

Mes Amis,

Founè Marie Madeleine KAMATE, Marthe KAMATE, Kouabé SANOU, Nathan SIDIBE, Tahirou COULIBALY, Yacouba TANGARA, Abdoulaye DJIRE, Mady KAMISSOKO, Mahamane OUEDRAGO, Ézéchias SANOU, Manassé DEMBELE, Malaki KAMATE, Youssouf TANGARA. Heureux d'être votre ami. J'ai appris de vous !

Mes remerciements vont à l'endroit de :

La faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali, plus qu'une faculté d'étude médicale, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Au personnel de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

A nos chers maitres : Dr TRAORE Tidiani, Dr TRAORE Babou, Dr SIDIBE Kassoum, Dr DONIGOLO Ibrahim les conseils fructueux que vous nous avez prodigués ont été très précieux, nous vous en remercions. Votre bonté, votre modestie, votre compréhension,

ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et profond respect. Veuillez trouver ici, l'assurance de notre reconnaissance et notre profonde admiration.

Aux Docteurs : DR DIARISSO Abdrahamane, DR COULIBALY Adama, DR HAIDARA Mahamadou, DR COULIBALY Alkali, la jeune génération ne vous remerciera jamais assez pour la qualité de votre enseignement ; la rigueur et le souci du travail bien fait.

A toutes les sages-femmes et infirmières de l'HNF de Ségou : Bintou DABO, Mariam Nènè TANGARA, DIAWARA Rokia, TRAORE Kadiatou, Ina-ouro BAH, MAIGA Zalika, CISSE Oumou, SIDIBE Awa, MAIGA Fatoumata Bamoye, BAH Aminata, Coulibaly Djénéba, SANGARE Kadiafounè, Aminata FANE, KOUYATE Orokia, Aminata COULIBALY, Mariam SAGARA, Assanatou COULIBALY, SOUMOUNOU Sokona, DANTE Mariam, Badji TAWATI, Assetou SACKO, Assetou DIARRA, Korka SAMAKE, merci pour votre collaboration et votre disponibilité.

Des manœuvres du service, nous vous disons grand merci pour votre disponibilité.

Du personnel des autres services, nous vous sommes très reconnaissants pour votre disponibilité. Grand merci.

Tous les thésards du service de GO : Abdoul Karim BALLO, Fousseyni KODIO, Kabayi DIARRA, Moussa SAMAKE, Drissa COULIBALY, Mahamane H MAIGA, Sory DIALLO, Sabéré KONE, Mariam M KOUREICHY et Rokiatou DIARRA, votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Je vous remercie infiniment.

De tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail. Nous vous remercions de tout cœur.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Broulaye Massaoulé SAMAKE

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

Cher Maître,

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

Votre disponibilité, votre modestie et votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire.

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Djènèba KONATÉ

- Médecin Militaire Pédiatre praticienne hospitalière au département de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré
- Spécialiste en Néphrologie Pédiatrique
- Maître-assistante en Pédiatrie à la FMOS

Cher Maître,

Nous sommes très fiers et ravis de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre courage et votre amour du travail bien fait ont forgé l'estime et l'admiration de tous.

Vous représentez pour nous un modèle aux qualités recherchées.

Veillez recevoir cher Maître, nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Ibrahim Ousmane KANTE

- Gynécologue-Obstétricien au CHU du point G ;
- Maître- assistant en gynécologie et d'obstétrique à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CHU du point G
- Spécialiste en Infertilité ;
- Président de l'antenne du groupe inter africain d'étude, de recherche et d'applicabilité sur la fertilité au Mali (GIERAF) ;

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous d'être compté parmi vos élèves. Ce travail est le fruit de votre volonté, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre rigueur scientifique et votre caractère sociable font de vous un homme de classe exceptionnelle.

Veillez accepter, cher Maître l'expression de notre respect et de notre éternelle reconnaissance.

A notre Maitre et Co-directeur de thèse

Dr Tidiani TRAORE

- Gynécologue-obstétricien à l'hôpital régional de Ségou ;
- Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou ;
- Chargé de recherche ;
- Chargé de cours.

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service. Votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement ne peuvent que rehausser l'amour pour la gynécologie obstétrique.

Nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres.

Vous êtes pour nous plus qu'un maitre mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre gratitude et profond attachement.

Que Dieu réalise vos vœux.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Youssouf TRAORE

- Professeur titulaire en gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- Praticien gynécologue obstétricien au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré ;
- Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) du Mali ;
- Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique Bordeaux II ;
- Vice-président de la Société Africaine de gynécologie obstétrique (SAGO) ;
- Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO) ;
- Secrétaire adjoint à l'organisation de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;
- Trésorier de AFOG
- Vice membre de la FeFOG
- Enseignant-chercheur.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail.

Professeur émérite de classe exceptionnel.

Vous avez dans vos mains aujourd'hui l'avenir de la gynécologie obstétrique du Mali.

Nous vous souhaitons d'avoir les ressources et la bénédiction nécessaire pour rehausser son image à un niveau international.

Vous êtes pour la nouvelle génération d'apprenant une source d'espoir et un modèle à suivre.

Que le Dieu Tout Puissant, vous accorde santé et longévité afin plusieurs générations d'apprenant puissent bénéficier de votre expérience. Amen !

LISTES DES SIGLES ET DES ABBREVIATIONS

- AFOG** : African Federation of Obstetrics and Gynaecology
- AMPPF** : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
- ATCD** : Antécédent
- BGR** : Bassin Généralement Rétréci
- BL** : Bassin limite
- CHU** : Centre Hospitalier et Universitaire
- Cm** : Centimètre
- CPN** : Consultation Périnatale
- CSCom** : Centre de Santé Communautaire
- CSRéf** : Centre de Santé de Référence
- DCD** : Décédé
- DS** : Déroit supérieur
- DI** : Déroit inférieur
- EDSM** : Étude Démographique et de Santé au Mali
- F** : Test de Fisher
- FeFOG** : Fédération Francophone d'Obstétrique et Gynécologique
- Fig** : Figure
- FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
- GEU** : Grossesse Extra Utérine
- HPPI** : Hémorragie du Post Partum Immédiat
- GO** : Gynécologie Obstétrique
- HTA** : Hypertension Artérielle
- HNF/S** : Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou
- HU** : Hauteur Utérine
- IC** : Intervalle de Confiance
- INFSS** : Institut National de Formation en Sciences de Santé

IO : Infirmière Obstétricienne

Kg : kilogramme

Khi-2 : Test du Khi-2 de Karl PEARSON

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

p : Probabilité

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

PPH : Placenta Prævia Hémorragique

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique

SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali

SAGO : Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique

UC : Utérus cicatriciel

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

< : Inférieur

> : supérieur

≤ : Inférieur ou égal

≥ : Supérieur ou égal

% : Pourcentage

SOMMAIRE

INTRODUCTION	15
I- GENERALITES	20
II- METHODOLOGIE	35
III- RESULTATS	39
IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	51
V- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	58
REFERENCES	61
ANNEXES	



INTRODUCTION

Introduction

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 SA) [1].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ce terme théorique est de 22 SA [2].

L'accouchement peut se faire par voie basse (accouchement normal) ou par voie haute (césarienne).

La césarienne est définie comme un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale, après cœliotomie [1].

Plusieurs fonctions interviennent dans le choix de la voie d'accouchement, il s'agit entre autre les conditions, le vécu de la gestante, l'expérience et le plateau technique.

En Europe selon une étude réalisée en 2018 par Schantz C et al. en France, sur 284 femmes enceintes interrogées 277 (97,5 %) ont exprimé une préférence pour l'accouchement par voie basse, tandis que 7 (2,5 %) femmes ont exprimé une préférence pour la césarienne. L'accouchement par voie basse était perçu comme plus naturel, moins risqué et moins douloureux et favorisait le lien mère-enfant [3].

En Asie, une étude réalisée en 2015 au Cambodge sur 143 femmes enceintes seules 11 ont exprimé le désir d'accoucher par césarienne. Les raisons évoquées étaient multiples à savoir : choisir la date d'accouchement, éviter la douleur et permet de protéger les organes génitaux [4].

Une revue systématique de la littérature a récemment documenté que la proportion de femmes déclarant qu'elles préféreraient accoucher par césarienne varie considérablement, allant de 1,0 % dans une étude au Royaume-Uni à 62,2 % dans une étude en Iran [5]. La peur d'accoucher en particulier la peur des douleurs du travail, des facteurs économiques, sociaux et culturels étaient les raisons évoquées par ces femmes.

Au Mali, encore moins dans la région de Ségou, aucune étude n'a été menée sur la préférence de la voie d'accouchement des femmes et les raisons de ce choix.

Le poids de la pression sociale peut avoir un impact sur le choix de la voie d'accouchement. Ainsi nous avons initié ce travail pour déterminer les facteurs influençant le choix de la voie d'accouchement en nous fixant comme objectif :



OBJECTIFS

1. Objectif général

Étudier le choix de la voie d'accouchement dans trois structures de santé de la ville de Ségou.

2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques
- Déterminer la voie d'accouchement de préférence des gestantes dans les trois structures de santé
- Décrire les raisons du choix de la voie d'accouchement.



I.GENERALITES

I. GENERALITES :

1.1. Définition de l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 SA) [1].

1.2. RAPPELS :

1.2.1. MÉCANISME GÉNÉRAL DE L'ACCOUCHEMENT [6-8] :

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- effacement et dilatation du col
- expulsion du fœtus
- expulsion des annexes (placenta et membranes).

Ces trois périodes portent le nom de travail d'accouchement.

➤ Première période de travail : effacement et dilatation

Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et de leurs conséquences et se termine à la dilatation complète.

- **Caractères cliniques de la contraction utérine :** Le début du travail est en général franc. Il est parfois insidieux, marque dans les jours précédents de pesanteurs pelviennes, de pollakiurie et surtout de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines de la grossesse, qui peuvent devenir sensibles et même douloureuses surtout chez la multipare. La femme peut se croire en travail, mais ces modifications objectives du col font défaut : il ne s'agit que d'une phase préparatoire au travail.

L'écoulement par la vulve de glaire épaisse et brunâtre parfois sanguinolentes traduisant la perte du bouchon muqueux, est lorsqu'il existe un signe prémonitoire du travail.

- Les contractions utérines du travail :

Une fois commencées, le travail est caractérisé par l'apparition de contractions utérines ayant acquis des caractères particuliers : elles sont involontaires. La femme les subit et ne

peut les empêcher. Toutefois, certaines étant émotionnels peuvent les inhiber provisoirement.

Elles sont intermittentes et rythmées, relativement régulières, séparées par un intervalle de durée variable, d'abord long au début du travail (15 à 20 minutes) puis de plus en plus court (2 à 3 minutes) à la fin de la période de dilatation.

Elles sont progressives dans leur durée qui de 15 à 20 seconde au début, atteint 30 à 45 secondes à la fin de la dilatation ; dans leur intensité qui croit du début à la fin de la dilatation.

Elles sont totales, se propageant comme une onde du fond de l'utérus à sa base. Elles sont douloureuses. On dit parfois que la douleur n'est que le fruit de la civilisation, qu'en fait la contraction devrait être indolore. C'est allé trop loin. Le vrai c'est d'abord que la douleur ne commence qu'après une certaine durée de la contraction et se termine avant la fin de la contraction. Elle disparaît complètement dans l'intervalle des contractions, c'est ensuite que la perception douloureuse subit des variations individuelles considérables en rapport avec et l'état psychique de la parturiente. Elle augmente avec la crainte et l'angoisse. Elle est dominée parfois complètement par un bon équilibre psychique. Sous ces réserves, la douleur augmente avec la progression du travail, la durée et intensité de la contraction. Son siège est en général abdominal et pelvien, parfois lombaires au début du travail. La persistance de douleurs lombaires, plus pénibles et plus rebelles aux actions antalgiques, est souvent le témoin d'un mécanisme obstétrical trouble. Le nombre de contractions pendant le travail varie beaucoup suivant le quantième de la grossesse, l'eutocie, la qualité du myomètre.

Il va de 70 à 180. Pendant la contraction, le pouls maternel s'accélère.

Les bruits du cœur fœtal (BDCF) deviennent plus difficilement perceptibles à l'auscultation.

Cliniquement, les modifications du col utérin et du pôle inférieur de l'œuf sont reconnues par le toucher vaginal.

- **Effacement :**

Le col qui a gardé tout (3 à 4 centimètres) ou une partie de sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse se raccourci progressivement. Plus ou moins souple en fin de grossesse sa maturité se traduit par un ramollissement encore plus marqué au début du travail. A la fin de l'effacement, le col est incorporé au segment inférieur, réduit à son orifice externe de sorte que le doigt ne perçoit plus de saillie cervicale, mais seulement le dôme régulier du segment inférieur perçu au centre d'un orifice de 1 cm de diamètre à bord mince et régulier.

- **Dilatation :**

Le col efface s'ouvre peu à circulairement à la façon d'un diaphragme de photographie. Le diamètre du cercle cervical augmente progressivement de 1 à 10 cm, dimension de la dilatation complète.

➤ **Deuxième période : expulsion**

L'expulsion correspond à la sortie du fœtus et s'étend depuis la dilatation complète jusqu'à la naissance. Elle se déroule en 3 étapes :

- **Étape 1 : Engagement**

C'est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Avant ce franchissement, la tête fœtale aura "orienté" son plus grand axe et se sera "amoindrie" en se fléchissant à l'extrême.

- **Étape 2 : Descente et rotation**

Au cours de sa descente dans l'excavation, la présentation doit faire une rotation telle qu'elle amène son plus grand axe à coïncider avec le plus grand diamètre du détroit supérieur qui est médian.

- **Étape 3 : Dégagement**

C' est le franchissement du détroit inférieur. Le dégagement se fait autour du point fixe sous la symphyse pubienne, la présentation prenant alors l' inverse de celle qu'elle avait précédemment ; le sommet primitivement fléchi se défléchi.

➤ **Troisième période : Délivrance**

La délivrance est le dernier temps de l' accouchement, la délivrance est l' expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine :

- Phase de décollement du placenta :

Le décollement est sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare, de la contraction utérine qui le provoque.

- Phase d'expulsion du placenta :

Sous l'influence des contractions utérines puis de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur, qui se déplisse, surélevant le corps utérin. Les membranes, entraînées à leur tour, se décollent en se retournant en doigt de gant. Puis la migration se poursuit vers le vagin et l'orifice vulvaire.

- Phase d'hémostase (formation du globe utérin) : Elle assurée :

- Par la rétraction utérine qui maintenant intéresse la zone placentaire. Les vaisseaux sont étreints et obturés par les anneaux musculaires de la couche plexiforme. Mais la rétraction n'est possible qu'après évacuation totale de l'utérus, condition sine qua non d'une hémostase rigoureuse et durable ;

- Par la coagulation sanguine, appelée thrombose physiologique, qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux.

1.2.2. BASSIN OBSTÉTRICAL [1,9,10,11] :

Le canal pelvi-génital est formé de deux parties :

➤ **Canal osseux ou bassin**

C'est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels elle s'appuie.

Il formé de l'union de quatre os :

- En avant et latéralement les deux os iliaques ;
- En arrière le sacrum et le coccyx.

Il est divisé en deux parties par les lignes innominées :

- En haut : le grand bassin sans intérêt obstétrical ;
- En bas : le petit bassin (bassin obstétrical) auquel on décrit deux orifices (supérieur et inférieur) séparés par une excavation.

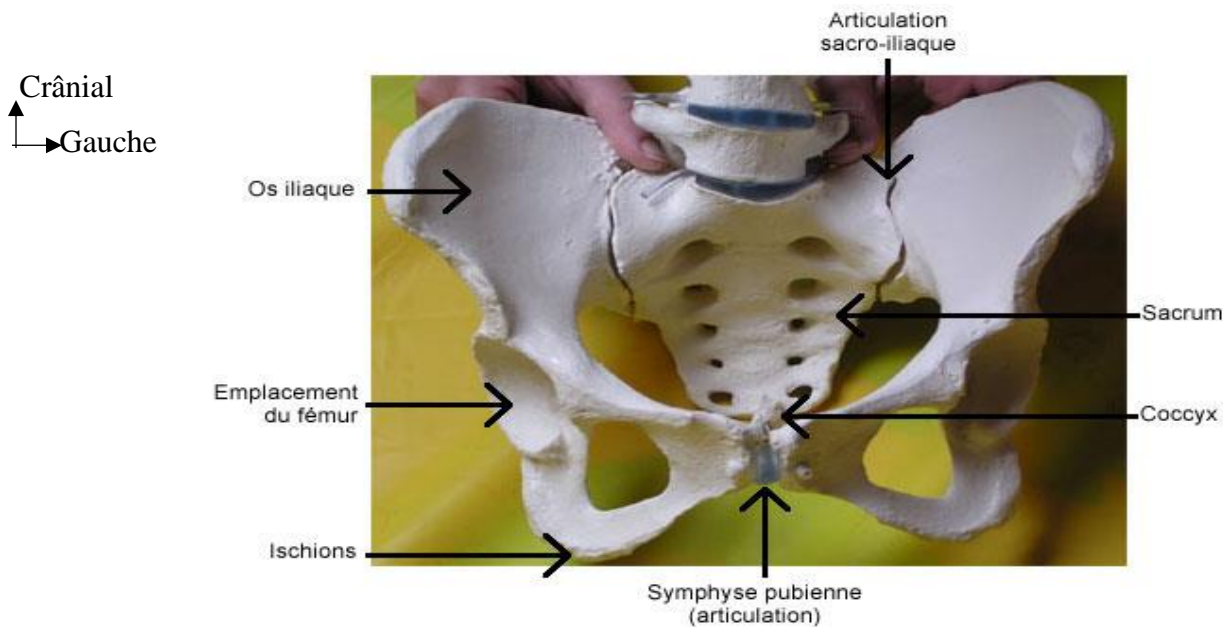


Fig. 1 : bassin osseux

a. Orifice supérieur (Détroit supérieur) : Plan d'engagement de la présentation, il sépare le grand bassin du petit bassin. Il est formé :

- En avant par la face postérieure du bord supérieur de la symphyse pubienne et des corps pubiens, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées ;
- Latéralement par les lignes innominées, puis le bord antérieur des ailerons sacrés ;

- En arrière par le bord antérieur de l'articulation sacro lombaire (promontoire).

Sa forme est à grand axe transversal avec un arc antérieur et un arc postérieur qui est, en son milieu, repoussé en avant par la saillie du promontoire.

Ses diamètres sont :

- diamètres antéropostérieurs :

Promonto-suspubien : 11 cm

Promonto-retropubien : 10,5 cm

Promonto-souspubien : 12 cm.

- diamètres transverses :

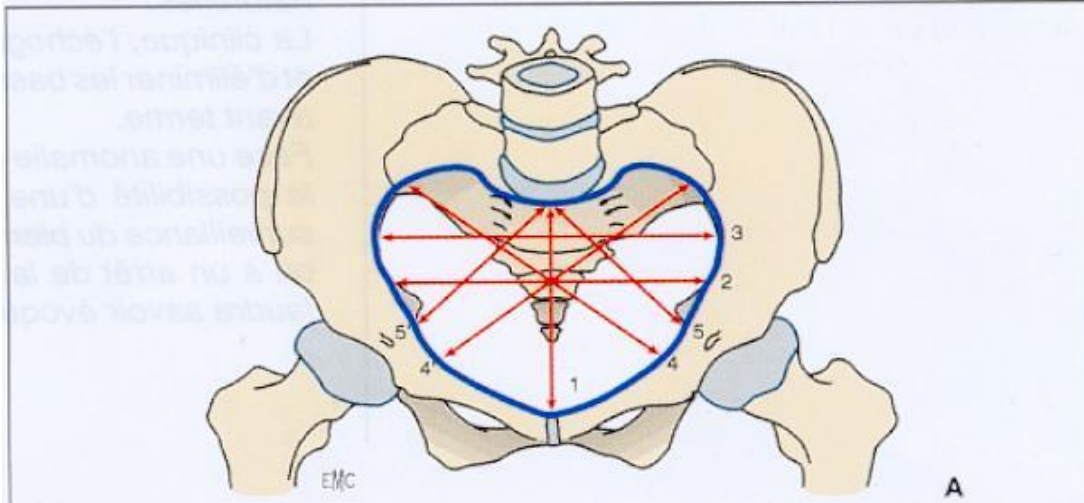
Transverse maximum : 13,5 cm (non utilisé par la présentation)

Transverse médian : 13 cm (diamètre utile) situé à égale distance entre le promontoire et la symphyse pubienne.

- diamètres obliques : (12 cm) qui vont de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro iliaque du côté opposé ;

- diamètre sacro cotyloïdien : 9 cm, réunit le promontoire à la région acétabulaire.

Le plan du détroit supérieur passe par le promontoire et le bord supérieur de la symphyse pubienne. Chez la femme debout, il est oblique en haut et en avant et forme avec l'horizontale un angle de 60° ; chez la femme en décubitus dorsal, il est oblique en bas et en arrière et s'incline de 45° sur l'horizontale. L'axe de ce plan, oblique en avant et en haut, va de l'ombilic au milieu du coccyx.



Crânial
Gauche

1	Promonto retro pubien	105 mm
2	Transverse médian	125 mm
3	Transverse maximum	135 mm
4	Obliques	120 mm
5	Sacro cotyloïdiens	90 mm

Fig. 2 : le détroit supérieur

b. Excavation : C'est le canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation. Il est constitué :

- en avant par la face postérieure de la symphyse pubienne et des corps du pubis ; convexe de haut en bas ;
- en arrière par la face antérieure du sacrum et du coccyx fortement concave de haut en bas
- latéralement par la surface quadrilatère de l'os coxal, par la face interne de l'épine sciatique et du corps de l'ischion.

Dans son ensemble, l'excavation forme un tronc de tore avec un orifice supérieur à grand axe transversal et un orifice inférieur à grand axe antéropostérieur.

Tous les diamètres de l'excavation sont sensiblement égaux et mesurent 12 cm sauf le diamètre transversal unissant les épines sciatiques qui mesure 10,8 cm.

Son axe est représenté par une courbe à concavité antérieure unissant le centre du détroit supérieur à celui du détroit inférieur.

c. Orifice inférieur (Détroit inférieur) : Elle constitue le plan de dégagement de la présentation. Il est ostéo-fibreux, limité :

- en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne ;
- en arrière par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes, le bord des tubérosités ischiatiques ; et des ligaments sacrosciatiques ;

Ses diamètres sont :

- sous-cocci-sous-pubien : 9,5 cm (pouvant atteindre 11 à 12 cm lorsque le coccyx est repoussé) ;
- sous-sacro-sous-pubien : 11 cm ;
- transverse bi ischiatique : 11 cm ;

Sa forme est losangique à grand axe antéropostérieur.

Le plan du détroit inférieur est oblique en bas et en haut formant un angle de 11° avec l'horizontale. Son axe est presque vertical en position debout, allant de l'angle sacro vertébral à l'anوس.

➤ **Diaphragme pelvi-génital :**

C'est un diaphragme musculo-aponévrotique dont la concavité supérieure s'oppose à celui du diaphragme proprement dit. Sensiblement attaché au détroit moyen, ce diaphragme est formé de quatre muscles : les deux releveurs de l'anوس et les deux muscles ischio-coccygiens. L'obliquité de leurs fibres en bas et en dedans forme "un infundibulum, un entonnoir qui soutient dans sa concavité tous les organes pelviens" (FARABEUF).

Dans son ensemble, le diaphragme pelvi-génital se divise en deux parties :

- le plancher coccy-périnéal (muscle aponévrotique) ;
- le plancher pelvi périnéal qui se divise à son tour en deux parties :

* Périnée antérieur : musculo-aponévrotique qui comprend les muscles péri vaginaux et péri vulvaires, et le noyau fibreux central.

* Périnée postérieur qui comprend en avant le muscle sphinctérien anal et en arrière un ensemble musculaire se joignant sur le raphé ano-coccygien.

Au cours de l'accouchement une bonne ampliation du périnée est indispensable ; d'où le recours à la césarienne en cas de délabrement important de celui-ci lors de l'accouchement précédent pour ne pas compromettre la réparation chirurgicale d'une telle lésion si grave au point de vue fonctionnel.

1.3. PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT

1.3.1. CRITÈRES [6-8] :

L'accouchement qui se produit entre le début de la 38^{ème} semaines (259 jours) et la fin de la 42^e semaines (293 jours) est dit à **terme**. S'il se produit avant 37 semaines (259 jours) de grossesse, il est **prématuré**.

L'accouchement **spontané** est celui qui se déclenche de lui-même sans intervention.

Il est **provoqué** lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure.

Il est dit **programmer** lorsqu'il est provoqué sans indications pathologiques.

L'accouchement est **naturel** lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie ; sinon il est **dirigé**. Il est **artificiel** quand il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale par voie basse ou par voie abdominale. L'accouchement est **eutocique** quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Il est **dystocique** dans le cas contraire.

On appelle **dystocie** l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.

1.3.2. COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT

Les complications de l'accouchement varient selon la voie d'accouchement.

1.3.2.1 VOIE BASSE [12,13] :

Les complications au cours de l'accouchement par voie basse peuvent être maternelle ou fœtale :

➤ **Les complications maternelles :**

- Déchirures du périnée :

L'inspection permet d'apprécier le degré des lésions. La femme étant mise en position gynécologique, on voit en écartement les lèvres de la plaie si la déchirure est complète ou incomplète suivant qu'elle intéresse ou n'intéresse pas le sphincter anal et la muqueuse vaginale.

- Déchirures incomplètes : Les déchirures incomplètes ont trois (3) degrés : le premier est la déchirure de la commissure (déchirure bénigne). Dans un deuxième degré, le bulbo-caverneux et partie antérieure du noyau fibreux central sont intéressés, mais on voit les fibres transversales des muscles transverses du périnée encore intactes. Le périnée reste sous-tendu par ce cordage transversal. Dans le troisième degré, tous les muscles du noyau fibreux central sont intéressés, mais le sphincter anal reste intact. On le voit dans la plaie comme une virole musculaire.

- Déchirure complète : La déchirure atteint le sphincter anal en partie ou en totalité. Les bouts du sphincter rompu se rétractent, laissant communiquer la vulve et l'anus. Le toucher rectal ne soulève plus en avant que la muqueuse anale ; tout tissu musculaire a disparu.

- Déchirure complète et compliquée : Lorsque la déchirure est compliquée, non seulement le sphincter est intéressé mais aussi une partie plus ou moins étendue de la muqueuse anale. Vagin et canal anal communiquent largement, constituant une sorte de cloaque. La déchirure anale a la forme d'un V à pointe supérieure.

- Déchirure centrale : Cette forme anatomique particulière est rare. Elle est due à la mauvaise direction de la tête pendant le dégagement. La tête vient buter au milieu du périnée qu'elle rompt entre la commissure et l'anus en laissant en avant un pont de tissu. Elle n'est pas verticale mais oblique.

- Les lésions vulvaires :

Les déchirures du périnée sont toujours associées à des lésions vulvaires basses dont elles ne se différencient pas. Mais les lésions vulvaires peuvent être isolées :

- déchirures hyménales constatées chez les primipares,
- déchirures clitoridiennes,
- déchirures nymphéales.

- Les déchirures du vagin :

Elles se divisent en trois groupes :

- déchirures basses (périnéo-vaginales)
- déchirures hautes du dôme vaginal : intéressant les culs de sac vaginaux
- déchirures de la partie moyenne.

- Les déchirures du col utérin :

Ce sont les solutions de continuité non chirurgicales du col utérin, survenues au moment de l'accouchement.

- Les ruptures utérines pendant le travail : Elles s'observent dans des conditions fortes différentes :

- certaines sont liées à une fragilité particulière de la paroi utérine (utérus cicatriciel, grande multiparité etc. ...) et surviennent au cours d'un accouchement apparemment normal,
- d'autres sont la conséquence d'une lutte de l'utérus sur un obstacle insurmontable,
- enfin un troisième groupe est des ruptures utérines provoquées par des manœuvres obstétricales ou une administration exagérée d'ocytociques

- Les complications de la délivrance :

- rétention placentaire ;
- hémorragies de la délivrance : la plupart des rétentions placentaires, l'inertie utérine, certains troubles de la coagulation, certaines causes d'ordre thérapeutique (une expression utérine, une application de forceps, fluothane).

- Les complications diverses :

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolies amniotiques, prolapsus.

➤ **Les complications fœtales :**

- **Souffrance fœtale aiguë :**

Elle a été longtemps considérée comme une asphyxie intra-utérine, c'est-à-dire la conséquence d'une diminution d'apport d'oxygène et d'un défaut d'élimination du gaz carbonique aboutissant à une acidose respiratoire. Elle s'observe presque toujours au cours du travail, exceptionnellement au cours de la grossesse.

La souffrance fœtale aiguë du travail relève avant tout de cause tenant à l'accouchement lui-même, ou à des anomalies funiculaires.

- **Dystocies des épaules :** La dystocie des épaules peut entraîner le décès ou une souffrance grave mais les complications les plus fréquentes sont les fractures de la clavicule ou de l'humérus et les atteintes du plexus brachial.

- **Procidences du cordon :** est la chute du cordon en avant de la présentation. C'est de beaucoup le plus des déplacements du cordon, par le danger qu'il fait courir au fœtus.

- **Bosse séro-sanguine :** est une tuméfaction sous-cutanée formée par un épanchement de sérum et de sang dans le cuir chevelu du nouveau-né.

1.3.2.2. CÉSARIENNE [14-21] :

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

➤ **Les complications maternelles :**

- L'hémorragie :

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

- soit généraux : des facteurs de la coagulation et de l'hémostase défectueuse
- soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, placenta accreta).

- Les lésions intestinales :

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

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

- Les lésions urinaires : Ce sont essentiellement les lésions vésicales ; les lésions urétérales sont rares voire exceptionnelles.
- Les complications anesthésiques :

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

- Les complications infectieuses :

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

- L'hémorragie post opératoire :

Plusieurs sources existent :

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

- Les complications digestives :

L'iléus paralytique post opératoire fonctionnel, les vomissements, la diarrhée.

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

- Les complications diverses :

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolies amniotiques.

➤ **Les complications néonatales [22-24] :**

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

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



II.METHODOLOGIE

II. MÉTHODOLOGIE

2.1. Cadre : Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

PRÉSENTATION DE LA MATERNITÉ DES TROIS CENTRES DE SANTÉ

➤ **Maternité du CSRef Famory Doumbia :** est composée d' :

- un bureau pour la sage-femme maitresse
- une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchements
- une salle d'attente
- une salle des accouchées
- deux salles de garde
- une unité de consultation prénatale et de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)
- une salle de vaccination
- une salle de planification familiale
- une unité de URENI

➤ **Maternité du CSCom de Darsalam :** est composée d' :

- une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement
- une salle d'attente
- une salle des accouchées
- une salle de garde
- une unité de consultation prénatale et de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)
- une salle de vaccination
- une salle de planification familiale

➤ **Maternité du CSCom de Pelengana Sud :** est composée d' :

- une salle d'accouchement avec une table d'accouchement
- une salle des accouchées

- une salle de garde
- une unité de consultation prénatale
- une unité de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)
- une salle de vaccination
- une salle de planification familiale

2.2. Type :

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique.

2.3. Période d'étude :

Elle s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 soit 12 mois.

2.4. Échantillonnage :

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif prenant en compte tous les cas répondant aux critères d'inclusion.

2.4.1. Critères d'inclusion :

Toutes les gestantes d'au moins 28SA et qui ont accepté de participer à l'étude.

2.4.2. Critères de non inclusion :

- Les gestantes de moins de 28SA et
- Les gestantes non consentantes

2.5. Collecte des données :

Les gestantes ont été soumises à un questionnaire porté en annexe. Par la suite, ces femmes ont été réinterrogées dans le postpartum par téléphone.

Les supports de données étaient les carnets de CPN, les registres de CPN et d'accouchements, les registres de compte rendu opératoire et les dossiers obstétricaux.

2.6. Analyse et traitement des données :

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft office Word 2010. Le traitement et l'analyse des données statistiques ont été faites sur le logiciel SPSS version 20. Le test de Fisher a été le test statistique utilisé pour la comparaison, significatif si $p \leq 0,05$.

2.7. Les variables étudiées : étaient entre autres :

Variabiles	Type de variable	Échelle
Age	Quantitatif	Année
Niveau d'instruction	Qualitatif	1. Non scolarisé, 2. Primaire, 3. Secondaire, 4. Supérieur
Antécédent médicaux	Qualitatif	1. HTA 2. Diabète 3. Asthme 4. Drépanocytaire
Antécédent gynéco-obstétricaux	Qualitatif	Parité
Préférence de la voie d'accouchement	Qualitatif	1. Voie basse, 2. Césarienne

Raisons du choix de la voie d'accouchement	Qualitatif	
Suivi prénatal	Qualitatif	Auteur CPN
Voie d'accouchement	Qualitatif	1. Voie basse, 2. Césarienne
Pronostic foetal	Qualitatif	1. Vivant, 2. Décédé
Pronostic maternel	Qualitatif	1. Vivant, 2. Décédée

2.8. Définitions opérationnelles : étaient les suivantes :

- **Nullipare :** il s'agit d'une femme qui n'a pas encore accouché.
- **Primipare :** il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement
- **Paucipare :** une femme qui a fait un nombre d'accouchement compris entre 2 et 3
- **Multipare :** une femme qui a fait un nombre d'accouchement compris entre 4 et 6.
- **Grande multipare :** une femme qui a fait plus de 6 accouchements.

III.RESULTATS

III. Résultats :

1. Fréquence :

Pendant la période d'étude du 1er janvier au 31 décembre 2020, nous avons enregistré 4943 consultations prénatales dans les trois structures de santé dont 2765 au CSRef Famory Doumbia (55,9 %), 1601 au CSCom de Darsalam (32,4 %) et 577 au CSCom de Pelengana Sud (11,7 %). Notre échantillon représentait 4 % des consultations prénatales soit 200 cas.

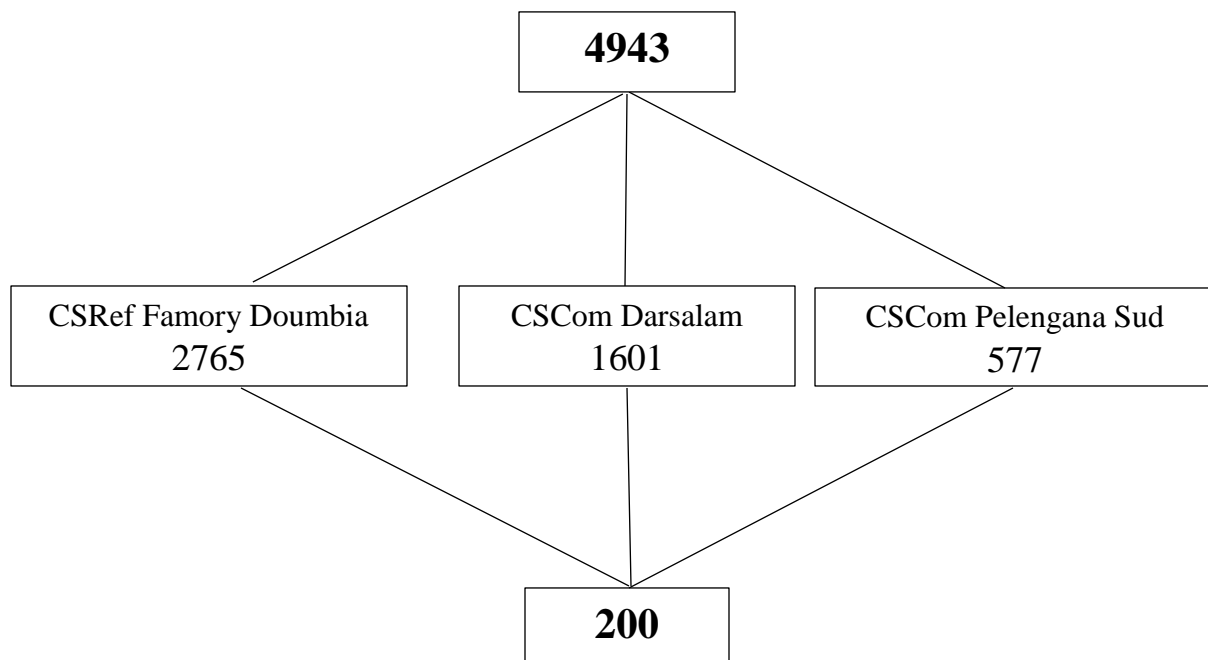


Fig. 3 : Échantillonnage

2. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes :

Tableau I : Répartition des gestantes selon la tranche d'âge

Age (années)	Effectif	Pourcentage
≤19	45	22,5
20-34	139	69,5
≥35	16	8
Total	200	100

La moyenne d'âge était 27 ans avec les extrêmes 14 et 40 ans

Tableau II : Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	117	58,5
Primaire	35	17,5
Secondaire	17	8,5
Supérieur	31	15,5
Total	200	100

Tableau III : Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction du conjoint

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	108	54
Primaire	23	11,5
Secondaire	35	17,5
Supérieur	34	17
Total	200	100

Tableau IV : Répartition des gestantes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	59	29,5
Primipare	40	20
Paucipare	57	28,5
Multipare	42	21
Grande multipare	2	1
Total	200	100

3. Données relatives à la grossesse :**Tableau V : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN à l'inclusion**

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
1	31	15,5
2	38	19
3	49	24,5
> 4	82	41
Total	200	100

Le nombre moyen de CPN était 4 avec des extrêmes de 1 et 7

Tableau VI : Répartition des gestantes selon l'auteur de CPN

Auteur CPN	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	196	98
Médecin	4	2
Total	200	100

Tableau VII : Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse à l'inclusion

Age de la grossesse (SA)	Effectif	Pourcentage
28-33	71	35,5
34-36	60	30
37-40	69	34,5
Total	200	100

La moyenne d'âge de la grossesse était 33,5 SA avec des extrêmes de 28 et 39 SA

4. Données relatives à la voie d'accouchement :

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon leur voie d'accouchement préférée

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	195	97,5
Césarienne	5	2,5
Total	200	100

Tableau IX : Répartition des gestantes selon la raison pour la voie basse

Motivation voie basse (n=195)	Effectif	Pourcentage
Naturel	187	95,9
Moins risqué	151	74,4
Moins douloureux	44	22,6
Beauté du corps préservée	51	26,2
Prouver sa féminité	84	43,1
Maintenir la fertilité	59	30,3
Renforce la relation mère-enfant	130	66,7
Croyance religieuse	30	15,4
Peur de la césarienne	167	85,6
Durée d'hospitalisation courte	190	97,4

Motivation césarienne (n=5)	Effectif	Pourcentage
Moins risqué (rassurant)	5	100
Moins douloureux	5	100
Plus simple	4	80
Peur de l'accouchement par voie basse	5	100

Tableau X : Répartition des patientes selon la raison pour la césarienne**Tableau XI** : Répartition des accouchées selon leurs voies d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	178	89
Césarienne	22	11
Total	200	100

Tableau XII : Répartition des accouchées selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Effectif	Pourcentage
CSCom	60	30
CSRef	98	49
Hôpital	42	21
Total	200	100

Tableau XIII : Pronostic fœtal des accouchées

Pronostic fœtal	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Césarienne	
Vivant	171 (96,1 %)	21 (95,5 %)	192
Décédé	7 (3,9 %)	1 (4,5 %)	8
Total	178 (100 %)	22 (100 %)	200
	Khi-2= 0,19	P=0,945	IC= [0,890-1,000]

Tableau XIV : Pronostic maternel des accouchées

Pronostic maternel	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Césarienne	
Vivante	177 (99,4 %)	22 (100 %)	199
Décédée	1 (0,6 %)	0 (0 %)	1
Total	178 (100 %)	22 (100 %)	200
	Khi-2= 0,124	P=0,862	IC= [0,725-1,000]

Tableau XV : Répartition selon l'indication de la césarienne

Indication césarienne (n=22)	Effectif	Pourcentage
SFA	5	22,7
Dilatation stationnaire	5	22,7
BGR	7	31,9
Autre*	5	22,7
Total	22	100

Autre* : Procidence du cordon, Utérus cicatriciel/bassin limite, Macrosomie, siège/primigeste

Tableau XVI : Répartition des accouchées selon le souhait du maintien de la voie d'accouchement dans le post partum

Maintien du choix de la voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Oui	195	98
Non	4	2
Avis non disponible*	1	0,6
Total	200	100

*NB : un décès maternel a été enregistré dans le post partum immédiat faisant que son avis n'a pu être obtenu

Tableau XVII : Relation entre la voie d'accouchement de préférence des gestantes et la voie d'accouchement finale

Voie d'accouchement de préférence des gestantes	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Césarienne	
Voie basse	173 (88,7 %)	22 (11,3 %)	195 (100 %)
Césarienne	5 (100 %)	0 (0 %)	5 (100 %)
Total	178 (89 %)	22 (11 %)	200 (100 %)
	Khi-2=0,634	P=0,535	IC : [0,426-0,645]

Tableau XVIII : Relation entre le niveau d'instruction et la préférence de la voie d'accouchement

Niveau d'instruction	Choix de la voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Césarienne	
Aucun	113 (96,5 %)	4 (3,5 %)	117 (100 %)
Primaire	34 (97,1 %)	1 (2,9 %)	35 (100 %)
Secondaire	17 (100 %)	0 (0 %)	17 (100 %)
Supérieur	31 (100 %)	0 (0 %)	31 (100 %)
Total	195 (97,5 %)	5 (2,5 %)	200 (100 %)
	F=0,902	P=0,890	IC= [0,847-0,933]

Tableau XIX : Relation entre la parité et la préférence de la voie d'accouchement

Parité	Choix de la voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Césarienne	
Nullipare	56 (94,9 %)	3 (5,1 %)	59 (100 %)
Primipare	40 (100 %)	0 (0 %)	40 (100 %)
Paucipare	56 (98,2 %)	1 (1,8 %)	57 (100 %)
Multipare	41 (96,6 %)	1 (2,4 %)	42 (100 %)
Grande multipare	2 (100 %)	0 (0 %)	2 (100 %)
Total	195 (97,5 %)	5 (2,5 %)	200 (100 %)

F=3,531 P=0,615 IC= [0,548-0,682]

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV. Commentaires et discussion :

1. Approche méthodologique :

Nous avons réalisé une étude transversale portant sur le choix de la voie d'accouchement des gestantes vues à la consultation prénatale à partir de 28 SA. Au cours de l'étude, nous avons rencontré des difficultés suivantes :

- l'absence d'échographie précoce,
- la méconnaissance de la date des dernières règles rendait difficile la détermination de l'âge de la grossesse c'est pour cela que nous nous sommes contentés de la hauteur utérine dans certains cas,
- l'incomplétude des informations sur les supports de suivi prénatal chez certaines gestantes.

Néanmoins les résultats obtenus nous ont permis d'avoir un aperçu sur le choix des gestantes pour la voie d'accouchement.

2. Fréquence :

Pendant la période d'étude, il y a eu 4943 consultations prénatales dont 2765 au CSRef Famory Doumbia 1601 au CSCom de Darsalam et 577 au CSCom de Pelengana Sud. Notre échantillon représentait 4 % des consultations prénatales soit 200 cas. Notre échantillon était supérieur à celui de Schantz C et al. au Cambodge en 2015 soit 143 cas mais inférieur à celui de la France en 2018 soit 284 cas [4, 3].

3. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes :

Les âges extrêmes dans notre série ont été 14 ans et 40 ans avec une moyenne d'âge de 27 ans. La tranche d'âge 20-34 ans était la plus représentée avec 69,5 %. Notre moyenne d'âge était inférieure à celle de Schantz C et al. dans leurs études réalisées au Cambodge en 2015 (28 ans) et en France en 2018 (32 ans) [4, 3].

Cet âge moyen est variable dans la littérature comme le témoignent les travaux de Blondeau et al. (2012) en France en 2012 (26,7 ans) ; Carvalho et al. (2008) au Brésil (24 ans) ; Ford et Ayers (2001) aux USA en 2008 (32 ans) [25].

Cette prédominance de la tranche d'âge de 20-34 ans dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge correspond à la période de potentielle fertilité et d'activité sexuelle des couples.

Dans notre étude 58,5 % des gestantes étaient non scolarisées ; ce résultat corrobore avec le taux de scolarisation national car au Mali en milieu urbain, 38 % des femmes et 26 % des hommes n'ont aucun niveau d'instruction contre respectivement 68 % et 59 % en milieu rural.

Ce faible taux de scolarisation des filles dans les pays en voie de développement s'explique par les grossesses précoces dont la conséquence est l'abandon scolaire.

Au Mali en 2018, 36 % des adolescentes avaient déjà commencé leur vie féconde, 30 % avaient eu au moins un enfant et 6 % étaient enceintes du premier enfant [26].

Notre taux de femmes non scolarisées était supérieur à celui de Achille AAO et al. avec 36 % [25]. Contrairement à nos études en France, 75,4 % avaient terminé des études supérieures [3].

Parmi les conjoints de notre échantillon, 54,0 % n'étaient pas scolarisés et 17 % avaient un niveau d'instruction supérieur.

Notre taux de non scolarisés est similaire à celui du niveau national car selon EDSM-VI au Mali plus de la moitié des hommes de 15-49 ans (53 %) n'avaient aucun niveau d'instruction [26].

Dans notre série il n'existait aucune différence statistiquement significative entre le niveau d'instruction et le choix de la voie d'accouchement ($F= 0,902$; $P = 0,890$). Des résultats similaires ont été rapporté par Schantz C et al. en France [3].

La majorité de nos gestantes étaient à leur première grossesse (29,5 %) contre respectivement 50,5 % ; étaient au moins à leur deuxième accouchement tout comme dans la série de Achille AAO et al. [25] où 65 % des parturientes enquêtées étaient au moins à leur deuxième accouchement. Schantz C et al. avait rapporté 37,7 % de femmes qui avaient déjà un enfant [3].

Tout comme dans la série de Schantz C et al. en France nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre la parité et la préférence de la voie d'accouchement (F=3,531; P=0,615).

Aucun antécédent médical n'était retrouvé chez nos gestantes, quant aux antécédents chirurgicaux seul quatre gestantes (2,0 %) avaient un antécédent de césarienne.

4. Données relatives à la grossesse actuelle :

La consultation prénatale est un acte médical préventif qui permet le dépistage précoce et la prise en charge des pathologies de la grossesse. Elle doit être faite par un personnel qualifié. La plupart de nos gestantes étaient suivies par des sages-femmes (98,0 %).

La fréquence des CPN par les sages-femmes s'explique par le fait qu'elles constituent le premier contact des femmes mais aussi par l'affinité des gestantes envers les sages-femmes qui sont un personnel de même sexe avec lequel elles se sentent plus à l'aise [27].

Les âges extrêmes de la grossesse à l'inclusion dans notre série étaient 28 SA et 39 SA avec une moyenne d'âge de 33,5 SA.

5. Données relatives à la voie d'accouchement :

A propos de leur préférence concernant la voie d'accouchement, 97,5 % des femmes ont déclaré préférer accoucher par voie basse contre 5 (2,5 %) de femmes qui avait opté pour la césarienne.

Pour expliquer la préférence de la voie basse, la grande majorité des femmes a mentionné le souhait d'effectuer une courte durée d'hospitalisation (97,4 %), l'aspect naturel (95,9 %) et moins risqué (77,4 %) de l'accouchement par voie basse, le renforcement du lien avec l'enfant (66,7 %) et la peur de la césarienne (85,6 %). Cette même peur a été évoquée par les femmes et même par les hommes dans une étude multi centrique menée au Mali et au Bénin [28].

Le fait de prouver sa féminité (43,1 %), le maintien de la fertilité (30,3 %), la préservation de la beauté du corps (26,2 %), et la croyance religieuse (15,4 %) ont également été cités comme arguments motivant la préférence pour l'accouchement par voie basse.

Toutes les femmes (n=5) préférant accoucher par césarienne le justifiaient par l'aspect moins risqué (100 %) et moins douloureux (100 %) ; certaines femmes ont également mentionné que l'accouchement par césarienne était plus simple (80 %).

La préférence de la césarienne dans notre série était supérieure à celle de Roxana R S [29] qui avait enregistré 1,5 % de césariennes sur demande maternelle, inférieure à celle de Schantz C et al. au Cambodge avec 7,7 % de cas mais similaire à la nôtre en France avec respectivement 97,5 % de préférence d'accouchement vaginal contre 2,5 % de césarienne [4, 3].

Hormis la sécurité de la césarienne pour la mère et le bébé et la croyance religieuse les mêmes raisons de préférence aussi bien pour la voie basse que la césarienne ont été évoquées dans les séries de Schantz C et al. [4, 3] au Cambodge et en France

Les mêmes raisons ont été retrouvée dans d'autres contextes très différents notamment en Amérique Latine, en Asie du Sud-Est, en Europe [3, 30, 31].

Ce souhait d'accoucher par la voie basse pourrait s'expliquer par la réputation de nos hôpitaux qui n'est pas toujours bonne en termes d'hygiène et de relations soignant/soignée [32, 33] mais aussi dans l'objectif de limiter les dépenses. A l'hôpital de Ségou, les femmes ayant accouché par voie basse restent environ six heures après leur accouchement en l'absence de pathologie, contrairement aux femmes ayant accouché par césarienne qui restent plusieurs jours. Si une politique de gratuité de la césarienne existe au Mali depuis 2005, il a été montré que les coûts informels associés à cette pratique ne sont pas négligeables [34] ce qui peut renforcer le souhait des femmes d'accoucher par voie basse.

Une méta-analyse de 38 études menées dans des pays à revenu intermédiaire et à revenu élevé entre 1967 et mars 2009 a révélé que le taux de préférence global combiné pour les césariennes était de 15,6 % (IC à 95 % [12,5-18,9]) [5]. Différents facteurs peuvent

expliquer cette préférence. La peur d'accoucher (et en particulier la peur des douleurs du travail) est la raison la plus courante pour une femme de demander une césarienne [35, 36, 37] et entraîne une augmentation des césariennes à la demande de la mère [37, 38, 39]. Des facteurs économiques, sociaux et culturels (en particulier l'influence des médias) et l'évolution des attitudes des femmes envers les césariennes ont conduit les femmes à considérer cette procédure comme un moyen d'éviter les dangers imprévisibles de l'accouchement.

Sur les 200 gestantes interrogées, 178 (89,0 %) ont accouché par voie basse contre 22 (11 %) par césarienne. Les indications principales étaient le bassin généralement rétréci (31,8 %), la souffrance fœtale aiguë (28,8 %) et la stagnation de la dilatation (13,6 %). Toutes les femmes ayant déclaré pendant leur grossesse préférer accoucher par césarienne ont accouché par voie basse.

Notre résultat est proche de celui trouvé par Schantz C et al. en France qui est de 183 (83,2 %) pour la voie basse et 37 (16,8 %) pour la césarienne [3].

Notre étude n'a pas montré d'association entre la voie d'accouchement préférée des femmes et la voie d'accouchement au final, la différence était statistiquement non significative (RR=0,887; IC= [0,844-0,933]). Schantz C et al. aussi en France n'a trouvé aucune association entre la préférence et la voie d'accouchement.

6. Pronostic materno-fœtal :

Nous avons enregistré 8 mort-nés dont 7 issus de la voie basse et 1 de la césarienne.

L'hémorragie de la délivrance est un facteur important de morbidité et de mortalité maternelles aussi bien dans les pays en voie de développement que dans les pays développés [40]. Ces hémorragies sont impossibles à prévoir, même en utilisant les facteurs de risque traditionnels [41].

C'est ainsi qu'au cours de notre étude nous avons enregistré un cas de décès maternel après un accouchement par voie basse suite à une hémorragie du post partum immédiat par manque de produits sanguins.

Dans notre étude 195 gestantes (98 %) ont maintenu leur choix après leur accouchement contre 4 gestantes (2,0 %) qui souhaiteraient changer de voie pour leur futur accouchement. Celles qui ont maintenu leur préférence elles ont affirmé que : c'était plus simple, moins risqué et moins douloureux.

Parmi les 4 accouchées qui ne voulaient plus le choix de leur voie d'accouchement les raisons évoquées étaient le risque pour le bébé.

Toutes les gestantes qui avaient opté pour la césarienne ont toutes maintenu leur choix.

A noté qu'un décès maternel a été enregistré dans le post partum immédiat faisant que son avis n'a pas pu être obtenu.

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion :

Dans cette étude, la plupart des femmes interrogées ont exprimé une nette préférence pour l'accouchement par voie basse, la raison principale était le souhait d'effectuer une courte durée d'hospitalisation, mais aussi car cette voie d'accouchement leur semble plus naturelle et moins risquée renforçant l'affection materno-fœtale. Malgré une forte préférence pour la voie basse certaines ont accouché par césarienne.

Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre la voie d'accouchement préférée et la voie d'accouchement au final quel que soit la parité et le niveau d'instruction.

Recommandations :

Au terme de cette étude, des recommandations sont proposées et s'adressent :

Aux autorités politiques :

- ❖ Améliorer la scolarisation des filles.

Aux personnels socio-sanitaires :

- ❖ Remplir correctement les supports de suivi prénatal
- ❖ Informer les gestantes du pronostic de la voie d'accouchement au 9^e mois de la grossesse

Aux populations :

- ❖ Commencer les consultations prénatales dès le début de la grossesse
- ❖ Réaliser l'échographie précoce pour la datation et l'échographie biométrique.

REFERENCES

Références :

1. **Merger R, Jean L, Jean M, Nelly B.** Précis d'obstétrique. 6eme éd. Paris : Masson, 2008, 135p
2. **OMS :** Déclaration mondiale sur la lutte anti palustre Rapport de la conférence ministérielle sur le paludisme AMSTERDAM, 1992 ,26-27
3. **Schantz C, Pantelias AC, de Loenzien M, Ravit M et al.** A caesarean section is like you've never delivered a baby: A mixed methods study of the experience of childbirth among French women. *Reprod BioMed and Society Online* (2021) 12, 69-78
4. **Schantz C, Kruy LS, Véronique P, Heng R and Sophie G (2016).** Factors associated with caesarean sections in Phnom Penh, Cambodia. *Reproductive Health Matters*, 24:48, 111-121, DOI : 10.1016/j.rhm.2016.11.009
5. **Mazzoni A, Althabe F, Liu N, Bonotti A, Gibbons L, Sánchez A, et al.** Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2011;118(4):391-9.
6. **Coulibaly SK.** Les accouchements non assistés dans le centre de santé de référence de la commune II de Bamako : étude cas/témoins. Thèse de Méd. Bamako : 2010 N°11M35
7. **Zouhairou S.** Accouchements non assistés à l'hôpital de Tombouctou. Thèse de Méd. Bamako : 2011 N°11M233
8. **Dicko O.** Grossesse et accouchements chez les adolescentes dans le centre de santé de référence de la commune VI de District de Bamako : Étude cas-témoins. Thèse de Méd. Bamako : 2019 N°19M342
9. **Camara K.** Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-foetal au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Méd. Bamako : 2010 N°10M367

10. **Kamina P** : anatomie gynécologique et obstétricale. 4eme éd. Paris : Maloine, 1979, 509p.
11. **Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H.** Pratique de l'accouchement 3eme éd. Paris : Masson, 2001, 525 p.
12. **Kamaté YD.** Étude l'accouchement non assisté à domicile dans deux quartiers du district sanitaire de la commune V de Bamako/Mali. Thèse de Méd. Bamako : 2019 N°19M43
13. **Diarra K.** Problématique de l'accouchement chez l'adolescente a l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse de Méd. Bamako : 2021 N°21M304
14. **Ganaba S.** Complications maternelles de la césarienne au Centre de Santé de Référence de <<Kalaban Coro>>. Thèse de Méd. Bamako : 2018 N°18M88
15. **Traoré AB.** Césarienne prophylactique dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako. Thèse de Méd. Bamako : 2011 N°12M128
16. **Diarra Y.** Évaluation de la qualité de la césarienne dans le centre de santé de référence KENIEBA. Thèse de Méd. Bamako : 2019 N°19M273
17. **Oulalé O.** Infections du site opératoire : étude comparative entre la première césarienne et la césarienne itérative au CSRef CV. Thèse de Méd. Bamako : 2019 N°19M309
18. **Diallo M.** La césarienne extra-péritonéale au centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako : série de 50 cas. Thèse de Méd. Bamako : 2019 N°19M286
19. **Latifa L.** Évolution des indications de la césarienne dans la maternité de Souissi entre 1986 et 2010 (à propos de 35830). Université Mohammed V Faculté de Médecine et de Pharmacie –Rabat : 2012 N°160
20. **Maillet R, Schaal JP, Sloukgi JC, et al.** Comment réduire les taux de césarienne en CHU. Revue Fr Gynéco Obstétr 1991 ; 86 : 294-300.

- 21. Tamboura B.** Césarienne prophylactique versus Césarienne d'urgence dans le CSRef CV du district de Bamako. Thèse de Méd. Bamako : 2013 N°13M217
- 22. Ouologuem D.** La césarienne dans le centre de santé de référence de Markala. Thèse de Méd. Bamako : 2018 N°18M164
- 23. Bouaré S.** Opération césarienne d'urgence : pronostic maternel et Périnatal dans le centre de sante de référence de la Commune v du district de Bamako. Thèse de Méd. Bamako : 2010 N°10M539
- 24. Coumaré S.** Césarienne prophylactique versus Césarienne d'urgence : Pronostic materno-foetal au centre de santé de référence de Dioila. Thèse de Méd. Bamako : 2019 N°19M433
- 25. Achille AAO, Kabibou. S, Moufalilou. A et al. :** Vécu Psychologique de la parturiente en salle d'accouchement à la Maternité du Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou à Parakou (Bénin) European Scientific Journal 2017 édition Vol.13, No.21 : 415-416
- 26. Institut National de la Statistique (INSTAT),** Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. 2019. *Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Indicateurs Clés.* Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF.
- 27. Traoré T, Sidibé K, Sanogo A, Kané F, Coulibaly A, Traoré B al.** Consultation prénatale : Pronostics maternel et périnatal des accouchements à risque à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali. Jaccr Africa 2021 ; 5(3) : 387-394
- 28. Schantz C, Moufalilou A, Traoré AB, Marion R, de Loenzien M, Dumont A.** Césarienne au Bénin et au Mali : recours accru à la technologie en raison de la souffrance et des installations sous-équipées. Reproductive Biomedecine & Society Online (2020); 10, 10-18

- 29. Roxana RS.** Comparaison cout-bénéfice d'une césarienne sur demande maternelle et d'un accouchement par voie basse. Mémoire Université de Lausanne, N°BIB_84F08156500F.P001.2002
- 30. Hopkins K.** Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? Social science & medicine. 2000;51(5):725-40.
- 31. Schantz C, Pantelias AC, de Loenzien M, Ravit M, Rozenberg P, Louis-Sylvestre C, et al.** 'A caesarean section is like you've never delivered a baby': A mixed methods study of the experience of childbirth among French women. Reproductive Biomedicine & Society Online. 2021; 12:69-78.
- 32. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP.** Une médecine hospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris ; Marseille : Karthala ; APAD ; 2003. 2006 ; (HS) :463-465
- 33. Jaffré Y.** Ce que les sage-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin. Santé Publique. 2018 ; S1(HS) :151-66.
- 34. Ravit M, Philibert A, Tourigny C, Traore M, Coulibaly A, Dumont A, et al.** The Hidden Costs of a Free Caesarean Section Policy in West Africa (Kayes Region, Mali). Matern Child Health J. 2015 ;19(8) :1734-43.
- 35. D'Souza R, Arulkumaran S.** To 'C' or not to 'C'? J Perinat Med. 2012; 41: 5-15. <https://doi.org/10.1515/jpm-2012-0049> PMID 23314510
- 36. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S.** Pourquoi les femmes demandent-elles une césarienne lors d'une première grossesse normale et saine ? Obstétrique. 2010 ; 26 : 394 400.<https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.011> PMID : 19117644
- 37. Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Celik MG, Ince I.** La relation entre la peur de l'accouchement et les connaissances des femmes sur l'accouchement sans douleur. Obstet Gynecol Int. 2014 : 274303.<https://doi.org/10.1155/2014/274303> PMID : 25477964

- 38. Hopkins K.** Les Brésiliennes choisissent-elles vraiment d'accoucher par césarienne ? Soc Sci Med. 2000 ; 51(5) : 725-740
- 39. Nieminen K, Wijma K, Johansson S, Kinberger EK, Ryding EL, Andersson G, et al.** Une peur intense de l'accouchement indique des coûts périnataux élevés pour les femmes suédoises donnant naissance à leur premier enfant. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 ; 96 : 438-446.<https://doi.org/10.1111/aogs.13091> PMID : 28052318
- 40. Nayama M, Moulaye AA, Djibrill B, Garba M, Idi N, Boukerrou M:** Haemostatic hysterectomies in developing countries: a vital act. Prospective study in a reference Nigerian maternity. Gynécol Obstét & Ferti 2006; 34 : 900–905
- 41. Thuy N, Nguyen MD, Mark E, Boyd MD. :** Prise en charge de l'hémorragie post-partum sans transfusions sanguines chez les Témoins de Jéhovah ; J Obstet Gynaecol Can. 2019 ;41(6) :745-746.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DIARRA Prénom : ASER

Tel : (00223) 66 61 81 27

Titre de thèse : LE CHOIX DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT DANS TROIS STRUCTURES DE SANTE DE LA VILLE DE SEGOU.

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de la faculté de pharmacie : FMOS et FAPH.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique, Pédiatrie, Santé publique

Résumé :

Introduction : L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 SA). Cet accouchement peut se faire par voie basse (accouchement normal) ou par voie haute (césarienne). Plusieurs fonctions interviennent dans le choix de la voie d'accouchement, il s'agit entre autre les conditions, le vécu de la gestante, l'expérience et le plateau technique.

L'objectif de cette étude était de déterminer la préférence et les raisons du choix de la voie d'accouchement dans trois structures de santé de la ville de Ségou (CSRef Famory Doumbia, CSCom de Darsalam et CSCom de Pelengana Sud). **Matériels et méthodes :** C'est une étude transversale, descriptive et analytique de 12 mois, allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 concernant les femmes ayant une grossesse âgée d'au moins 28 SA. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS, version 20. Le test de Fisher a été le test statistique utilisé pour la comparaison, significatif si $P \leq 0,05$. **Résultats :** Pendant la période d'étude, il y a eu 4943 consultations dont 2765 au

CSREF Famory Doumbia, 1601 au CSCom de Darsalam et 577 au CSCom de Pelengana Sud. Notre échantillon représentait 4 % des consultations prénatales soit 200 cas.

Parmi les 200 gestantes, 195 (97,5 %) ont exprimé une préférence pour l'accouchement par voie basse tandis que 5 (2,5 %) gestantes ont exprimé une préférence pour la césarienne. L'accouchement par voie basse était perçu comme plus naturel (95,9 %), moins risqué (77,4%), renforçait le lien mère-enfant (66,7 %) et permettait une courte durée d'hospitalisation au centre de santé (97,4 %). La majorité (89,0 %) de nos gestantes ont accouché par voie basse contre 11,0 % par césarienne. Toutes les femmes (n=5) préférant accoucher par césarienne le justifient par l'aspect moins risqué (100 %) et moins douloureux (100 %) ; certaines femmes ont également mentionné que l'accouchement par césarienne était plus simple (80 %).

Conclusion : Malgré une forte préférence pour la voie basse certaines ont accouché par césarienne, il n'existe pas d'association statistiquement significative entre la voie d'accouchement préférée et la voie d'accouchement au final quel que soit la parité et le niveau d'instruction.

Mots clés : Voie d'accouchement, pronostic, césarienne.

INSTRUCTIONS

Surname : DIARRA First name : ASER

Phone : (00223) 66 61 81 27

Thesis title : THE CHOICE OF THE WAY OF CHILDBIRTH IN THREE HEALTH STRUCTURES IN THE CITY OF SEGOU.

Academic year : 2019-2020

Defense city : Bamako

Country of origin : Mali

Place of submission : Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of the Faculty of Pharmacy : FMOS and FAPH.

Sector of interest : Gynecology-obstetrics, Pediatrics, Public health

Summary :

Introduction : Childbirth is the set of phenomena which result in the exit of the fetus and its annexes out of the maternal genital tract, from the moment the pregnancy has reached the theoretical term of 6 months (28 SA). This delivery can be done by low way (normal delivery) or by high way (cesarean section). Several functions are involved in the choice of the delivery route, these include the conditions, the experience of the pregnant woman, the experience and the technical platform.

The objective of this study was to determine the preference and the reasons for choosing the mode of delivery in three health structures in the city of Ségou (CSRef Famory Doumbia, CSCom of Darsalam and CSCom of Pelengana). **Materials and methods :** This is a cross-sectional, descriptive and analytical study of 12 months, from January 1 to December 31, 2020 concerning women with a pregnancy aged at least 28 SA. The data collected were entered and analyzed using IBM SPSS software, version 20. The Fisher test was the statistical test used for the comparison, significant if $P \leq 0.05$. **Results :** During the study period, there were 4943 consultations including 2765 at the CSREF Famory Doumbia, 1601 at the CSCom of Darsalam and 577 at the CSCom of Pélégana. Our sample represented 4 % of prenatal consultations, i.e. 200 cases.

Among the 200 pregnant women, 195 (97.5 %) expressed a preference for vaginal delivery while 5 (2.5 %) pregnant women expressed a preference for caesarean section. Vaginal delivery was perceived as more natural (95.9 %), less risky (77.4 %), strengthened the mother-child bond (66.7 %) and allowed a short duration of hospitalization at the center of

health (97.4 %). The majority (89.0 %) of our pregnant women gave birth vaginally against 11.0 % by cesarean section. All the women (n=5) preferring to give birth by cesarean justified it by the less risky (100 %) and less painful (100 %) aspect ; some women also mentioned that cesarean delivery was easier (80 %).

Conclusion : Despite a strong preference for the vaginal route, some gave birth by caesarean section, there is no statistically significant association between the preferred route of delivery and the route of delivery in the end, whatever the parity and the level of instruction.

Key words : Delivery route, prognosis, caesarean section.



ANNEXES

ANNEXES :

Fiche d'enquête :

I-identité

Q1= Dossier numéro:/...../

Q2= Tél.....

Q3= Age:/...../ 1= ≤19 ans, 2=20-34 ans, 3= ≥35 ans

Q4= Ethnie=/...../1= Bambara, 2= Peulh, 3= Bobo, 4= Sarakolé, 5= Dogon, 6= Soninké, 7= Minianka, 8= Malinké, 9= Sorhaï, 10 =Autres à préciser.....

Q5= Résidence/...../ 1= Ségou ville, 2= Hors de Ségou de ville

Q6= Situation matrimoniale =/...../ 1 = Mariée, 2 = Célibataire,

Q7= Régime matrimonial==/...../ 1 = Monogame, 2 = Polygame

Q8= Profession de la femme/...../ 1 = Ménagère, 2 =Commerçante, 3=Élève/Étudiante, 4= Fonctionnaire, 5= Autre à préciser :.....

Q9= Niveau d'instruction=/...../ 1 =non scolarisée, 2 =primaire, 3 = secondaire, 4=supérieur

Q10= Religion /...../1 = Islamique, 2= chrétienne, 3= Animiste, 4= autre à préciser :...

II-Statut socio-économique

Q11= Où Vivez-vous/...../ 1= avec Conjoint, 2= avec ses Parents, 3= beaux-parents, 4= autre.....

Q12= Source de revenu/...../ 1= parents, 2= Conjoint, 3= soi-même, 4= beaux-parents 5= autre.....

Q13= Niveau d'instruction du Conjoint /...../ 1= non scolarisé, 2= primaire, 3= secondaire, 4= supérieur

Q14= Profession du Conjoint/..... / 1= sans emploi, 2= élève/étudiant, 3= ouvrier, 4= commerçant, 5= fonctionnaire, 6= cultivateur, 7= chauffeur, 8= autre.....

III-Antécédents

A-Obstétriques

Q15= Gestité/...../ 1= 1, 2= 2, 3= 3, 4 = ≥4

Q16= Parité/...../ 1= Nullipare, 2= Primipare, 3= Paucipare, 4= Multipare, 5= Grande multipare

Q17= Nombre d'avortement/...../ 1 =0, 2 =1, 3 =2, 4 = ≥ 3

Q18= Type d'avortement/...../ 1= Spontané, 2 =provoqué

Q19= Si provoqué préciser le motif/.....

B-Médicaux

Q20= HTA/...../ 1= Oui, 2= Non

Q21= Diabète/...../ 1 = Oui, 2= Non

Q22= Drépanocytose/...../ 1= Oui, 2 = Non

Q23= Asthme/...../ 1= Oui, 2= Non

Q24= Autres.....

C-Chirurgicaux

Q25= Laparotomie pour GEU/...../ 1 = Oui, 2 = Non

Q26= Césarienne/...../ 1 = Oui, 2 = Non

Q27= Appendicectomie/...../ 1= Oui, 2= Non

Q28= Laparotomie pour autre pathologie/...../ 1= Oui, 2= Non

Q29= Aucun/...../ 1= oui, 2= Non

IV-Histoire de la grossesse actuelle

Q30= La grossesse est-elle désirée /...../ 1=Oui, 2= Non

Q31= Nombre de CPN à l'inclusion/...../ 1= 0, 2= 1, 3= 2, 4= 3, 5= ≥4

Q32= Auteur CPN/...../ 1= Sage-femme, 2= Médecin, 3= IO, 4= autre

Q33= Age de la grossesse en semaine d'aménorrhée à l'inclusion/...../

Q34= Avez-vous des connaissances sur la césarienne/...../ 1= oui, 2= non

Q35= Si oui sources d'information/...../ 1= propre expérience, 2= télé, 3= radio, 4= récits, 5= agent de santé, 6= autres à préciser

Q36= Choix de la voie d'accouchement/...../ 1= voie basse, 2= césarienne

Q36a= Motivation voie basse :

1= naturel/...../

2= moins risqué/...../

3= moins douloureux/...../

4= beauté du corps préservée/...../

5= être actrice Prouver sa bravoure /...../

6= maintenir la fertilité/...../

7= renforce la relation mère-enfant/...../

8= Croyance religieuse/...../

9= Peur de la césarienne /...../

10= bref séjour au centre de santé/...../

11= autre à préciser...../

Q36b= Motivation césarienne :

1= conseil du Médecin /...../

2= moins risquée (rassurant)/...../

3= moins douloureux/...../

4= plus simple/...../

5= choisir la date/...../

6= beauté du corps préservée/...../

7= peur de l'accouchement /...../

8= autre à préciser...../

V- Un mois après l'accouchement

Q37= Voie d'accouchement/...../ 1= voie basse, 2=césarienne

Q38= Si voie basse /...../ 1= accouchement normal, 2= accouchement dystocique

Q39= Pronostic foetal/...../ 1=vivant, 2=mort-né, 2= décès périnatal

Q40= Pronostic maternel/...../ 1= Vivante, 2= DCD

Q41= Si césarienne ; indication/...../ 1= SFA, 2=Dilatation stationnaire,
3= Pré-rupture utérine, 4= HRP, 5= PPH, 6= défaut d'engagement, 7= BRG,
8= utérus cicatriciel sur bassin limite, 9= utérus multi cicatriciel,
10= autre à préciser

.....

Q42= Pronostic foetal/...../1=vivant, 2=mort-né, 2= décès périnatal

Q43= Pronostic maternel/...../ 1= Vivante, 2= DCD

Q44= Avez-vous changer de choix d'accouchement/...../ 1=oui, 2=non

Q44a = si oui motivation : 1= pénible/...../, 2= risqué pour le bébé/...../, 3= risqué pour la mère/...../, 4= à cause de complication/...../, 5= douloureux /...../, 6= autre à préciser

Q44b = si non motivation : 1= plus simple/...../, 2=moins risqué/...../, 3=moins douloureux /...../, 4=beauté du corps préservée/...../, 5= conseil du médecin /...../, 6= autre à préciser.....

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 n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure