

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020 N°.....

THESE

**Le vécu des patientes césarisées:
au centre de santé de référence de la
commune II du district de Bamako.**

Présentée et soutenue publiquement le 05/08/ 2020 devant la Faculté de
Médecine, et D'odontostomatologie (FMOS)

Par : Mamadou TRAORE

Pour obtenir le grade de docteur en médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Présidente : Pr Fatimata Sambou DIABATE

Membres : Pr Broulaye Massaoule SAMAKE

Pr SAMBA DIOP

Co-directeur: Dr BakaryAbou TRAORE

Directeur: Pr YOUSOUF TRAORE

Dédicace

Je dédie ce travail

A mon père Lassine Traoré

Père, tu as été pour moi un guide dont les qualités morales ont suscité mon respect. Ta rigueur, ton amour du travail bien fait, ton immense honnêteté, tes sacrifices consentis pour notre éducation m'ont guidé chaque jour de ma vie. Tu nous as enseigné la droiture mais aussi à éviter les solutions de facilité. Père, par ce travail qui est aussi le tien, je tiens à te témoigner ma gratitude et mon amour.

A ma mère Rokia Keïta

Tu nous as appris le pardon et l'amour du prochain. Ce travail est le résultat d'un chapelet de prières, de bénédictions et d'innombrables sacrifices. Tu as toujours été là pour nous, même quand ce n'était pas nécessaire. Tu nous as choyés, rassurés et réconfortés. Ton assistance et ton affection ne nous ont jamais fait défaut. Ta grande générosité, ta patience et ta disponibilité font de toi une femme exceptionnelle. Mère, nous voici arrivés à ce jour tant attendu par vous tous. Que ce modeste travail soit une source de satisfaction et de réconfort pour tout ce que tu as enduré et pour tous tes efforts indéfectibles.

A mes tantes

Maimouna Keïta, Kadiatou Keita, Aminata Traoré

Très chères tantes, je ne cesserai jamais de vous remercier pour votre générosité et votre bienfaisance. Ce travail est également le fruit de vos bénédictions et de vos conseils. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude

A mes oncles

Hamidou Keita, Moussa Keita, Abdoulaye Keita, Seydou Keita,
Chers oncles, votre rigueur dans le travail traduit ce que je suis aujourd'hui.
Ce travail est également le vôtre. Puisse Allah vous prêter longue vie.

A mes frères et sœurs

Oumar Traoré, SiakaTraoré, Mahamadou Fadiala Traoré, Ali Traoré, Aminata
Traoré, Fanta Traoré, Koumba Traoré, Fatoumata Tirogo et Alimata Tirogo.
Pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Puisse Dieu nous
garder dans l'union. Je vous aime.

A ma femme

Méssouda dite AlitiDicko
Ce travail est le tien. Qu'Allah nous accorde un immense havre de paix dans
notre foyer.

A mon enfant

Soumaila Traoré mon fils mon souhait comme tout autre père du monde est que
tu me dépasses dans tous mes travaux. Que Dieu nous donne une longue vie.

A ma belle-famille

Je vous remercie pour votre accompagnement et votre soutien.

Aux Docteurs Bakary Abou Traoré, Sakoba Konaté et Seydou Z Dao

Vous êtes des maîtres exemplaires. Votre rigueur dans le travail, votre sens
d'orateurs et votre synergie dans le travail font de vous des affluents qui se
jettent dans le même fleuve. Chers Maîtres, veuillez recevoir toute ma
reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A mes amis : Soumaila Traoré, Soumaila Diarra, Souleymane Traoré, Yaya Diallo, Souleymane Samaté, Tata Touré, Amadou B Dembélé, Oumar Mariko Dembélé, Adama Diarra, Oumar Diarra, Mamadou Diabaté, Moko K Coulibaly, Mamary Konaré, Aboubacar Keita et Yacouba Traoré. Je ne pourrai jamais vous remercier assez par les mots.

Vous m'avez toujours compris et soutenu. Vous avez été à mes côtés à chaque fois que j'ai eu besoin de vous. Trouvez ici l'expression de mon affection.

A tous les internes du Centre de Santé de Référence de la Commune II et particulièrement à notre équipe de garde : Bréhima Sangaré, Youssouf Camara, Fatoumata Kané, Bakary KONE, Mamoudou Sissoko etc... Merci pour la qualité du conseil et de l'enseignement que j'ai reçu auprès de vous.

A tout le personnel du CS Réf de la Commune II du District de Bamako : anesthésistes, sages-femmes, infirmières obstétriciennes, techniciens de surface etc...

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration

A mes cousins et cousines :

Souleymane Keita, Oumar Keita, Aminata Coulibaly, Bintou Coulibaly.

Que Dieu vous garde et vous procure santé et bonheur.

A tous les professeurs qui m'ont enseigné du cycle fondamental à l'université.

Au Mali : pour tes efforts consentis : éducation, formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

A tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté leur soutien et leur amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.

A notre Maitre et présidente de jury :

Professeur FatimataSambou DIABATE

- **Professeur honoraire de gynécologie obstétrique**
- **Ancienne consultante à l’OMS**
- **Ancienne conseillère régionale en santé maternelle, néonatale/PF de l’USAID pour l’Afrique de l’ouest et du centre basé à Accra**
- **Membre fondatrice de la SOMAGO et de la SAGO**
- **Praticienne hospitalière**
- **Enseignante chercheur**

Chère Maitre,

C’est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Présidente du jury de ce travail malgré vos multiples occupations. Nous sommes profondément marqués par votre personnalité et surtout votre disponibilité constante. L’occasion nous est en fin donnée de vous témoigner toute notre gratitude.

Trouvez ici, chère maître l’expression de notre profonde considération.

A notre maître et membre du jury

Professeur SAMBA DIOP

- **Professeur titulaire en anthropologie médicale,**
- **Enseignant-Chercheur en écologie humaine, anthropologie, et bioéthique au DER de santé publique,**
- **Responsable des cours d'éthique et d'anthropologie médicale à la**

FMOS

Cher Maître,

Nous avons été profondément impressionnés par votre disponibilité et votre abord facile.

Votre sens élevé du travail bien fait et votre courage font de vous un maître admiré.

C'est l'occasion pour nous de rappeler la clarté de votre enseignement et votre talent de gynécologue obstétricien.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de nos profonds respects.

A notre maître et membre du jury

Pr BroulayeMassaouleSAMAKE

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

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos admirables qualités scientifiques, sociales et morales et votre simplicité font de vous un Maître respecté de tous. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître exemplaire et témoigne aussi de l'importance que vous attachez à la formation. Vos nombreuses tâches ne vous ont pas empêché d'apporter votre contribution à ce modeste travail.

A notre Maître et Co-directeur de thèse:

Docteur Bakary Abou TRAORE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Praticien Hospitalier de service de gynécologie obstétrique du CSRéfCII**

Cher maître,

La facilité avec laquelle vous nous avez acceptés comme élève ne nous a pas laissés indifférents.

Votre disponibilité et votre rigueur font de vous un exemple à suivre.

Cher maître, sachez que même l'usure du temps ne pourra effacer vos souvenirs dans nos pensées.

Trouvez ici la manifestation de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse:

Professeur YOUSOUF TRAORE

- **Professeur Agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Toure.**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**
- **Vice-président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO).**
- **Modérateur national et expert sur la PTME au Mali.**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire « Méthode de recherche clinique et épidémiologie» de Bordeaux II.**
- **Membre de la SOCHIMA**
- **Enseignant Chercheur**

Cher maitre,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique au Mali, vos compétences et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Cher maitre, Soyez rassuré de notre reconnaissance éternelle.

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

ALR : Anesthésie Locorégionale

ASACO : Association Santé Communautaire

BGR : Bassin Généralement Rétréci

BPN : Bilan Prénatal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

cc : centimètre cube

cm : centimètre

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

CPN : Consultation Prénatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

HRP : Hématome Rétro placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

LA : Liquide Amniotique

mm : millimètre

mn : minute

NNE : Nouveau-né

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

BDCF : Bruit De Cœur Fœtal

PDE : Pêche Des Eaux

G : gramme

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II.OBJECTIFS.....	3
III.GENERALITES.....	4
IV. METHODOLOGIE.....	24
V. RESULTATS.....	28
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	50
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	56
VIII. REFERENCES.....	58
ANNEXES.....	61

I INTRODUCTION :

La césarienne est l'une des interventions chirurgicales les plus anciennes et la plus pratiquée en obstétrique. On retrouve ses références chez les anciens Egyptiens et dans les légendes Grecques en chirurgie obstétricale [1]. Initialement utilisée pour contourner un obstacle mécanique insurmontable, elle est devenue un moyen pour limiter le traumatisme fœtal dans beaucoup de situations pathologiques.

Dans la vie d'une femme, l'accouchement représente souvent un événement majeur, aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychologique. Quand nous citons le mot « accouchement », nous pensons la plupart du temps à l'accouchement par les voies naturelles ou « voie basse ». Cependant, il existe également une autre voie d'accouchement, de plus en plus fréquente : la césarienne. Depuis plusieurs dizaines d'années, la médecine enregistre une augmentation considérable du nombre de plaintes, de la part des patientes. Les progrès de ces dernières décennies ont rendu les échecs de moins en moins tolérables. C'est particulièrement le cas en obstétrique, où la naissance représente un moment fort et joyeux et non plus un moment pendant lequel la mort est redoutée, pour la mère et l'enfant. Comme c'était encore le cas au début du 20ème siècle. [2]

Malgré la grande sécurité de cette opération grâce au progrès de l'anesthésie, de l'asepsie, de l'antisepsie, de la réanimation et de l'antibiothérapie, la césarienne n'est pas une intervention anodine. [1]

Dans le contexte Malien, les patientes ont une certaine réserve à l'annonce de la césarienne et voient en ce mode d'accouchement une perte de la féminité ; voire même un échec. Un retentissement psychique est observé chez les patientes qui pensent avoir perdu leur identité féminine ce qui entraîne une protestation chez certaines à l'annonce de la césarienne. Cette situation entraîne un vécu varié chez ses patientes. Certaines auront à leur sortie une joie et un bonheur intarissables, tandis que pour d'autres, la césarienne restera un mauvais

Le vécu de la césarienne par les femmes au CS Réf de la commune II

souvenir. L'absence de données sur le vécu de la césarienne par les femmes au Mali, nous a motivé à faire cette étude.

II. OBJECTIFS :

Objectif général : Etudier le vécu de la césarienne par les femmes au centre de santé de référence de la commune II.

Objectifs spécifiques :

- 1- Déterminer la fréquence de la césarienne dans le service.
- 2- Préciser les indications de la césarienne.
- 3- Définir le profil sociodémographique et clinique des patientes.
- 4-Recueillir les informations sur le vécu de la césarienne par les femmes

III GENERALITES :

1-Définition : L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute en général par voie abdominale après cœliotomie. Césarienne comme césure, sont dérivés du verbe latin caedere veut dire couper. Les deux mots ont été créés à la même époque, le premier par Ambroise Paré, le second par Clément Marot [3].

2-Historique de la césarienne : Longtemps intervention mythique réservée aux dieux, son nom même prête à discussion, bien qu'il dérive probablement de caedere : couper. Un rapprochement a été fait entre le nom de Jules César et la césarienne. Cette hypothèse est peu probable car Jules César même ne naquit pas par césarienne, contrairement à la légende sa mère Aurélia survécut de nombreuses années à son accouchement et une telle intervention sur femme vivante avec double succès était invraisemblable. L'origine du surnom de la « gens » Julia proviendrait en fait de la naissance d'un ancêtre par césarienne post-mortem « ab-uteromatricecoeso » [4]. Le plus ancien manuscrit de l'Inde antique, le Rig Veda, envisage une telle intervention : Indra, le dieu suprême, refuse de venir au monde autrement qu'en sortant du flanc de sa mère. Bouda est également représenté, naissant de cette façon [4]. De nombreux récits ont rapporté des naissances par « césarienne accidentelle » lors des traumatismes abdominaux de femmes gestantes par cornes de bovidés. La pratique de la césarienne post-mortem fut codifiée par Numa Pompilius (715-612 avant J-C), roi légendaire de Rome, dans la fameuse « loi Regia » interdisant l'enterrement d'une femme enceinte avant que l'enfant n'ait été extrait. Cette pratique continua à être appliquée sous le régime impérial (loi caesarea) puis le catholicisme la recommanda pour baptiser l'enfant conciles de Venise (1280) et Sens (1580). La césarienne post-mortem fut appliquée aussi de loin tout au long du moyen âge [5]. Après cette période légendaire, la seconde étape de la césarienne durera environ trois siècles entre 1500 et 1800 : -En 1500 Jacob Nufer, charrier suisse de porc, réussit la première césarienne sur une

Le vécu de la césarienne par les femmes au CS Réf de la commune II

femme vivante, sa propre femme [5]. -En 1581 François Rousset publia « le traité nouveau d'hystérotomie ou enfantement césarien » qui est le premier traité sur la césarienne en France [5]. -En 1596 : Mercurio dans « la comare O'riglitrice » préconise la césarienne en cas de bassin barré [5]. -1721 : Mauriceau, comme Ambroise Paré condamne la césarienne en des termes « cette pratique pernicieuse empreinte d'inhumanité, de cruauté, et de barbarie » à cause de la mort quasi certaine de la femme [5]. -En 1769 : Première suture utérine par Lebas au fil de soie [5]. -En 1826 : Césarienne sous péritonéale de Baudelocque [5]. -En 1876 : Introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie de l'hystérectomie en bloc après la césarienne par PORRO qui pensait ainsi lutter contre la péritonite responsable de la plupart des décès. La troisième étape de la césarienne, celle de la modernisation, s'étale environ sur un siècle. Elle n'aurait pas vu le jour sans l'avènement de l'asepsie et de l'antisepsie [5]. Il y'a eu de nouvelles acquisitions :

ENGNAN : introduit la notion de suture du péritoine viscéral [5]. Les allemands KHERER et SANGER en 1882 introduisent la notion de suture systématique de l'utérus. FRANCK imagina en 1907 l'incision segmentaire inférieure et sa péritonisation secondaire. Ce fut-là « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne selon VOKAER [5]. En 1908 : PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale [5]. En 1928 découverte de la pénicilline G par ALEXANDER FLEMMING [5]. Parallèlement, les progrès de l'anesthésie réanimation, l'avènement des sulfamides, les progrès de la transfusion sanguine ont amélioré le pronostic maternel. De même plusieurs techniques d'incision ont vu le jour parmi lesquelles celle de Joël Cohen, proposée dans les années 1970 comme voie d'abord pour les hystérectomies. Elle a été étendue à la césarienne par Stark en 1994, à l'hôpital Misgav Ladach de Jérusalem.

La césarienne, considérée aujourd'hui comme inoffensive, tend à être dans certaines mains une solution de faciliter à tout problème obstétrical.

3- Epidémiologie de la césarienne dans le monde :

On assiste dans le monde à une véritable inflation de l'opération césarienne qui atteint un taux national de 14% en France en 1998 ; 24% aux USA en 1996, en 1989 elle était de 7,6% au Bénin.

Au Mali, à la maternité de l'Hôpital Régional de Kayes, une étude réalisée par Cissé B. en 2001 rapporta 7,5 % [30].

Au service de gynéco-obstétrique du CSRéf de la commune V, Cissé B. en 2001 a rapporté 8% de césarienne. [30]A la maternité de l'Hôpital Régional de Mopti, Guirou B a rapporté 37,8%. [30]A la maternité de l'Hôpital Régional de Sikasso, Dembélé M en 2005 a rapporté 5,4% [30].

A. Des taux de césarienne en augmentation :

De 1990 à 2014 [15], le taux de césarienne a augmenté de 12,4% dans le monde (de 6,7% à 19,1%). Les augmentations les plus fortes pour cette période ont été enregistrées en Amérique latine et dans les Caraïbes (de 22,8% à 42,2%) avec un taux d'accroissement annuel de 2,6%, et en Asie (de 4,4% à 19,5%) avec un taux d'accroissement annuel de 6,4%.

En 2014, pour chacune des régions du monde, les pays où les taux de césariennes étaient les plus élevés étaient Amérique latine et Caraïbes, le Brésil (55,6%) et la République dominicaine (56,4%)[11] ; Afrique : l'Egypte (51,8%)[12] ; Asie : l'Iran (47,9%) et la Turquie (47,5%)[24] ; Europe : l'Italie (38,1%)[13] ; Amérique du Nord : les États-Unis (32,8%)[14] ; Océanie : la Nouvelle-Zélande (33,4%)[15] .

L'Egypte, la Tunisie et le Maroc ont connu la plus forte augmentation dans la région africaine. Les taux de césariennes en Egypte sont passés de 4,6% à 51,8% entre 1990 et 2014 soit une augmentation de 47,2 points.

En Turquie, en Géorgie et en Chine, le taux d'accroissement annuel atteignait 10% [24]. En Europe, la Roumanie était le pays avec la plus forte augmentation (29,1%, passant de 7,2% à 36,3%). En Amérique latine, les trois pays ayant enregistré les plus fortes hausses absolues des taux de césariennes étaient la

république Dominicaine, le Mexique et la Colombie avec respectivement 36,4%, 32,8% et 27,4% [11].

B-En Afrique :

En Afrique sub-saharienne, les taux de césariennes ont augmenté de 1,2 point entre 1990 et 2014 (2,3% à 3,5%) [15]. Cette faible hausse est due aux difficultés d'accès au système de santé en général et aux soins obstétricaux d'urgence en particulier pour une grande partie de la population [17–18]. Au cours de cette période, la Zambie, le Niger, et le Burkina Faso ont connu les hausses les plus faibles des taux de césariennes avec des taux passant respectivement de 2,6% à 3% ; 0,9% à 1,4% et 1,3% à 1,9%.

Dans ces pays, l'augmentation des taux de césariennes a été plus faible que dans les autres régions. Pour la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, les taux restent inférieurs à 5% en 2014. En dessous de ce seuil, l'OMS considère que de nombreuses femmes n'ont pas bénéficié de l'intervention alors qu'elles en auraient eu besoin. Dans certains pays, les taux de césariennes dramatiquement bas en 1990 (inférieurs à 1%) ont pourtant augmenté pour plusieurs raisons. La principale est la levée de la barrière financière. En effet dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale, quelques pays ont mis en place des politiques de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à partir de 2005. Il s'agit entre autres de la Mauritanie, de la Zambie, du Ghana, du Burundi, du Kenya, du Soudan, du Bénin, du Mali, du Sénégal et du Burkina Faso. Au Mali et au Sénégal, les politiques de gratuité de la césarienne ont été mises en œuvre à l'échelle nationale respectivement à partir de 2005 et 2006. Au Mali, les taux de césariennes sont passés de 1,9% en 2006 à 2,3% en 2009 [19]. Au Sénégal, ils sont passés de 4,2% en 2004 [20] à 5,9% en 2010 [21].

Au Burkina Faso, la césarienne était subventionnée à 80% à partir de 2006 et ce jusqu'en 2016 où l'Etat a décidé de sa gratuité totale. Les taux ont augmenté dans ce pays de 0,7% en 2003 [25] à 2% en 2010 [22]. La mise en œuvre de ces politiques de gratuité a également entraîné dans ces pays une augmentation des

taux de césariennes au niveau des hôpitaux. En 2008, trois ans après la gratuité, les taux hospitaliers au Mali et au Sénégal variaient entre 4,5% et 40% parmi 46 hôpitaux de référence de ces deux pays [23]. Au Burkina ces taux dépassaient parfois 40% dans certains hôpitaux en 2013 [16].

4-Rappels anatomiques [26] :

4.1 Utérus gravide : L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Du point de vue anatomique, l'utérus gravide comprend trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe, dans les derniers mois une portion propre à la gravité, le segment inférieur.

-Corps de l'utérus : L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est avancée. L'augmentation est due à l'hypertrophie des éléments musculaires, par hyperplasie des éléments existants et métaplasie à partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf.

✓ Le poids : l'utérus non gravide pèse environ 50g, son poids à terme varie de 900 à 1200g.

-La capacité : la capacité de l'utérus non gravide est de 2 à 3 ml. A terme, elle est de 4 à 5 litres.

-Épaisseur des parois : au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient, puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe. A terme, leur épaisseur est de 8 à 10mm au niveau du fond, de 5 à 7 mm au niveau du corps. Après accouchement, elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

✓ Consistance : l'utérus non gravide est ferme, il se ramollit pendant grossesse.

- ✓ Situation : pelvien pendant les premières semaines de grossesse, son fond déborde le bord supérieur dupubis dès la fin du deuxième mois.

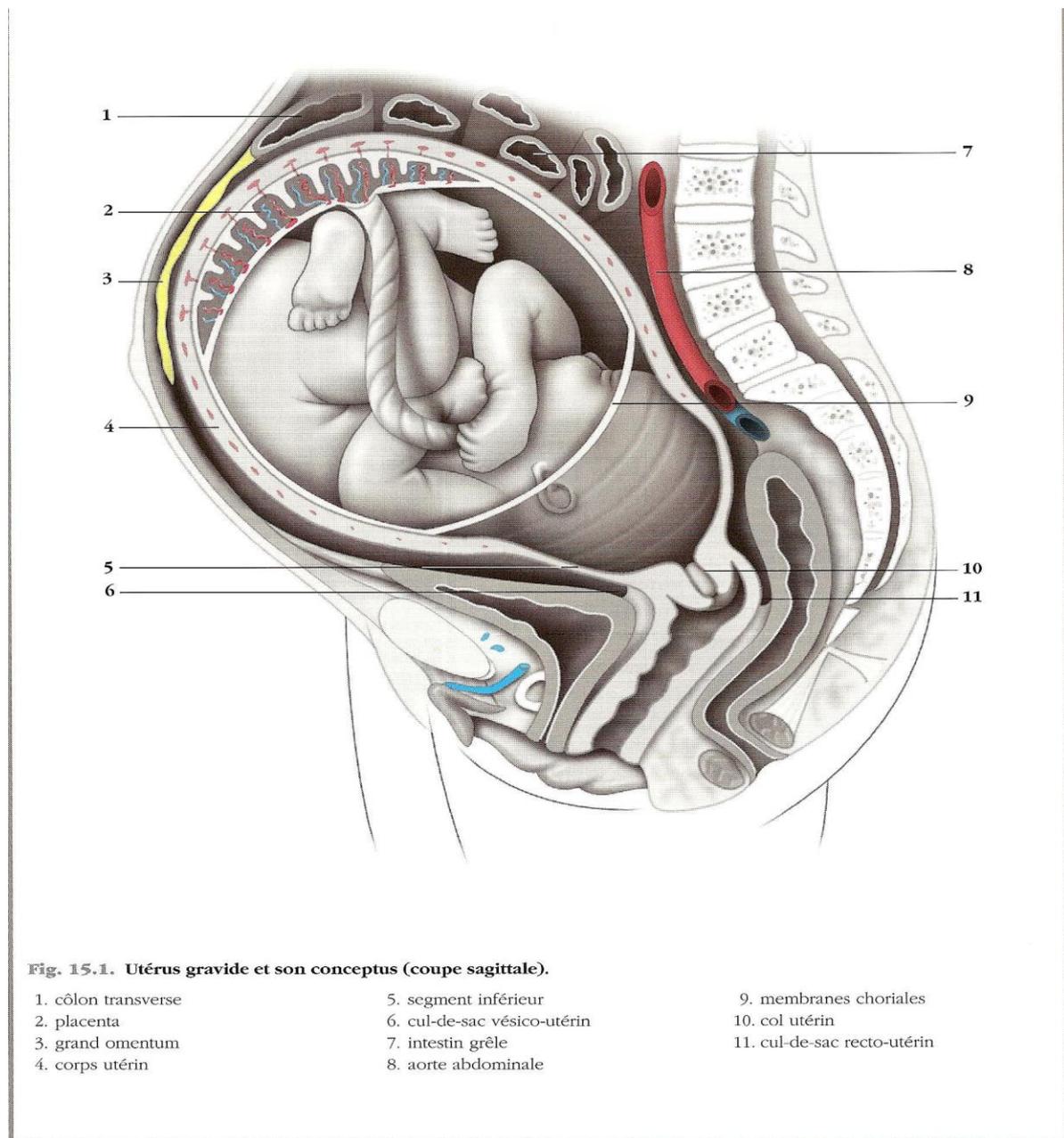


Figure1 : coupe sagittale de l'utérus gravide et son conceptus. [26]

Le rapport de l'utérus :

Il entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine ;

Le vécu de la césarienne par les femmes au CS Réf de la commune II

- en arrière, l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanqué de la veine cave inférieure et de l'aorte, avec les muscles du psoas croisés par les uretères, avec une partie des anses grêles ;

- en haut, le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière. A droite, il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire ;

- le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le caecum et le colon ascendant ;

- le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière, au colon descendant.

-Structure : l'utérus comporte trois tuniques : la séreuse, la musculuse, et la muqueuse.

-Segment inférieur : C'est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide, situé entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois. Son origine, ses limites, sa structure ont donné lieu à des discussions byzantines, dans lesquelles on ne s'engagera pas. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

-Forme : il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la paroi antérieure est bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important, puisque c'est sur la paroi antérieure que porte l'incision de la césarienne segmentaire.

-Situation : le segment inférieur occupe, au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.

-Caractères : son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4 mm, s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe plus intimement la présentation, circonstance réalisée au maximum dans la présentation du sommet engagée. C'est dire que la minceur du segment inférieur, est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment

inférieure, appréciée par la clinique, est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement.

-Limites : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, bien visible après l'hystérotomie lors de l'opération césarienne pratiquée avant le travail. La limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi : c'est la partie corporeale. Cet épaissement donne l'impression d'un anneau musculaire, surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.

-Rapports : en avant, le segment inférieur est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire. Le péritoine, après avoir formé le cul de sac vésico-utérin, tapisse la face postérieure de la vessie, puis devient pariétal, doublant la paroi abdominale antérieure. La vessie vide, est toujours au-dessus du pubis, rapport à connaître lors de l'incision du péritoine pariétal. Latéralement, la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère. En arrière, le profond cul de sac de douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.

-Structure : le segment inférieur est formé essentiellement de fibres conjonctives et élastiques, la musculature est très mince, faite d'une quinzaine de couches musculaires.

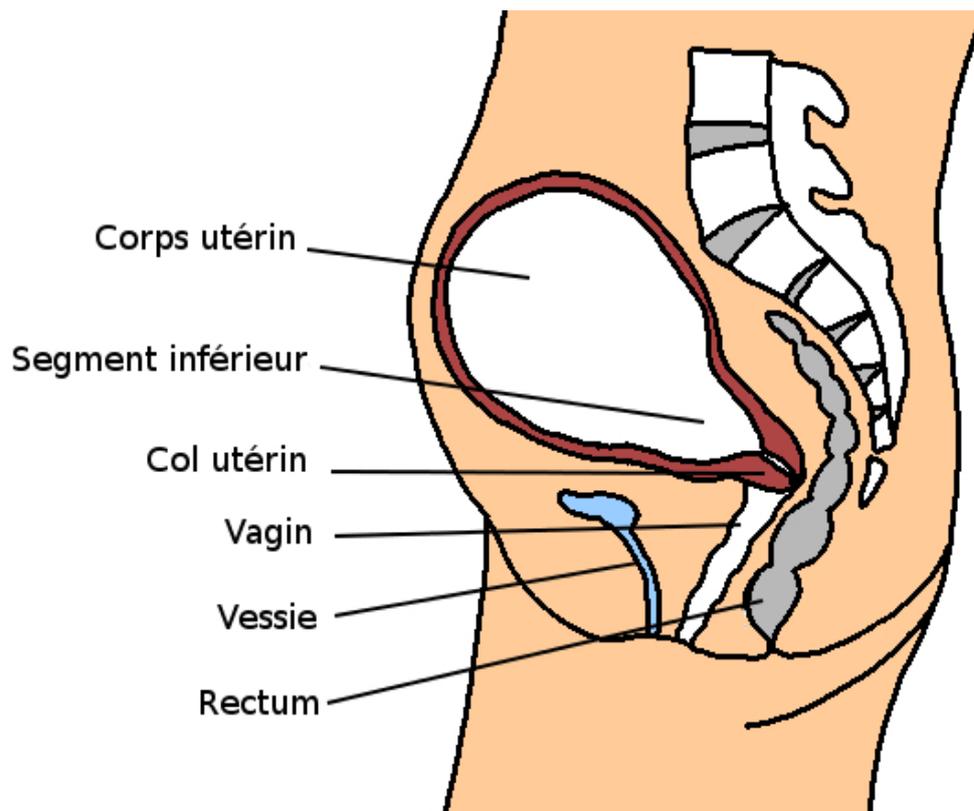


Figure 2 : Coupepara-médiane du bassin : Utérusgravide [26]

4.2-Vascularisation de l'utérus gravide :

-**Les artères:** branches de l'utérine, augmentent de longueur tout en restant flexueuses. Anastomosées entre elles de chaque côté mais non avec celles du côté opposé, une zone médiane longitudinale peu vasculaire est ainsi ménagée, empruntée par l'incision hystérotomie dans la césarienne corporeale. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexi forme, deviennent rectiligne, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire. Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur.

-**Les veines:** considérablement développées, forment les gros troncs veineux latéraux utérins qui collectent les branches corporelles réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexi forme, soumises ainsi à la rétractilité des anneaux musculaires après la délivrance.

-**Les lymphatiques:** nombreux et hypertrophiés, forment trois réseaux : muqueux, musculaire et sous séreux.

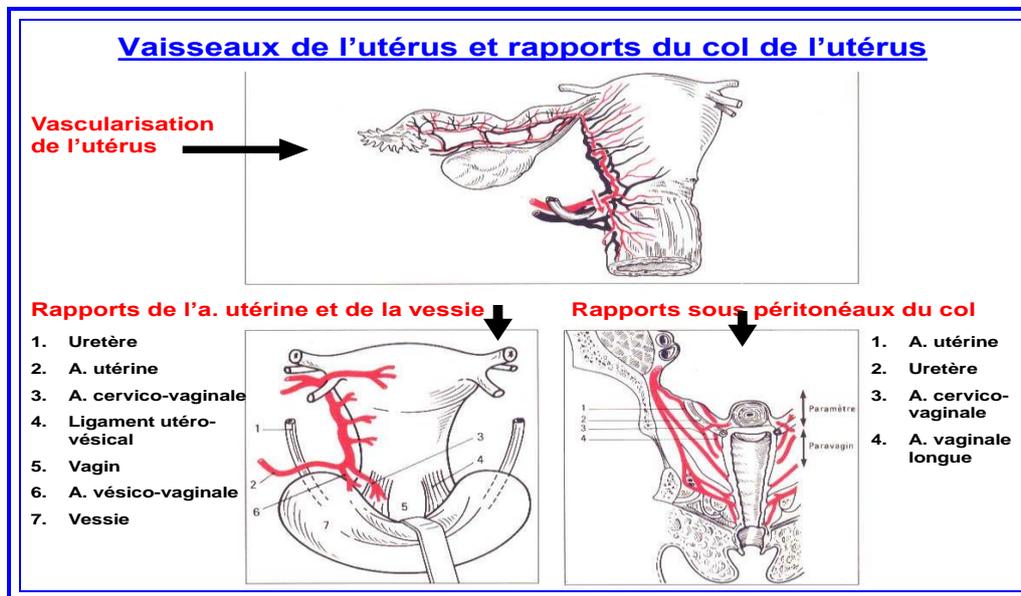


Figure 3 : Vaisseaux de l'utérus et rapports du col de l'utérus [26]



Figure 4 : Croisement de l'artère utérine et de l'urètre [26]

1. A. utérine 2. Uretère 3. A. cervico- vaginale 4. A. vaginale longue

1. Uretère 2. A. utérine 3. A. cervico-vaginale 4. Ligament utéro- vésical 5.

Vagin 6. A. vésico-vaginale 7. Vessie Rapports de l'a. Utérine et de la vessie

Rapports sous péritonéaux du col

4.3 Innervation de l'utérus gravide : L'innervation de l'utérus gravide est assurée par :

- Les ganglions semi-lunaires
- Le plexus mésentérique
- Le nerf pré- sacré
- Le filet provenant du plexus hémorroïdaire
- Les ganglions sympathiques lombaires
- Les ganglions sympathiques sacrés.
- Le plexus hypogastrique inférieur
- Les racines sacrées

5-Les indications de la césarienne : [6]

Les indications de la césarienne ont beaucoup évolué. Alors que les conditions obstétricales se sont améliorées, que les pathologies osseuses sont devenues à la fois plus rares et moins graves, deux éléments sont venus modifier la situation : d'une part, des raisons médicales qui conduisent à terminer plus souvent la grossesse chirurgicalement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant ; de l'autre, une meilleure surveillance de l'état fœtal par l'imagerie et le monitoring, qui entraînent une augmentation des interventions obstétricales, tant au cours de la grossesse que pendant le travail. La pensée constante de l'obstétricien de faire naître le nouveau-né dans le meilleur état possible l'a rendu beaucoup plus large dans ses indications de voie haute. Cette préoccupation essentielle ne doit pas faire oublier les conséquences de la césarienne pour la mère, ainsi que l'hypothèse qu'elle fait peser sur les enfants à venir. De plus, la césarienne ne doit pas être une solution de facilité ou de couverture par crainte de la responsabilité. On résumera les indications en les présentant par ordre de fréquence.

5.1-Les cicatrices utérines :

- Les cicatrices utérines par césarienne antérieure sont aujourd'hui l'indication dominante. Près de la moitié des césariennes avant travail sont faites pour cette raison.
- Autres cicatrices utérines non obstétricales celles des myomectomies autoriseront souvent la voie basse, mais il faut être prudent quand il s'agit d'une réimplantation tubaire, d'une Salpingectomie avec résection de la corne utérine ou d'une myomectomie avec ouverture de la cavité utérine.

5.2-Les anomalies de la progression du travail :

- La dystocie dynamique isolée, sans excès de volume fœtal, sans anomalie pelvienne, est actuellement mieux corrigée par la perfusion d'ocytocine associée à l'anesthésie péridurale. En fait cette anomalie isolée est rare. Elle masque bien souvent une dystocie mécanique : légère disproportion fœto-pelvienne, présentation postérieure mal fléchie, défaut d'accommodation, discrète anomalie morphologique du bassin.
- La dystocie mécanique des bassins très rétrécis (diamètre promonto-sous-pubien inférieur à 9cm) ou asymétrie forte, conduit à une césarienne de principe avant travail. S'il s'agit d'un bassin « limite » ou d'asymétrie légère avant indiquer l'épreuve du travail, la césarienne relève du non engagement de la tête. Si toute fois la tête ne s'engage pas (disproportion foeto-pelvienne) la césarienne est indiquée.
- Excès de volume du fœtus peut justifier en lui seul une césarienne d'emblée, en particulier s'il se présente par le siège.
- Le placenta prævia recouvrant relève toujours de la césarienne ; parfois aussi dans les autres situations. Les tumeurs prævia et qui restent pendant le travail (kyste de l'ovaire, myome) sont l'indication d'une césarienne.

5.3-Souffrance fœtale :

- Au cours de la grossesse la souffrance fœtale est le plus souvent l'aboutissement d'une pathologie chronique de plus ou moins longue durée qui retentit sur la croissance du fœtus. La décision d'extraction se pose lorsqu'existent des signes d'hypoxie, associée ou non à une insuffisance de croissance. Cependant il y'a des cas où la pathologie maternelle responsable oblige l'interruption de la grossesse alors que l'état fœtal est encore acceptable.
- Au cours du travail un tiers des césariennes sont pratiquées pour souffrance fœtale aiguë. La surveillance électronique du fœtus et la mesure du pH ont permis de mieux dépister cette pathologie, d'en affiner le diagnostic et guider les décisions d'extraction. Si les conditions d'une intervention par voie basse ne sont pas remplies et les signes de souffrance persistent ou s'aggravent, il faut intervenir par césarienne.

5.4-Pathologie maternelle : Elle représente un tiers des césariennes en dehors du travail.

- Syndrome vasculo-rénaux graves qui sont les pathologies maternelles dominantes, l'interruption est indiquée lorsque l'hypertension devient menaçante ou si la fonction rénale est très altérée ou si l'état fœtal se détériore.
- Le diabète : une césarienne de principe était souvent pratiquée vers la 37^e semaine. La tendance actuelle est d'aller au-delà et même d'accepter la voie basse, à condition que le diabète soit bien équilibré et évidemment en l'absence de complications surajoutées.
- Les cardiopathies : en dehors des rares cardiopathies cyanogènes où le fœtus est menacé d'anoxie, l'indication de césarienne a diminué du fait de la meilleure tolérance de la grossesse chez les cardiaques ayant bénéficié d'une cure chirurgicale.

5.5-Les présentations autres que céphalique :

- Présentation de l'épaule, la césarienne est indiquée :

- Chez la primipare, à la fin de la grossesse ;

- Chez la multipare, pendant le travail lorsque les membranes sont rompues et l'enfant étant vivant, les conditions de la version ne sont pas remplies, ce qui correspond à la majorité des cas.

- Présentation du front, l'indication est formelle dans la forme typique, éventuelle dans la forme bregmatique.

- Présentation de la face, la césarienne n'est indiquée qu'en cas de dystocie et ou face à menton sacrée.

- La présentation du siège, les avis sont encore très partagés sur la place qu'il faut donner à la voie haute. La césarienne est indiquée si tous les éléments favorables à la voie basse ne sont pas réunis. Elle est nécessaire avant tout si les dimensions du bassin ne sont pas parfaitement satisfaisantes, s'il s'agit de gros fœtus, en cas de rupture prématurée des membranes, si la patiente n'est pas rapidement entrée en travail de façon spontanée. Elle est systématique s'il s'agit d'un utérus cicatriciel. Pendant le travail, on aura recours très facilement à la voie haute en cas de dystocie dynamique ou de tout autre anomalie, même si le siège plonge dans l'excavation.

- Grossesses multiples, dans ces cas on assiste, ces dernières années à une augmentation du taux de césarienne. La césarienne est indiquée en cas de présentation dystocique du premier jumeau, d'utérus cicatriciel. Elle est recommandée par certains lorsque le premier fœtus est en présentation du siège, ou en cas de retard de croissance intra-utérin marqué, même s'il ne concerne qu'un seul fœtus.

6-Technique de la césarienne :[6]. Le but de la césarienne est d'extraire le fœtus facilement, grâce à une exposition correcte du champ opératoire, sans risque d'infection ou de déhiscence ultérieure de la brèche d'hystérotomie sans négliger l'aspect esthétique de la cicatrice abdominale. La césarienne

segmentaire répond à ces exigences, elle a remplacé l'ancienne césarienne corporéale depuis Schickele et Brindeau (1921).

6.1-Principes à observer pour les soins préopératoires : S'assurer que :

- La salle d'opération est propre (elle doit être nettoyée après chaque intervention),
- Le matériel nécessaire est disponible, en particulier les médicaments et l'oxygène
- Le matériel d'urgence est disponible et en état de marche.
- Il y'a suffisamment de champs, et des blouses chirurgicales pour tous les membres de l'équipe.
- Il y'a des consommables stériles (gants, gaz, instruments).

6.1.1-Préparer la patiente à une intervention chirurgicale :

- Lui expliquer l'intervention dont elle va bénéficier et le bien-fondé de cette intervention. Si elle est inconsciente, expliquer à la famille de quoi il s'agit.
- La patiente ou la famille doit consentir à l'intervention en connaissance de cause.
- Aider la patiente ou la famille à se préparer à l'intervention.
- Envoyer un prélèvement de sang pour dosage de l'hémoglobine ou l'hématocrite, groupage sanguin et le rhésus.
- Commander du sang au cas où une transfusion serait nécessaire, puis si besoin faire une transfusion sans attendre.
- Nettoyer la zone à inciser avec un antiseptique type Bétadine.
- Ne pas raser la région pubienne car cela accroît les risques de l'infection. Si nécessaire, il est possible de couper légèrement les poils pubiens.
- Surveiller les signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire) et consigner les observations par écrit.
- Administrer une prémédication adaptée au mode d'anesthésie choisie.
- Poser une sonde urinaire et surveiller la diurèse.

-Veiller à ce que les autres membres de l'équipe (médecin, sage-femme, infirmière, anesthésiste, aide, etc.) reçoivent les informations nécessaires.

6.1.2- Position : Installer la patiente dans la position adaptée à l'intervention de façon à :

- exposer le champ opératoire le mieux possible ;
- permettre à l'anesthésiste d'accéder à la patiente sans difficulté ;
- permettre à l'infirmière de contrôler les signes vitaux et de surveiller les injections intraveineuses et les perfusions ;
- assurer la sécurité de la patiente en prévenant les traumatismes et en maintenant une bonne circulation sanguine ;
- préserver sa dignité et respecter sa pudeur.

6.1.3-Lavage des mains avant l'intervention chirurgicale : (Principe généraux de l'asepsie et de l'antisepsie)

- Retirer tous les bijoux.
- Garder les mains au-dessus du niveau du coude, les mouiller soigneusement et les savonner.
- Savonner en un mouvement circulaire, en commençant par le bout des doigts ;
- Bien nettoyer entre les doigts ;
- Remonter jusqu'au coude en savonnant puis faire de l'autre côté.
- Se rincer les bras l'un après l'autre, en commençant par le bout des doigts et en gardant toujours les mains au-dessus du coude.
- Frotter pendant 3 à 5 minutes.
- Sécher chaque main avec une serviette ou une compresse stérile différente ou les laisser sécher à l'air. Essuyer en commençant par le bout des doigts et en remontant jusqu'au coude puis changer de serviette.
- Une fois les mains propres, veiller à ne pas les mettre en contact avec des objets (par exemple, matériel, blouse de protection) qui ne soient pas désinfectés ou stériles. Si elles touchent une surface contaminée, les nettoyer à nouveau.

6.1.4-Préparation du champ opératoire : [8]

-Préparer la peau avec un antiseptique (par exemple, Bétadine) :

-Badigeonner trois fois la zone à inciser avec une solution antiseptique à l'aide d'une pince porte tampons stériles et d'une compresse, il convient de veiller à ne pas contaminer les gants en touchant les zones cutanées qui n'ont pas été préparées.

-Commencer par l'endroit à inciser et travailler en direction de l'extérieur en un geste circulaire ;

-Une fois arrivé à la limite de la surface à stériliser, jeter la compresse.

-Ne jamais revenir au centre de la zone à préparer avec la même compresse. Garder les bras et les coudes en hauteur et veiller à ce que la blouse ne touche pas la zone à inciser.

6.2-Césarienne segmentaire : classique

1^{er} temps : Les champs de bordure étant mis en place, la coeliotomie se fait par incision médiane sous ombilicale ou par incision de Pfannenstiel. La vessie est abdominale à la fin de la grossesse. Le sondage devra donc l'avoir vidé complètement.

2^{ème} temps : La protection de la grande cavité par trois champs abdominaux. Les écarteurs de Hartmann suffisent à exposer le segment inférieur.

3^{ème} temps : L'incision transversale aux ciseaux du péritoine pré-segmentaire dont le décollement se fait sans difficulté.

4^{ème} temps : Incision du segment inférieur : Incision transversale ou longitudinale. Nous préférons la transversale parce qu'on n'a pas à décoller la vessie.

5^{ème} temps : Extraction du fœtus (après ouverture de l'œuf et aspiration du liquide amniotique). Cette manœuvre doit être exécutée avec douceur. On saisit le menton du fœtus en mettant le pouce dans la bouche et on l'amène en avant par une série de mouvements de flexion et d'extension de la tête, on le fait passer par l'incision segmentaire en évitant le traumatisme contre le matériel

métallique d'écartement. On peut aussi aider la sortie de la tête en glissant une main à plat derrière l'occiput. Le reste du corps vient facilement.

Si le fœtus se présente par le siège, ou l'épaule, on saisit un pied. Le fœtus extrait, on sectionne le cordon entre deux pinces.

6^{ème} temps : Extraction du placenta par expression du fond utérin à travers les champs abdominaux, ou par délivrance manuelle par l'orifice d'hystérotomie.

7^{ème} temps : On peut en ce moment mettre une valve fixe. Un seul suffit pour la suture du segment inférieur avec un matériel à résorption lente en commençant par les deux points d'angle, les points d'angle seront en X, les points intermédiaires sont de préférence séparés. Ce plan unique doit intéresser soigneusement les lamelles conjonctivo-musculaires qui constituent le segment inférieur.

8^{ème} temps : Suture du péritoine pré-segmentaire au fil résorbable par un simple surjet non serré.

9^{ème} temps : On enlève les champs abdominaux. Toilette du péritoine. Ablation des valves ou des écarteurs.

10^{ème} temps : Fermeture de la paroi sans drainage, en trois ou quatre plans selon le type d'incision pariétale.

6.3-La césarienne de Starkou Misgav Ladach : [7]

-Ouverture pariétale selon la méthode de Joël Cohen ;

-Ouverture transversale du péritoine pariétal.

-Pas de champs abdominaux.

-Hystérotomie segmentaire transversale.

- Extraction fœtale avec délivrance artificielle.

-Suture de l'hystérotomie en un plan « extra muqueux » par un surjet non passé.

-Non fermeture des péritoines viscéral et pariétal.

-Suture aponévrotique par un surjet non passé.

-Rapprochement cutané par quelques points de « BlairDonati » très espacés.

7-Anesthésie au cours de la césarienne : [5]

La qualité et le choix du type d'anesthésie dépendent beaucoup de la collaboration obstétricien et anesthésiste. Nous avons vu que le risque majeur de la césarienne est anesthésique, la prévention de ce risque repose sur :

-le respect par l'équipe obstétricale des précautions simples (patiente à jeun, prise d'antiacide per-os toutes les trois heures, bilan préopératoire).

-l'information de l'anesthésiste afin qu'il suive l'évolution et le degré d'avancement d'un travail difficile et les complications possibles afin de préparer son anesthésie.

7.1-Principe de l'anesthésie au cours de la césarienne : Elle ne doit pas faire courir de risque à la mère, ni de danger à l'enfant. Elle doit permettre une opération peu hémorragique.

7. 2-Types d'anesthésie :

7. 2.1-Anesthésie générale (AG) : Elle est la seule solution dans les indications d'urgence. Et elle reste une méthode de choix pour certains, car elle est rapide, fiable et reproductible. Le risque maternel est l'inhalation du contenu gastrique et pour le fœtus celui de la dépression respiratoire. La première partie de la césarienne avant l'extraction de l'enfant se fait toujours sous une anesthésie légère nécessitant une extraction rapide de 10 à 15 mn afin de ne pas imposer à l'anesthésiste une réinjection juste avant la naissance de l'enfant. Après clampage du cordon, l'anesthésie peut être approfondie [9].

7. 2.2-Anesthésie péridurale (A.P.D) : Elle est idéale pour les césariennes programmées ou lorsqu'elle a été utilisée pendant le travail (épreuve de travail) elle permet à la mère de rester consciente, minimise le risque d'inhalation et évite au nouveau-né la dépression médicamenteuse d'une anesthésie générale.

7.2.3-La rachianesthésie [10] : Facile, rapide, peu d'échec. Elle peut être réalisée en urgence.

IV METHODOLOGIE :

1-Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Fonctionnement : Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens.

*Un staff se tient tous les jours ouvrables pour discuter de la prise en charge des dossiers des entrantes et des événements survenus lors des gardes.

Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, de 2 médecins généralistes, de deux internes, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne et ou d'une aide-soignante, d'un chauffeur, d'un anesthésiste et deux manœuvres.

La visite des patientes hospitalisées est quotidienne et est dirigée par un gynécologue obstétricien.

2. Type d'étude : Il s'agissait d'une étude prospective, transversale descriptive et analytique.

3. Période d'étude : L'étude s'est déroulée du 1er janvier 2019 au 31 juin 2019.

4. Population d'étude : Elle a concerné toutes les femmes admises en salle d'accouchement pendant la période d'étude.

5. Echantillonnage :

* Critères d'inclusion :

- Ont été incluses, toutes les femmes ayant subi une césarienne dans notre service et qui ont accepté de participer à cette étude.

* Critères de non inclusion :

N'ont pas été retenues dans notre étude :

-Les femmes césarisées dans notre service, qui ont refusé de participer à l'étude.

-Les femmes césarisées dans d'autres services mais venues consulté dans notre service dans le postpartum.

6. Collecte des données :

Les données ont été recueillies par l'interrogatoire sur des fiches d'enquêtes individuelles.

Les supports des données ont été :

- *Les dossiers obstétricaux ;
- *Les carnets de CPN ;
- *Les registres d'anesthésie ;
- *Les registres d'accouchement ;
- *Les registres de référence/évacuation des patientes ;
- *Les registres de comptes rendus opératoires.

7. Déroulement de l'enquête : Toutes les femmes hospitalisées dans le service pour césarienne et qui ont accepté de participer l'étude ont bénéficié d'un interrogatoire à travers la fiche d'enquête avant leur sortie plus précisément aux troisièmes jours d'hospitalisation.

8. Variables étudiés :

- l'âge ;
- les antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- l'examen obstétrical ;
- l'indication opératoire ;
- le déroulement de la césarienne ;
- l'anesthésie utilisée lors de la césarienne ;
- le statut matrimonial ;

9. Saisie et Analyse des données : la saisie des données a été effectuée sur les logiciels Microsoft Word et Excel Office 2010, l'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS version 21. Le test statistique utilisé a été le test exact de Khi-deux avec un seuil de significativité fixé à 5%.

10. Aspects éthiques :

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

11. Définitions opérationnelles :

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

- **La césarienne** : est une intervention chirurgicale sur la paroi abdominale et l'utérus pour extraire le nouveau-né.

- **Vécu** : Qui a eu lieu dans la vie de quelqu'un.

- **L'accouchement** : Il est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 6 mois (28 SA) [30].

- **Accouchement par voie basse** : Il regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres

- **Gestité** : elle se définit comme étant le nombre de grossesse

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

➤ **Primipare** : c'est une patiente ayant accouché une fois.

➤ **Paucipare** : c'est une patiente ayant accouché entre 2 et 3 fois.

➤ **Multipare** : c'est une patiente ayant accouché entre 4 et 5 fois.

➤ **Grande multipare** : c'est lorsque le nombre d'accouchement est supérieur ou égal à 6.

1-Fréquence de la césarienne

Du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2019 soit en 6mois, nous avons réalisé 277 césariennes sur un total de 1845 accouchements dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf CII. La fréquence des césariennes dans notre étude, a été de 15,01%.

Le vécu de la césarienne par les femmes au CS Réf de la commune II

Parmi ces 277 césariennes ,234 patientes ont accepté de participer à cette étude soit une fréquence de 84,5%.

2-Indications de la césarienne

Tableau I :Répartition des patientes en fonction des indications de la césarienne

Indication de la césarienne	Effectifs	Fréquence(%)
Utérus tricatriciel	42	17,9
Utérus bicatriciel	22	9,4
BGR	7	3
SFA	93	39,7
Défaut d'engagement	6	2,6
HRP	18	7,6
Présentation de siège chez une primigeste	10	4,3
Echec de l'épreuve utérine par SFA	10	4,3
Echec de l'épreuve de travail	9	3,9
Procidence du cordon	6	2,6
Présentation de l'épaule	11	4,7
Total	234	100,0

3-Profiles Sociodémographiques et cliniques des patientes

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de l'âge

Age	Effectifs	Fréquence(%)
≤19 ans	29	12,4
20-34 ans	124	53,0
>35 ans	81	34,6
Total	234	100,0

Tableau III : Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Fréquence(%)
Mariée	185	79,1
Célibataire	49	20,9
Total	234	100,0

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de la profession

Profession	Effectifs	Fréquence(%)
Commerçante	45	19,2
Femme au foyer	149	63,7
Aide-ménagère	10	4,3
Élève ou étudiante	30	12,8
Total	234	100,0

Tableau V : Répartition des patientes en fonction du niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs	Fréquence(%)
Primaire	72	30,8
Secondaire	33	14,1
Supérieure	20	8,5
Non scolarisée	109	46,6
Total	234	100,0

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de l'antécédent chirurgical

Antécédent chirurgical	Effectifs	Fréquence(%)
Césarienne	58	24,8
Myomectomie	2	0,9
Aucun	172	73,5
Autres	2*	0,9
Total	234	100,0

*Une appendicectomie et une cure herniaire.

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de l'antécédent obstétrical

Antécédent obstétrical	Effectifs	Fréquence(%)
Primipare	101	43,2
Paucipare	80	34,2
Multipare	38	16,2
Grande multipare	15	6,4
Total	234	100,0

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction du suivi de la grossesse

Suivi de la grossesse	Effectifs	Fréquence(%)
Oui	202	86,3
Non	32	13,7
Total	234	100,0

TableauIX : Répartition des patientes en fonction du prestataire ayant fait le suivi de la grossesse

Qualification du prestataire	Effectifs	Fréquence(%)
Gynécologues-obstétriciens	150	64,1
Médecins généralistes	10	4,2
Sages-femmes	42	18
Pas de suivi prénatal	32	13,7
Total	234	100,0

4-Vécu psychosocial de la césarienne

4-1 Condition d'accueil de la patiente en salle d'accouchement

TableauX : Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'examineur

Examineur	Effectifs	Fréquence(%)
Médecin	88	37,6
Sage-femme	43	18,4
Les internes	103	44,0
Total	234	100,0

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de la présentation du personnel à la patiente

Présentation du personnel	Effectifs	Fréquence(%)
Oui	112	47,9
Non	122	52,1
Total	234	100,0

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du respect de l'intimité dans la salle d'accouchement

Intimité dans la salle d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Respectée	182	77,8
Non respectée	52	22,2
Total	234	100,0

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du comportement du personnel

Comportement du personnel	Effectifs	Fréquence(%)
Bon comportement	150	64,1
Mauvais comportement	00	00
Sans avis	84	35,9
Total	234	100,0

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de la satisfaction après l'examen d'entrée.

Satisfaction après l'examen d'entrée	Effectifs	Fréquence(%)
Oui	189	80,8
Non	45	19,2
Total	234	100,0

Tableau XV: Répartition des patientes en fonction du contexte de la césarienne.

Contexte	Effectifs	Fréquence(%)
Urgence	150	64,1
Programmée	84	35,9
Total	234	100,0

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du personnel qui a annoncé la césarienne

Informateur	Effectifs	Fréquence(%)
Sage-femme	57	24,4
Médecin	115	49,1
Infirmière obstétricienne	13	5,6
Interne	49	20,9
Total	234	100,0

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction de la réaction après l'annonce de la césarienne

Réaction	Effectifs	Fréquence(%)
Peur de l'intervention	126	53,8
Tristesse	59	25,2
Soulagement	49	21
Total	234	100,0

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de la préparation psychologique

Les paroles pour rassurer la patiente	Effectifs	Fréquence(%)
Il ne faut avoir peur	112	47,9
C'est une intervention simple	67	28,6
Ça ne fait rien	42	17,9
Aucune préparation psychologique	13	5,6
Total	234	100,0

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction des explications données en salle d'accouchement

Explications données	Effectifs	Fréquence(%)
L'indication de la césarienne	124	53
Les avantages de la césarienne	32	13,7
Le déroulement de l'intervention	25	10,7
Le déroulement de son hospitalisation	21	8,9
Les complications possibles de l'intervention	32	13,7
Total	234	100,0

4-2 Conditions de transport

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction des moyens de transport de la salle d'accouchement au bloc opératoire

Moyens de transport	Effectifs	Pourcentage
A pied	124	53,0
Sur chaise roulante	102	43,6
Sur brancard	8	3,4
Total	234	100,0

4-3 Vécu de la césarienne au bloc :

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'anesthésiste

Qualification de l'anesthésiste	Effectifs	Fréquence(%)
Assistant-médical	195	83,3
Médecin	39	16,7
Total	234	100,0

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction de l'explication donnée sur l'anesthésie

Explication donnée sur l'anesthésiste	Effectifs	Fréquence(%)
Oui	139	59,4
Non	95	40,6
Total	234	100,0

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction du type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectifs	Fréquence(%)
Rachianesthésie	188	80,3
Anesthésie Générale	46	19,7
Total	234	100,0

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction de l'opérateur

Opérateur	Effectifs	Fréquence(%)
Médecin-Généraliste	125	53,4
Gynécologue-obstétricien	108	46,6
Total	234	100,0

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction de l'information donnée sur la durée de la césarienne.

Information sur la durée de la césarienne	Effectifs	Fréquence(%)
Oui	105	44,9
Non	129	55,1
Total	234	100,0

Tableau XXVI: Répartition des patientes en fonction de la présentation du nouveau-né juste après son extraction

Présentation du nouveau-né	Effectifs	Fréquence(%)
Oui	165	70,5
Non	69	29,5
Total	234	100,0

Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction de l'attitude de la mère après la présentation du nouveau-né

Attitude de la mère après la présentation de son nouveau-né	Effectifs	Fréquence(%)
Joyeuse	160	68,4
Non présenté et mécontente	38	16,2
Oui mais pas de réaction	5	2,1
Non mais pas de réaction	31	13,2
Total	234	100,0

Tableau XXVIII: Répartition des patientes en fonction du comportement du personnel au bloc

Comportement du personnel au bloc	Effectifs	Fréquence(%)
Bon comportement	181	77,4
Mauvais comportement	53	22,6
Total	234	100,0

Tableau XXIX : Répartition des patientes en fonction du respect de l'intimité au bloc

Respect de l'intimité au bloc	Effectifs	Fréquence(%)
Oui	224	95,7
Non	10	4,3
Total	234	100,0

4-4 Vécu au cours de l'hospitalisation

Tableau XXX : Répartition des patientes en fonction de l'explication donnée sur la durée d'hospitalisation

Explication sur la durée d'hospitalisation	Effectifs	Fréquence(%)
Oui	123	52,6
Non	111	47,4
Total	234	100,0

Tableau XXXI: Répartition des patientes en fonction des explications données sur les soins post-opératoires

Explication sur les soins post-opératoires	Effectifs	Fréquence(%)
Oui	210	89,7
Non	24	10,3
Total	234	100,0

Tableau XXXII: Répartition des patientes en fonction de la relation patiente prestataire

Relation patiente prestataire	Effectifs	Fréquence(%)
Bonne relation	149	63,7
Mauvaise relation	6	2,5
Sans avis	79	33,8
Total	234	100

Tableau XXXIII : Répartition des patientes en fonction du degré de satisfaction à la sortie

L'état de la patiente à la sortie	Effectifs	Fréquence
Satisfaite	219	93,6
Non satisfaite	15	6,4
Total	234	100,0

Tableau XXXIV : Répartition des patientes en fonction du vécu global de la césarienne

Vécu global de la césarienne	Effectifs	Fréquence
Bien vécu	200	85,5
Traumatisant	34	14,5
Total	234	100,0

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

Antécédent chirurgical	Réaction après l'annonce de la césarienne			Total
	Peur de l'intervention	Tristesse	Soulagement	
Césarienne	58(25,8%)	0(0%)	0(0%)	58(25,8%)
Myomectomie	2(0,1%)	0(0%)	0(0%)	2(0,1%)
Aucun	64(27,4%)	59(25,2%)	49(21,4%)	172(74%)
Autres	2(0,1%)	0(0%)	0(0%)	2(0,1%)
Total	126(53,4%)	59(25,2%)	49(21,4)	234(100%)

-Test exact de Fisher = 84,95 P=0,00

Tableau XXXVI : Relation entre l'antécédent obstétrical et la satisfaction des patientes à la sortie

Parité	Satisfaction à la sortie		Total
	Satisfaite	non satisfaite	
Primipare	101(43,2%)	0	101(43,2%)
Paucipare	80(34,2%)	0	80(34,2%)
Multipare	38(16,2%)	0	38(16,2%)
Grande multipare	0(0%)	15(6,4%)	15(6,4%)
Total	219(93,6%)	15(6,4%)	234(100%)

Test exact de Fisher=99,984 P=0,00

Tableau XXXVII : Relation entre la satisfaction des patientes à la sortie et le comportement du personnel

Satisfaction des patientes à la sortie		Comportement du personnel		Total
		Bon comportement	Sans avis	
Satisfaite	Satisfaite	150(64,1%)	69(29,5)	219(93,6%)
	non satisfaite	0(0%)	15(6,4%)	15(6,4%)
		150(64,1%)	84(35,9%)	234(100%)

Khi-deux de Pearson=28,620 ddl=1 P=0,00

Tableau XXXVIII : Relation entre examinateur des patientes à l'entrée et la satisfaction des patientes après examen d'entrée

Examineur	Satisfaction après examen d'entrée		Total
	Oui	Non	
Médecin	82(35%)	6(2,6%)	88(37,6%)
Sage-Femme	0(0%)	43(18,4%)	43(18,4%)
Etudiant	103(44%)	0(0%)	103(44%)
Total	185(79%)	49(21%)	234(100%)

Khi- deux de Pearson=200,229 ddl=2 P=0,00

Tableaux XXXIX : Relation entre la satisfaction des patientes à la sortie et le contexte de la césarienne

Satisfaction à la sortie	Contexte de la césarienne		Total
	Programmée	Urgence	
Satisfaite	69(29,5%)	150(64,1%)	219(93,6%)
non satisfaite	15(6,4%)	0	15(6,4%)
Total	84(35,9%)	150(64,1%)	234(100%)

Khi-deux de Pearson=28,620 ddl=1 P=0,00

Tableau XL: Relation entre la satisfaction des patientes à la sortie et la relation patiente-prestataire

Satisfaction à la sortie	Relation patiente-prestataire			Total
	Bonne	Mauvaise	Sans avis	
Satisfaite	149(63,6%)	6(2,6%)	64(27,4%)	219(93,6%)
Non satisfaite	00(00%)	00(00%)	15(6,4%)	15(6,4%)
Total	149(63,6%)	6(2,6%)	79(33,8%)	234(100%)

Khi deux de Pearson=31,446 ddl=2 P=0,00

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1-Approche méthodologique :

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

2-Fréquence :

Du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2019 soit en 6mois, nous avons réalisé 277 césariennes sur un total de 1845 accouchements dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf CII. La fréquence des césariennes dans notre étude, a été de 15,01%. Parmi ces 277 césariennes, 234 patientes ont accepté de participer à cette étude soit une fréquence de 84,5%.

Notre fréquence est supérieure à celle de Mariko S [28] qui a trouvé que la fréquence des césariennes était de 14,6%. Par contre elle est inférieure à celle de Korenzo M [30] qui a trouvé 15,56%.

Notre résultat s'explique par la délocalisation du centre de santé de référence dans un quartier peu fréquenté et d'accès difficile.

3-Indication de la césarienne :

Dans notre étude les indications de césarienne étaient dominées par la souffrance fœtale aigue dans 39,7% suivi respectivement de l'utérus tricatriciel, de l'utérus bicatriciel, de l'hématome rétro-placentaire, de présentation de siège chez une primigeste soit 17,9% ; 9,4% ; 7,6% ; 4,3%. Ce résultat est inférieur à celui de Sangaré F [29] qui a rapporté 48,4% des cas de souffrance fœtale aigue.

4-Profiles sociodémographiques et clinique des patientes

La tranche d'âge 20 à 34 ans était la plus représentée avec 53%. Traoré D [27] avait trouvé 79% dans la même tranche d'âge comprise entre 20 et 34.

Notre résultat pourrait s'expliquer que cette tranche d'âge constitue la période optimale chez la femme pour procréer qu'elle soit mariée ou célibataire.

Les femmes mariées étaient les plus représentées dans 79,1% de cas.

Le vécu de la césarienne par les femmes au CS Réf de la commune II

Plus de la moitié des patientes soit **63,7%** des cas étaient des femmes au foyer, suivies des commerçantes avec **19,2%**. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que dans notre société, généralement la place de la femme reste dans le foyer.

Près de la moitié soit **46,6%** des patientes n'étaient pas scolarisées. Ce résultat est inférieur à celui de **Mariko S** [28] qui a rapporté 95,8%. Cette différence pourrait s'expliquer par le manque d'intérêt de la population à la scolarisation de la femme.

Plus de 2 /3 des patientes soit **73,5%** n'avaient aucun antécédent chirurgical par contre **Traoré D** [27] a rapporté 97,9% de cicatrice utérine. Cette différence pourrait s'expliquer par l'amélioration de la prise en charge des femmes en travail d'accouchement.

Dans notre étude **77,4%** des patientes étaient des Paucipares suivies respectivement des multipares et des grandes multipares représentaient respectivement 16,2% et 6,2%.

Plus de 80% soit **86,3%** des patientes ont fait des consultations prénatales.

Dans plus de la moitié des cas soit **64,1%** des cas les prestataires étaient des gynécologues-obstétriciens suivi respectivement des sages-femmes, des médecins généralistes et de grossesse non suivi soit 18%, 4,2%, et 13,7%.

5-Vécu de la césarienne :

5-1 Conditions d'accueil de la patiente en salle d'accouchement

En première ligne dans la prise en charge des urgences obstétricales, le premier examen en salle d'accouchement a été fait par les internes dans 44% des cas suivi des médecins dans 37,6% des cas et des sages-femmes dans 18,4%.

Dans plus de la moitié des cas soit **52,1%** des cas l'examineur ne s'est pas présenté à la patiente. Le fait de se présenter aux patientes avant de procéder à l'examen permet de créer une bonne relation prestataire patiente, elle permet aussi de rassurer les patientes.

L'intimité des patientes a été respectée dans **77,8%** des cas en salle d'accouchement.

Dans notre étude, le comportement du personnel de santé de la salle d'accouchement a été jugé bon par les patientes dans **64,1%** des cas alors que 35,9% n'ont pas donné leur avis sur cet aspect.

Plus de la moitié de nos patientes soit **80,8%** ont été satisfaites après l'examen d'entrée contre **19,2%** qui n'ont pas été satisfaites.

La césarienne a été réalisée en urgence dans **64,1%** des cas de nos césariennes contre **35,9%** de césarienne programmée.

L'annonce de l'indication de la césarienne a été faite par les médecins dans **49,1%** des cas, les sages-femmes dans 24,4% des cas et par les internes dans 21% des cas.

Les réactions des patientes à l'annonce de la césarienne ont été dominées par la peur de l'intervention dans 53,8% des cas, la tristesse de ne pas pouvoir accoucher par voie basse dans 25,2% et le soulagement dans 21% des cas. Les différentes réactions peuvent s'expliquer par le fait que malgré les avancées en matière de césarienne, cette intervention encore mal perçue par la majorité de la population malienne. En effet, beaucoup voient les femmes césarisées comme des incapables d'accoucher par voie basse, des femmes qui ne veulent pas fournir beaucoup d'efforts ou qui ne veulent pas supporter la douleur de

l'accouchement. Pour certaine une personne opérée, est une personne diminuée pour toujours et pour d'autres la césarienne constitue une solution de facilité pour le personnel de santé. Le sentiment de soulagement signalé par certaines patientes s'explique par le fait que le plus souvent la plupart d'entre elles avait transité par les structures de premier niveau avant d'être évacuées dans notre centre.

L'annonce de la césarienne a été suivie d'une préparation psychologique en vue de rassurer les patientes dans **94,4%** des cas .Cette préparation a consisté à donner des explications sur l'indication de la césarienne dans 53% des cas, et de la possibilité d'accoucher par voie basse après césarienne en absence d'indiction absolue. Toute ces explications permettent de rassurer les patientes et jouent un rôle de rassurer les patientes et jouent un rôle important sur le vécu de la césarienne. Dans **5,6%** des cas les patientes ont déclaré n'avoir reçues aucune préparation psychologique.

L'explication donnée en salle d'accouchement a été dominée par l'explication donnée sur l'indication de la césarienne chez plus de la moitié des patiente soit **53%**.Ce résultat pourrait expliquer l'importance de savoir l'indication de la césarienne par les patientes qui joue un rôle important pour le bien vécu la de césarienne.

5-2 Conditions de transport

Plus de la moitié soit **53%**des patientesont raconté avoir marchéjusqu'au bloc sur une distance de 100 mètre environ ; suivi respectivement des patientes qui ont été transporté par une chaise roulante et de brancard dans **43,6%** et **3,4%** des cas.

L'intimité des patientes a été respectée dans 100% durant le transport pour le bloc opératoire cours du transport.

5-3 Vécu de la césarienne au bloc

L'anesthésie a été faite par les assistants médicaux dans **83,3%** des cas et par un médecin anesthésiste réanimateur dans 16,7% des cas.

Plus de la moitié des patientes soit **59,4%** ont déclaré avoir reçues des explications sur le type d'anesthésie et les effets secondaires potentiels des produits anesthésiques. Par contre 40,6% des patientes ont signalé n'avoir pas bénéficiées de ces explications.

La césarienne a été réalisée sous rachi-anesthésie dans **80,3%** des cas et sous anesthésie générale dans 19,7% des cas. Ce résultat est supérieur à celui que **MARIKO S** [28] a rapporté 100% d'anesthésie générale. Ceci s'explique par l'amélioration du plateau technique en termes d'anesthésie loco-régionale.

Les césariennes ont été réalisées par les médecins généralistes dans **53,4%** des cas et les gynécologues obstétriciens dans **46,6%** des cas.

La durée prévisionnelle de l'intervention n'a pas été expliquée dans **55,1%** des cas.

La naissance du nouveau-né est un moment privilège lors de l'accouchement. Cet effet, de voir et de toucher son nouveau-né juste après sa naissance est un moment inoubliable pour les patientes. Dans notre étude, **70,5%** des cas des patientes ont signalé avoir vu leurs nouveau-nés au bloc opératoire.

Les réactions des patientes à la vue de leurs bébés ont été la joie dans **68,4%** des cas mais dans 2,1%, elle déclare n'avoir ressenti aucun sentiment particulier.

Concernant le personnel du bloc opératoire, **77,4%** des patientes pensent qu'ils ont un bon comportement alors que 22,6% pensent le contraire.

L'intimité des patientes a été respectée dans **90%** des cas en salle d'opération. C'est-à-dire le respect du corps humain selon la déontologie médicale.

5-4 Vécu de la césarienne au cours de l'hospitalisation

Les patientes ont reçu des explications sur la durée d'hospitalisation dans **52,6%** des cas.

Le vécu de la césarienne par les femmes au CS Réf de la commune II

Les patientes ont reçu des explications sur les soins postopératoires dans **89,7%** des cas.

La relation patiente-prestataire a été déclarée bonne dans **63,7%** des cas et mauvaise dans 2,5% des cas.

Dans notre étude, la satisfaction des patientes a été de **93,6%** des cas à la sortie au service.

Le vécu de la césarienne a été jugé bon par **85,5%** des patientes alors que pour 14,5% des patientes la césarienne a été un acte traumatisant.

Il y a une relation statistiquement significative entre l'antécédent chirurgical des patientes et la réaction des patientes après l'annonce de la césarienne avec le test exact de Fisher=84,95 P=0,00.

La différence statistique est significative entre l'antécédent obstétrical et la satisfaction des patientes à la sortie avec le test exact de Fisher=99,984 P=0,00

Il y a une relation statistiquement significative entre le comportement du personnel et la satisfaction des patientes à la sortie avec Khi-deux =28,620 ddl=1 P=0,00.

La différence statistique est significative entre l'examineur et la satisfaction des patientes après l'examen d'entrée avec Khi-deux=200,229 ddl=2 P=0,00.

Il y a une relation statistiquement significative entre le contexte de la césarienne et la satisfaction des patientes à la sortie avec Khi-deux=28,620 ddl=1 P=0,00.

Il y a une relation statistiquement significative entre la relation patiente prestataire et la satisfaction des patientes avec Khi-deux=31,446 ddl=2 P=0,00.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

-CONCLUSION :

Le vécu est avant tout une notion subjective, il est donc propre à chaque femme selon son histoire, sa culture, et les évènements qui l'entoure. Il dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer le niveau d'instruction, la qualité du suivi prénatal, la relation patiente-prestataire, de la qualité de la préparation psychologique avant, pendant et après l'intervention et des soins reçus.

Les réactions des femmes face à l'annonce d'une césarienne imminente sont diverses, parfois c'est la panique qui l'emporte, tandis que pour d'autres femmes, c'est plutôt le soulagement après un travail interminable. Le rôle des prestataires de santé est de rassurer, soutenir et accompagner les femmes afin d'avoir le meilleur vécu possible de la césarienne.

-RECOMMANDATIONS :

Aux Ministère de la santé

Inciter chaque aire à développer leur moyen d'évacuation en élaborant une politique (chaque aire/une ambulance).

Plaidoyer auprès des partenaires pour les investissements (plateau technique et moyens de communication).

Sensibiliser la population de venir faire les consultations prénatales.

Rendre facile l'accès du CSRéf à la population.

Aux personnels

De faire une préparation psychologique chez toutes les femmes enceintes au cours des consultations prénatales sur l'accouchement normal et le risque possible de césarienne.

De faire une consultation pré-anesthésiste chez toutes les femmes enceintes au cours des consultations prénatales.

Référer à temps au cours des CPN les grossesses pathologiques vers les CSRéf.

Aux gestantes

De venir à temps au centre de santé dès le début du travail d'accouchement.

De suivre correctement les consultations prénatales.

VIII. BIBLIOGRAPHIE :

- 1 Soumare H.** Complications maternelles infectieuses bactériennes post césariennes. Thèse de médecine Bamako ; 2006 ; n 352
- 2 Léroy F.** Histoire de naître de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. De Boeck et Larcier : Bruxelles, 2002 ; p456.
- 3-Clement M.** Indication de césarienne dans les grossesses uniques dans deux pays danois avec un taux de césarienne différent. Acta obstetric and gynaecological Scandinavia 1994; 73(2) : 129-135.
- 4-Melchior J, Bernard N, Raoul A I.** Évolution des indications de césariennes mises à jour en gynécologie et obstétrique. Vigot, Paris 1988, 319- 337.
- 5-Koné A.** facteurs de risque des complications maternelles post-césariennes à l'hôpital Gabriel Touré et au Point G. Thèse de médecine 2004 ; n° 67 : 84-43.
- 6-Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. 6^{ème} éd ; Masson : Paris, n 2004 ; 137-419.
- 7-Stark M.** Technique de césarienne: la méthode Misgav Ladach. In: Pop King D.R. Peddle L. J. Women health to day. Perspectives on cure research and clinical practice 1994 ; 81-85.
- 8-Touré L.** les infections du site opératoire à l'hôpital du Point G. Thèse de médecine : Bamako 2004 ; M-54.
- 9-Liabsuetrakul T.P. Lunbigana, V. chongsuvivatwarg, Boonsom and P.Wannaro.** État actuel de l'utilisation prophylactique de l'agent antimicrobien pour la césarienne en Thaïlande. J.obstet. Gyneacolres octobre 2002 ; n°5 : 262-268
- 10-Stringer J. Reveillez D. J. Goldberg R.L.** livraison césarienne prophylactique pour la prévention de transmission du virus de l'immunodéficience humaine prénatale : les cas pour retenu. J. EST Med Assoc 1999; n° 281: 1946-1949

11. **World Health Organization:** CDS INAS Bulletins 1995 – 2003. WHO;
12. **Royal College of Obstetricians and Gynecology.**National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Cesarean section: Clinical Guidelines. London: Royal College of Obstetricians and Gynecology; 2004. 2004.
13. **Arias E, MacDorman MF, Strobino DM, Guyer B.** Annual summary of vital statistics 2002. Pediatrics 2003; 112(6) :1215–30.
14. **Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E.**Taux de césarienne et mortalité maternelle et néonatale dans les pays à revenu faible, moyen et élevé: une étude écologique. Birth Berkeley Calif. 2006 Dec; 33(4):270–277.
15. **Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR.**La tendance à la hausse des taux de césariennes: estimations mondiales, régionales et nationales: 1990-2014. PloS One. 2016 ; 11(2): e0148343.
16. Direction générale des études et des statistiques sectorielles, UNICEF. Annuaire statistique 2013. 2014.
17. **Dumont A, de Bernis L, Bouvier-Colle MH, Bréart G.**Groupe d'étude MOMA. Taux de césariennes pour l'indication maternelle en Afrique subsaharienne: une revue systématique. Lancet. 2001 ; 20 ; 358(9290) :1328–33.
18. **Okonofua F.**Optimiser les taux de césariennes en Afrique de l'Ouest. Lancet. 2001 ;20 ; 358(9290) :1289-95.
- 19.**El-Khoury M, Hatt L, Gandaho T.** Exemptions des frais d'utilisation et équité dans l'accès aux césariennes: une analyse des données d'enquête auprès des patients au Mali. Int J EquityHealth 2012 ;29 ; 11 :49.
- 20.**Witter S, Dieng T, Mbengue D, Moreira I, De Brouwere V.** La politique nationale de livraison gratuite et de césarienne au Sénégal: évaluation du processus et des résultats. Health Policy Plan. 2010; 25(5):384–92.

- 21. Calverton MD.** ANSD and ICF International. Agence. Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], ICF International. 2012. Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Calverton (MD) : ANSD and ICF International. 2012.
- 22.** Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), Ministère de l'Économie et des Finances Ouagadougou, Burkina Faso. BURKINA FASO Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010-2012 ; p135.
- 23. Briand V, Dumont A, Abrahamowicz M, Sow A, Traore M, Rozenberg P, et al.** Résultats maternels et périnataux par mode d'accouchement au Sénégal et au Mali: une enquête épidémiologique transversale. PloS One. 2012 ; 7(10) : e47352.
- 24. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al.** Taux de césarienne: analyse des estimations mondiales, régionales et nationales. PaediatrPerinatEpidemiol 2007; 21(2) :98–113.
- 25.** Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003. Calverton, Maryland, USA; 2004.
- 26. Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine : Paris, 1996: p383-399.
- 27. Traoré D.** Césarienne prophylactique au CS Réf commune II. Thèse Med Bamako 2013 ; N°337.
- 28. Mariko S.** Complications maternelles de la césarienne au centre de santé de référence de Koutiala. Thèse Med Bamako 2008 ; N°546.
- 29. Sangaré F.** Etude prospective des complications infectieuses post césarienne au centre de santé de référence de Bougouni. Thèse Med Bamako 2008 ; N° 565.
- 30. Korenzo M.** Etude de la césarienne à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako du 1er Janvier au 31 Décembre 2012. Thèse Médecine Bamako 2015 ; n°1.

Annexes

FICHE D'ENQUETE

Q1= Age : 1-age ≤19ans 2-age entre : 20 à 34ans 3-age > 35 ans

Q2= Résidence : 1-communeII2-autres communes3-Hors Bamako

Q3= Profession /...../ a- Aide-ménagère b- Ménagère
c- Salariée d- Elève ou Etudiante e- Autres à préciser
/...../

Q4= Ethnie : a-Bambara b-Soninké c-Minianka d-Autres à préciser

Q5= Niveau d'instruction/...../ a- Primaire b-
Secondaire c- Supérieur d- Non Scolarisée

Q6= Statut Matrimonial/...../ a- Mariée b- célibataire

Q7= Médicaux /...../ a- anémie b-
HTA c- Drépanocytaire d- Diabète e- Autres à
préciser/...../ f-Aucun

Q8=chirurgicaux a-césarienne b-Salpingectomie c-
Myomectomie d-Aucun

Q9=ATCD gynéco-obstétrique : a-gestité :..... b-parité :..... c- Nombre
d'enfants vivants/...../ b - Nombre d'enfants c-décédés/...../ d-
Nombre d'avortement/...../

Q10=indication de la césarienne :

Q11= Opérateur/...../ a- spécialiste b- généraliste c-
interne

Q12= Condition césarienne/...../ a- programmée b- urgence

Q13= césarienne :

1-programmée :

-Motif de la césarienne :

2-urgence :

2-0-A son admission dans la salle d'accouchement un
personnel est venu se présenter avant de l'examiner : a-oui :...,b-non :.....

Si oui lequel : 1-médecin 2-sage- femme 3-etudiant

2-0-1-A-t-elle-été rassurée après cet examen : oui ou non

2-1-Moment de l'information :

2-1-1-Avant travail :

2-1-2-Pendant travail :

-Pourquoi la césarienne :

2-2-Qui a donné l'information :

a-Sage-femme :

Le vécu de la césarienne par les femmes au CS Réf de la commune II

b-Médecin :

c-Infirmier :

d-Interne :

2-3-D'autres information en plus de l'annonce de la césarienne :

2-4-Quel sentiment : a-peur = b-tristesse= d'échec voie basse=

2-5-Travail :

a-Dès son admission, b-Après un délai d'observation,

c-Si délai quel est la durée :

2-6-comment a-t-elle été conduite au bloc :

2-6-1 a- Marché pour aller au bloc :.... b-Chaise roulante :..... c-
Brancard :.....

2-6-2-Accompagné par qui :

a-Médecin,

b-Infirmier, c-Sage-femme, d-Interne :

2-6-3-A-t-elle eu des paroles pour la rassurer :-oui : (.....)

-non :(.....)

Si oui préciser :

2-6-4-Pendant le transport :-Couverte : -oui :(.....) -non :(.....)

3-TYPE D'anesthésie : 3-1-Anesthésie générale, 3-2-Rachi-Anesthésie :

4-Ressent une douleur au cours de l'anesthésie :-oui (.....),-non :(.....)

5-Explications de l'anesthésie : oui, Non : (.....)

6-Ya-t-il eu des présentations de la part du personnel : -oui, -non :

Si oui préciser :

7-Deroulement de la césarienne :

*Explications de la pratique de la césarienne :

-Durée de l'acte :-oui ;-non :.....

Si oui préciser :

-Caractère de la douleur :-oui :.....

-non :.....

-Durée de l'hospitalisation :-oui :.....

-non :.....

-Intimité respectée au bloc op :- oui :.....

-non :.....

-Est-ce que quelqu'un lui a crié dessus :-oui :....-non :.....

*Pendant la césarienne :

-Ressenti de la douleur :-oui :...., -non :.....

Le vécu de la césarienne par les femmes au CS Réf de la commune II

-Reste éveillée pendant toute la durée de la césarienne :-oui ..., -non :.....

*Ecouter son nouveau-né crier à la sortie :-oui :..., -non :.....

Si oui quel sentiment :

*Présenté son nouveau-né :-oui :..., -non :.....

-Si oui quel sentiment :

-Si non quel sentiment :

*Séjour :

-Douleur ressentie :-oui....., -non :.....

-Explications pour les suites opératoires : Mobilisation, Alimentation,
Allaitement

-Rapport avec le personnel : -Bien,-Mauvais,-San avis

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Mamadou

Titre : Le vécu de la césarienne par les femmes : au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Année de soutenance : 2018-2019

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'Origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et D'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynéco- Obstétrique

RESUME :

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive; du 1^{er} janvier au 30 juin 2019 soit en 6 mois nous avons réalisé 277 césariennes sur un total de 1845 accouchements dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf CII. La fréquence des césariennes dans notre étude, a été de 15,01%. Parmi ces 277 césariennes ,234 patientes ont accepté de participer à cette étude soit une fréquence de 84,5%.

La souffrance a été la 1^{ère} cause de césarienne avec une fréquence relative de 39,7% de cas.

Le vécu de la césarienne été juge bon par 85,5% des patientes

Les cas Eclampsie/Pré éclampsie ont été évacués de notre centre d'étude par absence de fonctionnalité du service de réanimation.

Le dispositif intra-utérin per-césarienne a été le geste associé à la césarienne n'a pas été mentionné.

L'hystérectomie ; la ligature des trompes ; la kystectomie de l'ovaire ; la myomectomie n'ont pas été mentionnés comme intervention associée au cours de la césarienne.

Le vécu de la césarienne par les femmes au CS Réf de la commune II

L'amélioration de ces résultats nécessite le concours de chacune des composantes de la société.

LES MOTS CLES : césarienne ; vécu ; fréquence ; indications.

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