

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Ministère de l'Éducation

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année scolaire 2005 -2006

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

N° _____/

**LA CÉSARIENNE DE QUALITE AU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU
DISTRICT DE BAMAKO A PROPOS DE 400 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../ 2006
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

PAR

Monsieur Seybou CISSE

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

Jury :

Président : Professeur Mamadou TRAORE

Membre : Professeur Salif DIAKITE

Co-Directeur de thèse : Docteur Boubacar TRAORE

Directeur de thèse : Professeur SY Aïda SOW

Présentée et soutenue par : *Monsieur Seybou CISSE*

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Reanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié Sanogo	Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGODOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

3. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Malacologie – Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A Théra

Biochimie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie/ Virologie
Anatomie pathologie
Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO
Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Djbril SANGARE
Mr Mouctar DIALLO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Bocary Y. SACKO

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie/ Parasitologie
Immunologie
Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAÏGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA

Médecine Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie Hépatologie
Dermato-Léprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE

Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE
Mr Sahare FONGORO

Radiologie
Néphrologie

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boukassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique Chef de D.E.R
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Bio-statistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Pr. Eric PICHARD

Pr. Mounirou CISSE

Pr Amadou Papa Diop

Pathologie Infectieuse

Hydrologie

Biochimie

DEDICACE

A ALLAH

Le tout Puissant, le très miséricordieux qui dit : « Nulle divinité que lui, le connaisseur de l'invisible tout comme du visible ; c'est à lui toutes nos louanges.

Tu as voulu faire de moi ce que je suis aujourd'hui .Que ta volonté soit faite.
Amen

Je dédie affectueusement ce travail :

➤ A ma mère, DEMBELE Fatoumata

Tu as toujours été là quand nous avons eu besoin de toi .Ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut .Tu es toujours prête à tout sacrifier pour que nous, tes enfants devenions meilleurs.

Tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel , ce travail est le fruit sans cesse renouvelé .Maman qu'est ce qu'un fils peut offrir de plus à sa mère en signe de gratitude et de reconnaissance que son affection .Aucun mot ne saurait traduire l'abondance de mon cœur .

Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir.

Puisse Dieu te garder encore longtemps à nos cotés.

Amen.

➤ A mon père, Madani CISSE

Tu as su créer en nous l'amour du travail bien fait .Tes conseils ont portés fruits .Nous avons su que la rigueur avec laquelle tu nous a guidé valait la peine.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un digne père et sans pareil.

Que Dieu te récompense et te garde encore longtemps parmi nous.

Amen.

➤ A mes Frères et Sœurs : Ismaila, Mariam, et Amadou

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance.

L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

REMERCIEMENTS

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils.

Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de santé de ta population.

A mon pays natal, le Mali

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction.

Tu m'as donné un savoir incommensurable. Profonde gratitude

A la Faculté de médecine, de pharmacie, et d'odontostomatologie du Mali

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis

A toutes les césarisées et tous les enfants issus d'accouchement par césarienne.

Heureuse est longue vie.

A mes oncles et Tantes.

Recevez à travers ce travail l'expression de mon attachement filial

A mes cousins et cousines

Courage et persévérance pour le maintient éternel de nos liens de sang.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chère

A la famille TRAORE

Affection profonde

A ma grand mère maternelle TRAORE KADIATOU

Tu nous as vu grandir et as su illuminer nos vies avec beaucoup d'amour et de bonheur. Tu as tout enduré dans la vie sans te plaindre un seul instant, nous espérons être digne de toi.

Puisse Dieu te garder encore longtemps à nos cotés.

A mon grand père maternel feu Issa DEMBELE

Je ne vous ai pas bien connu .Vous avez été arraché à notre affection au moment ou je faisais mes premiers pas dans la vie.

J'ai ouie dire de vous des qualités humaines exceptionnelles .Assurément cette empreinte

Guidera ma réflexion tout au long de ma vie.

Qu'Allah le tout puissant vous garder dans sa miséricorde .Amen

A ma grand mère paternelle Nah DIARRA

Tu nous as été arraché au moment ou nous y attendons le moins .Tu n'as pas vu ce travail telle est la volonté de Dieu .Tu resteras à jamais graver dans nos cœurs .Que ton Ame repose en paix. Amen

A mon grand père paternel Seybou CISSE

Mon homonyme, tu nous as été arraché au moment ou nous attendons le moins. Tu n'as pas vu ce travail telle est la volonté de Dieu. Tu nous as vu grandir et as su nous guider dans la voie à suivre.

Votre générosité a été un sacrifice pour l'avenir de vos petits fils.

Puisse ce modeste travail vous combler là ou vous êtes.

Repose en paix .Amen

Aux médecins de CSCOM de la commune VI

Vous nous avez guidé et soutenu tout au long de notre formation.

Merci infiniment.

A mes camarades de promotion du CSRef de la commune VI

Dr Diassana mama, Dr jean Paul Djoufack, Abdou laye N Coulibaly, Abouzeidi A Maiga, Hamidou Dicko. Merci pour ces moments passés ensembles.

A mes cadets Internes du CSRef C VI

Courage et persévérance.

Au laboratoire Sandoz

Merci pour le soutien

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune VI

Médecins, Sages femmes, Infirmiers, Aides soignantes, Chauffeurs, Manœuvres et Gardiens .Nous formions une véritable famille, merci pour toutes ces connaissances acquises.

A Maître Amadou Boury

Plus qu'un ami, tu es un frère. Nous avons partagé tant de moments de joie et de peine.

Ce travail est le fruit de notre acharnement quotidien.

A mes compagnons de galère : Dr traoré kalifa, Dr dissa labassou, Dr Sanogo chaka, Gada coulibaly, Moussa N Dembele, Abdoulaye Diamoutene, Gassaga Sissoko.

Les sacrifices valaient la peine

A Boubacar GUINDO

Pour le service rendu

A tout ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et que nous avons omis de citer.

Nous les remercions de tout notre cœur.

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

A

NOS MAITRE DE LA FMPOS

En plus du savoir, vous nous avez appris le savoir faire et le savoir être. Nous sommes fiers d'être votre élève.

Vous nous avez donné une formation de qualité. Nous n'oublierons jamais le déroulement, l'honnêteté intellectuelle et la rigueur avec lesquels vos enseignements étaient dispensés.

Soyez assurés de notre respectueuse considération et de notre profonde reconnaissance.

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

A

NOS MAITRE ET JUGE

De Bon Cœur, vous avez accepté de juger ce travail.

Vos remarques et vos critiques seront les biens venus et contribueront à ouvrir de nouvelles voies de recherche dans ce domaine.

Nous vous remercions infiniment.

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur Agrégé de Gynéco-obstétrique

Secrétaire Général adjoint de la SAGO

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de ce modeste travail qui nous est agréable de soumettre à votre appréciation.

Tout au long de nos études nous avons appréciés la clarté et l'aisance avec laquelle vous transmettez vos connaissances.

Votre instruction profonde, le talent de votre parole, votre mémoire prodigieuse alliés à vos qualités humaines exceptionnelles font de vous un homme hors du commun.

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre haute considération.

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

A notre Maître et Juge

Professeur Salif DIAKITE

Professeur en Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali.

Gynécologue accoucheur au centre hospitalier universitaire de Gabriel TOURE.

Cher Maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury.

Votre abord facile et la qualité de votre enseignement ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour pour la gynéco obstétrique.

Recevez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

A notre Maître et Co-Directeur de Thèse

Docteur Boubacar TRAORE

Gynécologue-Obstétricien

Médecin-Chef du Centre de Santé de Référence de la Commune VI

Vous avez codirigé ce travail. Nous sommes plus réjouis vous avoir comme Codirecteur de thèse. Les mots nous manquent pour exprimer tout ce que nous ressentons.

Vous nous avez accueilli à bras ouvert dans votre service.

La gynécologie et l'obstétrique que nous y avons découvert avec enthousiasmes sont à l'origine de notre orientation.

Vous nous avez enseigné une attitude simple et réaliste vis-à-vis des malades. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance et de notre attachement respectueux ;

Que Dieu vous aide dans votre tâche

Amen !

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

A notre Maître et Directrice de Thèse :

Professeur SY Aïssata SOW

Professeur en Gynécologie obstétrique à la FMPOS

Chef du service de Gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II.

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et apporté toutes les corrections nécessaires.

Vous êtes restés toujours disponibles et c'est le moment de vous rendre cet hommage mérité.

Le sens très élevé du devoir, l'amour du bien fait, l'amitié profonde pour vos collaborateurs et élèves ont forcé notre estime et admiration.

Veillez trouver ici, cher maître et chère mère, l'expression de notre profonde gratitude et notre reconnaissance éternelle.

Liste des abréviations

AG : Anesthésie Générale
ASACO : Association de santé communautaire
ATCD : Antécédent
B.D.C.F : Bruits du Coeur Foetal
CFA: Communauté Financière Africaine
C.N.T.S:Centre National de Transfusion Sanguine
CPN:Consultation Périnatale
C.S.Com:Centre de Santé Communautaire
CHU:Centre Hospitalo-universitaire
CUD:Contraction Utérine Douloureuses
CSRéf CVI: Centre de Santé de Référence de la Commune VI
CUGO:Cliniques Universitaires de Gynécologie Obstétrique
CUK: Cliniques Universitaire
CIVD:Coagulation Intra Vasculaire Disséminé
DFP:Disproportion Foeto Pelvienne
EMC:Encyclopédie Médico Chirurgicale
ESS: Ecole Secondaire de la Santé
EDSM:Enquête Démographique et de Santé du Mali
FMPOS:faculté de Médecine ,de Pharmacie et d'Odontostomatologie
Fr:Français
FRV:Fistule Recto Vaginale
FVV:Fistule Vésico-Vaginale
Gr:gramme
Gyn:Gynécologie
H:Heure
HRP:Hématome Retro-Placentaire
HTA:Hypertension Artérielle
HGT: Hopital Gabriel Touré
HNPt.G: Hôpital National du Point G
HU:Hauteur Utérine
IMSO:Incision Médiane Sous Ombilicale
IIG:Intervalle Inter Génésique
LDT:Ligature des Trompes
MAF:Mouvements Actifs du Foetus
Mn:minute
Nbre:Nombre
Obst:Obstétrique
OMS: Organisation

PD: Péri Durale

PP: Placenta Praevia

Rev: Revue

RA: Rachianesthésie

RPM: Rupture Prématuration des Membranes

RU: Rupture Utérine

SA: Semaines d'Aménorrhée

SFA: Souffrance Fœtale Aigue

SMIG : Salaire Minimum Inter professionnel garanti

TDC : Technicienne de Développement Communautaire

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	
1. Objectif Général	4
2. Objectifs Spécifiques	4
III. GENERALITES	
1. Rappel anatomique	5
2. La césarienne	10
3. Définitions opératoires	24
IV. METHODOLOGIE	
1. Cadre de l'Etude	28
2. Méthodes	33
3. Matériels	36
4. Méthodes statistiques	36
V. RESULTATS	
1. Résultats globaux	37
2. Résultats analytiques	72
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSION	78
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	79
VIII. REFERENCES	93
IX. ANNEXES	
X. RESUME DE THESE	

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

L'INTRODUCTION

Avec un taux de mortalité maternelle estimé à 1020 décès pour 100.000 naissances vivantes (42), l'Afrique Occidentale représente la région la plus concernée par ce fléau.

Cette situation est révélatrice d'une faible couverture en santé maternelle ; seules en moyenne 60% des femmes enceintes bénéficient de consultations prénatales (souvent de qualité insuffisante), 34% des accouchements sont assistés et 32% ont lieu dans une structure sanitaire (65)

Au Mali, l'estimation directe du taux de mortalité maternelle est de 577 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (21); ce chiffre reste encore trop élevé.

Malgré les efforts importants visant à réduire la mortalité maternelle, ce taux n'a pratiquement pas changé par rapport à celui de 2001 qui était de 582 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (22), la femme malienne continue de payer un lourd tribut lors des grossesses et des accouchements.

A côté des hémorragies, des infections et des états hypertensifs, la dystocie obstétricale occupe une place prépondérante parmi les causes évitables de mortalité maternelle (53 et 15). Dès 1986, avec l'initiative « pour une maternité sans risque » l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) préconisait que la surveillance du travail et la détection précoce des dystocies soient retenues comme l'une des approches les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle (43).

Aussi, en octobre 1997 au Sri Lanka la conférence tenue avec intitulé « L'initiative pour une maternité sans risque : 10 ans d'expérience et de progrès » a permis de renforcer certaines priorités et d'identifier d'autres.

Trois priorités ont été identifiées en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement :

- La ré spécification du contenu et des objectifs de la consultation prénatale

- Le renforcement au niveau des hôpitaux de référence, de la couverture et de la qualité des soins obstétricaux.
- La centralisation de l'évaluation des programmes de santé maternelle sur les indicateurs de processus (notamment la qualité des soins et des services) et les indicateurs de couverture.

La proposition d'utiliser la césarienne comme un indicateur pour évaluer et améliorer de façon substantielle la qualité des soins et des services obstétricaux, répond à ces priorités.

La césarienne est un « moyen » pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

Cette intervention, même dans les situations les plus favorables est toujours associée à un certain risque :

- Dans les pays industrialisés un taux de mortalité maternelle de 0,07 à 0,34% est rapporté dans la littérature.
- Dans de nombreux pays africains comme le Mali, la césarienne constitue une intervention à risque élevé (20).

En agissant sur la qualité de l'offre des soins on peut diminuer ce risque. Le concept de césarienne de qualité pourrait être défini selon DUJARDIN B. comme « une intervention qui profite à toutes les patientes qui en ont réellement besoin avec un risque minimum pour le devenir du couple Mère-Enfant et à un coût abordable pour la patiente et pour le système de santé » (20).

La médecine a toujours évolué vers la recherche d'une qualité de plus en plus élevée. Cette recherche de qualité s'est manifestée par la lutte efficace contre les maladies. Tout comme les entreprises et les grandes institutions (universitaires, politiques et publiques), elle n'a pas échappé à cette évolution vers une qualité de plus en plus compétitive (32). L'évaluation des pratiques médicales est un ensemble de processus pour aider le professionnel de la santé à faire le meilleur choix diagnostique et thérapeutique pour le malade et la société (32).

L'activité d'un service hospitalier peut être évaluée de façon quantitative (étude épidémiologique ou thérapeutique d'une pathologie), économique (soit en appréciant le coût de la prise en charge soit le rapport coût -bénéfice) ; elle peut aussi se faire de façon qualitative (9 et 45). L'évaluation qualitative apprécie aussi les résultats thérapeutiques, les séquelles du traitement et la satisfaction du patient à la fin de son séjour hospitalier (9). Le contrôle de la qualité des soins a pour objectif de réduire ou de supprimer les soins inutiles et d'améliorer la qualité des soins utiles tant dans leur indication que dans leur mise en œuvre (12).

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité dans les établissements de santé comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient, l'assortiment d'acte diagnostique et thérapeutique qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un résultat au moindre risque iatrogène et pour la grande satisfaction du malade, en terme de procédures, de résultats et de contact humains à l'intérieur du système de soins » (24 et 9).

La démarche qualité doit aussi créer pour le personnel soignant un milieu favorable à son épanouissement professionnel et humain.

Il nous a alors semblé utile dans ce travail d'analyser certains facteurs qui déterminent la qualité des prestations de service avec les objectifs précis.

IL OBJECTIFS

1. Objectif Général

- Evaluer la qualité de la césarienne dans le service de gynécologie obstétrique du C.S.Ref C VI du 1^{er} juin 2004 au 31 mai 2005 à propos de 400 cas.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la césarienne pendant la période d'Etude
- Etudier les caractéristiques socio-démographiques des femmes
- Etudier le système de référence dans toutes ses composantes (mode d'admission, délai de prise en charge, motif de référence/Evaluation coût de la césarienne).
- Identifier les indications de la césarienne
- Déterminer le niveau de qualités de la césarienne dans le C.S.Ref C VI
- Formuler des recommandations pour améliorer davantage la qualité de la césarienne.

III. GENERALITES

1. RAPPEL ANATOMIQUE

1.1 L'utérus non gravide

L'utérus est un organe musculaire creux destiné à recevoir l'œuf fécondé, à le contenir pendant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

1.1.1 Description

L'utérus siège dans le petit bassin et a la forme d'un cône tronqué, aplati d'avant en arrière, en haut et cylindrique en bas. Il est sous le péritoine entre la vessie et le rectum et au dessus du vagin. Il comprend :

- un corps qui est aplati
- un bord droit et un bord gauche dont la partie supérieure de chacun porte une trompe au bout de laquelle adhère un ovaire
- un col, qui est cylindrique, pendant dans le vagin et portant un orifice cervical

Normalement, l'utérus est en antéflexion et antéversion.

Chez la multipare, sa hauteur est de 7-9 cm, sa largeur de 4 cm et son épaisseur de 3 cm. Il pèse 50 g. Sa capacité est de 2 à 3 ml.

L'utérus comprend trois tuniques qui sont de dehors en dedans : la séreuse, la musculuse ou myomètre, la muqueuse ou l'endomètre.

1.1.2. Les moyens de fixité de l'utérus

Il s'agit de ligaments. Ce sont essentiellement :

- Le ligament rond
- Le ligament large
- Le ligament utéro-ovarien
- Le ligament utéro-sacré
- Le ligament vésico-utérin

1.1.3. La vascularisation de l'utérus

Elle est :

- Artérielle : assurée par l'artère utérine qui naît de l'artère iliaque interne
- Veineuse : constituée par deux voies veineuses, une principale et l'autre accessoire
- Lymphatique : se draine surtout le long des vaisseaux lombo-ovariens pour aller dans les ganglions latéro-aortiques.

1.2 L'utérus gravide

Au cours de la grossesse, l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa forme, ses propriétés physiologiques et sa réactivité. L'utérus est pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du 2^{ème} mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

Selon Merger les dimensions sont les suivantes :

	Hauteur	Largeur
A la fin du 3 ^{ème} mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6 ^{ème} mois	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22 cm

Le col utérin se modifie peu en dehors des changements liés à l'imbibition gravidique, le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse.

La particularité de l'utérus gravide est l'apparition au dernier trimestre du segment inférieur, entité anatomique développée au niveau de la région isthmique. Du point de vue anatomique, son origine, ses limites, sa structure faisant l'objet de discussion entre les auteurs, nous nous limiterons à rappeler ses rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications per- opératoires :

- En avant :
 - Le péritoine vésico-utérin épaissi par l'imbibition gravidique et facilement décollable.

- La vessie, qui même vide reste au dessus du pubis. Elle est décollable et peut être refoulée vers le bas.
- Latéralement : la gaine hypogastrique contenant les vaisseaux de l'utérus, croisés par l'uretère.
- En arrière : c'est le cul-de-sac de Douglas séparant le segment inférieur du rectum et du promontoire.

1.3 Rappels anatomiques du bassin : le canal pelvi-génital

Il comprend 2 éléments :

- Le bassin osseux
- Le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée

1.3.1 Le bassin osseux :

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs ; constitué par les 2 os iliaques en avant et latéralement, et par le sacrum et le coccyx en arrière. Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison, nous ne décrivons ici que le petit bassin. Celui-ci est formé de 2 orifices supérieur et inférieur séparés par une excavation.

1.3.1.1 Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur

C'est le plan d'engagement de la présentation, séparant le petit bassin du grand bassin.

- Limites :

- En avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.
- De chaque côté : les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés.
- En arrière : le promontoire.

- Les diamètres du détroit supérieur :

- ❖ Les diamètres antéropostérieurs : on distingue

- Le promonto-suspubien = 11 cm
- Le promonto-retropubien = 10,5 cm
- Le promonto-souspubien = 12 cm
- ❖ Les diamètres obliques : allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12 cm.
- ❖ Les diamètres transversaux : le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 13 cm.
- ❖ Les diamètres sacro-cotyloïdiens : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurent chacun 9 cm.

1.3.1.2 **L'excavation pelvienne**

«Elle a la forme d'un tronc de tore » dont le grand axe de l'orifice supérieur est transversal et celui de l'orifice inférieur est antéro-postérieur. Ses limites sont :

- en avant : la face postérieure de la symphyse pubienne et des corps du pubis
- en arrière : la face antérieure du sacrum et du coccyx
- latéralement : la face quadrilatère des os iliaques

L'excavation est le lieu de descente et de rotation du fœtus.

1.3.1.3. **Le détroit inférieur ou l'orifice inférieur**

Il constitue le plan de dégagement de la présentation.

- Limités :

- en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne
- en arrière par le coccyx
- latéralement d'avant en arrière par, les bords inférieurs des branches ischio-pubiennes, des tubérosités ischiatiques et des ligaments sacro-sciatiques.

- Les diamètres du détroit inférieur :

- Le diamètre sous-coccy-sous-pubien est de 9,5 cm mais, peut atteindre 11 à 12 cm en rétro pulsion
- Le diamètre sous-sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm

Nous avons ainsi les différents éléments constitutifs du bassin obstétrical normal. D'un point de vue synthétique il existe des variations morphologiques explicitées par CALDWEL, MOLOY, THOMS et autres... Au-delà de ces variations physiologiques, se trouvent les modifications pathologiques liées aux rétrécissements prononcés, isolés ou globaux des diamètres du bassin

1.3.2 Le Diaphragme pelvi-génital

Le diaphragme pelvien principal :

Il est constitué par le releveur de l'anus, c'est un muscle pair qui forme avec celui du côté opposé et avec les deux muscles ischio-coccygiens en arrière le plancher du bassin ou diaphragme pelvien principal.

Le bord interne du releveur de l'anus, recouvert par l'aponévrose pelvien répond en bas, sur un plan un peu inférieur à lui, au diaphragme pelvien accessoire.

Le diaphragme pelvien accessoire :

C'est un ensemble musculo-aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne.

C'est le périnée anatomique. Il se divise en :

- périnée postérieur qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus et en arrière un ensemble musculaire se joignant sur le raphé ano-coccygien
- périnée antérieur qui comprend les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires et le moyen fibreux central.

Il faut surtout retenir que les importants délabrements périnéaux réparés peuvent conduire à la césarienne car l'accouchement par voie basse risque de produire des lésions.

2. LA CESARIENNE

2.1 Historique

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

Le fait que l'intervention est très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique. Les noms d'INDRA, de BOUDDHA, de DIONYSOS, d'ESCUAPE (la liste ne saurait être exhaustive) lui sont rattachés. Ce mode de naissance étant synonyme de puissance, de divinité ou de royauté. L'association de l'intervention à cette mythologie, crée un terrain de discussion quant à l'origine du mot, bien qu'elle dériverait étymologiquement du latin « CAEDERE » qui signifie couper.

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

Après cette période légendaire, la seconde étape de la césarienne dure environ trois siècles de 1.500 à 1.800, durant lesquels, elle apparaît comme un véritable pis-aller à cause de l'incertitude qui la caractérisait. Les faits marquants cette période sont :

- 1500 : Jacob NÜFER, châtreur de porc, suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.
- 1581 : François ROUSSET publie le « Traité nouveau d'hystérotomie ou enfantement césarien » qui est le premier traité sur la césarienne en France.
- 1596 : MERCURIO, dans « la comore o'rioglitrice » préconise la césarienne en cas de bassin barré.
- 1721 : MAURICEAU, comme AMBROISE PARE dans un second temps condamne la césarienne en ces termes : « cette pernicieuse pratique

empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi fatale de la femme.

Durant la 2^e moitié du 18^e siècle BAUDELOCQUE fut un grand partisan de la césarienne.

- 1769 : première suture utérine par LEBAS au fil de soie.
- 1788 : introduction de l'incision transversale de la paroi et de l'utérus par LAUVERJAT.
- 1826 : césarienne sous péritonéale par BAUDELOCQUE.
- 1876 : introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie de l'hystérotomie en bloc après la césarienne par PORRO qui pensait ainsi lutter contre la péritonite, responsable de la plupart des décès. La mortalité maternelle était de 25% et de 22% pour l'enfant sur une série de 1907 interventions de PORRO effectuées entre 1876 et 1901.

La troisième étape de la césarienne, celle de sa modernisation, s'étale sur un siècle environ. Elle n'aurait pas vu le jour sans l'avènement de l'asepsie et l'antisepsie qui ont suscité des espoirs immenses. De nouvelles acquisitions techniques ont réussi à conférer à l'intervention une relative bénignité :

- Suture du péritoine viscéral introduite par l'américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences.
- Suture systématique de l'utérus par les Allemands KEHRER et SANGER en 1882
- Extériorisation temporaire de l'utérus par PORTES.
- FRANK en 1907, imagina l'incision segmentaire basse et sa péritonisation secondaire par le péritoine préalablement décollé. Ce fut là « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne » selon SHOKAERT, mais sa diffusion fut extrêmement longue car l'habitude est toujours difficile à modifier.
- 1908 : PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains anciens.
- 1928 : découverte de la pénicilline G par Sir Alexander FLEMMING.

2.2 Définition

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après coeliotomie, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale.

2.3. Fréquence

En augmentation régulière depuis le début du siècle, la fréquence des opérations césariennes s'est maintenant stabilisée selon la plupart des auteurs entre 5 et 14%.

Les grandes variations des chiffres fournis par la littérature dépendent essentiellement du degré de risque des effectifs analysés ainsi que des attitudes et des options particulières de chaque obstétricien ou école obstétricale.

2.4. Indications

Comme nous l'avons déjà signalé, les indications de la césarienne sont actuellement très nombreuses. Cet élargissement des indications est dû à plusieurs facteurs : le souci qu'ont les obstétriciens de faire baisser par tous les moyens la mortalité périnatale, l'amélioration des moyens techniques de surveillance de la grossesse et de l'accouchement mais aussi la convenance personnelle.

La fréquence des indications pose alors des difficultés de classification. Celle-ci peut se faire selon la chronologie par rapport au début du travail, selon l'intérêt maternel, foetal ou mixte...

Aucune ne fait certes l'unanimité mais sachant qu'une césarienne repose sur l'association d'indications relatives, c'est-à-dire sur un faisceau d'arguments; nous adopterons la classification analytique.

2.4.1. Les disproportions mécaniques

➤ Les disproportions fœto-pelviennes

Cette notion renferme en réalité 2 entités nosologiques distinctes :

- soit d'une étroitesse du canal pelvi-génital,
- soit d'un excès de volume du fœtus ;

l'une ou l'autre constituant une entrave à la progression du mobile fœtal (49 et 64). La pelvimétrie associée à l'échographie permettent la réalisation du diagramme de MAGNIN, très important dans le pronostic de la traversée par le fœtus de la filière pelvienne.

➤ Les bassins rétrécis :

- bassin ostéomalacique ;
- bassin asymétrique congénital ou acquis
- bassin généralement rétrécis
- Les bassins limites

➤ L'excès de volume fœtal :

il peut être global, c'est le gros fœtus dont le poids est supérieur à 4 kg (35) ; parfois il est localisé.

Les obstacles prævia :

- Kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabé dans le douglas.
- Placenta prævia recouvrant
- Tumeur ou myome prævia

Les présentations dystociques :

- La présentation de l'épaule
- La présentation du front
- La présentation de la face en menton-sacrée

2.4.2. Les dystocies dynamiques

Les dystocies dynamiques pures sont actuellement rares du fait de la meilleure connaissance de leur physiopathologie et de la thérapeutique adéquate qu'on y oppose.

Il faut cependant, avoir à l'esprit que l'arrêt de la dilation au cours du travail d'accouchement peut être la traduction d'une dystocie mécanique parfois difficile à cerner.

2.4.3. Les indications liées à l'état génital

➤ **La présence d'une cicatrice utérine :**

Elle pose le problème de sa solidité et de sa résistance qui est variable selon le moment où la césarienne a été effectuée ou selon qu'elle soit Segmentaire ou corporéale.

L'idée première « One 's a cesarean, always a » est considérée actuellement par la plupart des auteurs comme caduque. Un antécédent de césarienne conduit à une nouvelle césarienne lorsque la cause persiste. Parfois, après vérification de l'état de la cicatrice par l'hystérosalpingographie, lorsqu'elle est suspecte, on tentera l'épreuve sur cicatrice. Cette épreuve doit être abandonnée en cas d'apparition de souffrance fœtale, de signes de pré-rupture, d'arrêt de la dilatation ou de baisse brutale de la pression intra cavitaire au cathétérisme intra-utérin.

Les utérus bi cicatriciels où plus imposent la césarienne. Les cicatrices des sutures utérines pratiquées en dehors de la grossesse (myomectomie, hystéroplastie, etc....) sont en général de bonne qualité mais les circonstances dans lesquelles elles sont effectuées imposent parfois la césarienne prophylactique.

➤ **L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparé :**

Les antécédents de déchirure compliquée du périnée.

➤ **Autres lésions**

- les fistules vésico-vaginales ou recto vaginales.
- Les prolapsus génitaux.

On y ajoute les lésions ou anomalies telles que le cancer du col, les diaphragmes transversaux du vagin, les volumineux kystes vaginaux.

2.4.4. Les Indications liées aux annexes fœtales

- Le placenta prævia conduit à la césarienne dans deux circonstances : soit parce qu'il est recouvrant, soit parce qu'il est hémorragique.
- L'hématome retro-placentaire surtout avec enfant vivant
- La procidence du cordon battant.

2.4.5. Les pathologies gravidiques

Maladies préexistantes aggravées :

- HTA (2 à 9% selon la littérature)
- Cardiopathie sur grossesse
- Diabète
- Autres affections :
 - Les antécédents cérébraux vasculaire ou tumoraux ;
 - Les hémopathies malignes (maladie de Hodgking) ;
 - Les cancers du col constituant un obstacle prævia ;
 - L'ictère avec souffrance fœtale ;
 - La maladie herpétique, vulvo-vaginite ;
 - Les troubles respiratoires avec hypoventilation ;
 - L'allo immunisation foeto-maternelle

Cette liste n'est pas exhaustive, de nombreuses indications circonstanciées existent.

2.4.6. La souffrance fœtale

C'est la première indication pour beaucoup d'auteurs. Elle peut être aiguë ou chronique. Sa fréquence selon la littérature varie de 20 à 25%. Elle est l'une des causes de hausse du taux des césariennes dans le monde. On la rencontre en général dans le cadre d'une pathologie materno-fœtale.

La souffrance fœtale chronique s'observe généralement dans les pathologies avec retard de croissance intra utérin et les dépassements de terme.

La souffrance fœtale aiguë survient au cours du travail d'accouchement. Elle peut compliquer une souffrance fœtale chronique, alors redoutable ; ou être la résultante d'une mauvaise conduite du travail.

Le diagnostic de la souffrance fœtale se fait par l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et par la mesure du potentiel hydrogène intra utérin. Dans notre contexte, le diagnostic de souffrance fœtale se fait par l'appréciation de l'aspect du liquide amniotique et l'écoute des BDCF au stéthoscope de Pinard.

2.4.7. Autres indications fœtales

➤ Les malformations fœtales :

Elles imposent la césarienne lorsqu'elles sont compatibles avec la vie (curables chirurgicalement) et lorsque la voie basse menace la vie du fœtus.

➤ La prématurité :

Elle n'est pas une indication de césarienne en elle-même mais les facteurs associés l'imposent souvent dans l'intérêt du fœtus.

➤ Les grossesses multiples

- Grossesse gémellaires : en l'absence d'une souffrance fœtale chronique c'est le plus souvent la dystocie dynamique du premier jumeau qui conduit à la césarienne ; les télescopages entre les jumeaux et les mauvaises présentations du deuxième jumeau risquant d'entraîner des traumatismes en cas de manœuvre de version, imposent aussi la césarienne.

- Grossesse multiples : (plus de deux fœtus) dans la majorité des cas, elles sont accouchées par césarienne.

➤ L'enfant précieux :

Sans hiérarchisation de la valeur des enfants, cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.

La faible fécondité, les naissances programmées, l'existence de pathologies maternelles limitant les possibilités de grossesse exigent de minimiser les traumatismes obstétricaux dans leurs répercussions fœtales en terminant la grossesse par une césarienne.

2.4.8. La césarienne post-mortem :

Elle repose sur certains principes édités par DUMONT :

- Grossesse d'au moins 28-29 semaines ;
- B.D.C.F présent avant l'intervention ;
- Le délai est d'au plus 20 mn après le décès maternel ;
- La réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la fin de l'intervention.

2.5. Contre-indications

Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'il n'existe pas de contre-indication absolue de la césarienne mais seulement des contre-indications relatives.

THOULON (58) les a résumées en :

- Infection amniotique
- Malformation foétale majeure (anencéphalie, hydrocéphalie)
- La mort in utero et défaut de maturité foétale.

2.6. Modes d'ouverture pariétale :

L'accès à la cavité péritonéale peut se faire classiquement de deux façons :

- Soit par une laparotomie médiane : celle-ci peut se faire de deux manières, en sous ombilicale ou en sus et sous-ombilicale. La laparotomie médiane sous-ombilicale est utilisée comme une des voies d'abord dans la césarienne segmentaire tandis que la laparotomie sus et sous-ombilicale est utilisée pour la césarienne corporéale.
- Soit par une laparotomie transversale basse ou incision PFANNENSTIEL : C'est une incision sus-pubienne transversale. Elle se situe à environ 3 cm au-dessus du rebord supérieur du pubis. On réalise une incision obliquement vers le haut du tissu sous-cutané et une section arciforme de l'aponévrose, qui est ensuite décollé du plan musculo-aponévrotique, ceci permet d'exposer les muscles grands droits dont la séparation le long de la ligne médiane donne accès au péritoine qui sera

incisé longitudinalement. Cette technique est préférable à la laparotomie médiane pour trois raisons :

- un résultat esthétique meilleur ;
- une incidence très basse des hernies cicatricielles ;
- et une meilleure résistance à une éventuelle mise sous-tension lors d'une grossesse ultérieure.

Cependant l'exécution de l'incision de **PFANNENSTIEL** prend beaucoup de temps, d'où elle n'est pas conseillée en cas d'extrême urgence. Cette technique constitue une des voies d'abord de la césarienne segmentaire.

.2.7. Types d'hystérotomie

- Hystérotomie segmentaire transversale

L'incision utérine se fait selon un tracé arciforme à concavité supérieure sur la face antérieure du segment inférieur. C'est la technique la plus utilisée car elle permet d'obtenir une bonne cicatrisation.

- Hystérotomie segmentaire longitudinale

Plus délicate que la segmentaire transversale, l'incision se fait longitudinalement sur la face antérieure. Elle offre une cicatrice de moins bonne qualité.

- Hystérotomie corporéale

N'a plus que quelques indications rarissimes.

L'incision se fait longitudinalement sur le corps utérin à sa face antérieure.

Cette technique est d'indication restreinte pour deux raisons :

- Les risques septiques sont très élevés lorsque l'intervention survient après un certain temps de travail à œuf ouvert. Notons qu'avec l'avènement de l'antibiothérapie, ce risque est minimisé.
- La cicatrice obtenue est souvent de mauvaise qualité. Une nouvelle grossesse est souvent mal venue car elle fait courir le risque d'une rupture utérine inopinée au cours du travail d'accouchement.

- Hystérotomie segmento-corporéale

Commencée le plus bas possible (segment inférieur) l'incision utérine remonte longitudinalement sur le corps utérin pour obtenir l'ouverture nécessaire et suffisante à l'extraction fœtale. Cette technique est souvent décidée en « per-opératoire » devant l'impossibilité de réaliser une hystérotomie segmentaire pure.

- Césarienne itérative

Il s'agit d'une hystérotomie à faire sur un utérus cicatriciel, ayant déjà subi une césarienne.

2.8. Anesthésie et césarienne

L'anesthésie pour une césarienne, classiquement, peut être obtenue de deux manières : une anesthésie générale ou une anesthésie locorégionale. Plusieurs autres techniques peuvent être utilisées : l'anesthésie péridurale et locale.

2.8.1 Anesthésie loco-régionale

Les avantages :

- La mère est consciente, il n'y a donc pas de risque d'inhalation.
- Le risque de la dépression du nouveau-né est diminué

Les inconvénients :

Une hypotension liée au bloc sympathique, la prévention s'obtient par remplissage vasculaire et administration des vasoplégiques.

2.8.2. Anesthésie générale

-Les avantages :

L'incision est rapide, c'est une technique fiable, contrôlable avec hypotension modérée.

-Les inconvénients :

le risque d'inhalation est élevé dans ce cas-ci (syndrome de Mendelson).

La dépression du nouveau-né.

2.9. Techniques de la césarienne

Les techniques ont été si nombreuses depuis les débuts de l'intervention jusqu'à maintenant. Ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire et la

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

césarienne selon Misgav Ladach. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

2.9.1. La césarienne segmentaire

- Premier temps : mise en place des champs ; coeliotomie sous-ombilicale ou Transversale dans un souci esthétique surtout.
- Deuxième temps : protection de la grande cavité par des champs abdominaux
Mise en place des valves.
- Troisième temps : incision transversale aux ciseaux du péritoine pré segmentaire dont le décollement est facile.
- Quatrième temps : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ;
- Cinquième temps : extraction de l'enfant
- Sixième temps : c'est la délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'hystérotomie.
- Septième temps : suture du segment inférieur qui se fait en un plan avec des points séparés croisés en x sur les extrémités et les points séparés extra-muqueux sur les berges.
- Huitième temps : suture du péritoine pré segmentaire.
- Neuvième temps : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.
- Dixième temps : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

Avantages de la césarienne segmentaire

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

2.9.2 La césarienne selon la technique de Misgav Ladach

Se basant sur la littérature, Michael Stark de l'hôpital Misgav Ladach de Jérusalem a modifié et rationalisé ces nouvelles stratégies en mettant au point

une technique qu'il a appelée modestement méthode de Misgav Ladach. Elle consiste à :

- Ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3 cm au dessous de la ligne inter iliaque unissant les 2 épines antéropostérieures.
- Ouverture transversale du péritoine pariétal
- Pas de champs abdominaux
- Hystérotomie segmentaire transversale
- Suture de l'hystérotomie en un plan un surjet non passé
- Non fermeture des péritoines viscéral et pariétal
- Suture aponévrotique par un surjet non passé
- Rapprochement cutané par quelques points de Blair-Donati très espacés.

Avantages de la technique de Misgav Ladach :

- Limite des attritions tissulaires
- Elimine les étapes opératoires superflues
- Simplifie le plus possible l'intervention.

La simplicité de cette technique et les résultats obtenus par différentes études (16) font penser qu'elle deviendra sous peu la référence en matière d'extraction fœtale par voie haute (50).

Il faut signaler cependant que les techniques suscitées comportent des précautions particulières et des modifications gestuelles dans certaines circonstances telles que le placenta prævia antérieur et la césarienne itérative.

2.10. Les temps complémentaires de la césarienne

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

- la ligature des trompes
- la kystectomie de l'ovaire
- l'hystérectomie.

2.11. Les complications de la césarienne

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.

Par ailleurs, la morbidité post césarienne n'est pas négligeable, d'où l'intérêt de bien peser les indications.

2.11.1 Les complications per opératoires

- 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'adhérence à la paroi plus rarement à l'utérus.

Il s'agit des 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.

2.11.2. Les complications postopératoires

- Les complications maternelles

Elles sont les plus nombreuses, 30 à 40% des césariennes selon la littérature. Cette fréquence trouve son explication dans cette phrase de GRALL : « la flore vaginale après que la rupture des membranes, les touchés, les manœuvres,

en aient permis l'ascension trouve dans ces tissus osés, les petits hématomes, le matériel de suture un excellent milieu de culture ».

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, hémorragie 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, les sub-occlusions, voire occlusion.

- 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, embolie gazeuse, embolie amniotique.

- Les complications chez le nouveau-né :

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

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

3. DEFINITIONS OPERATOIRES

3.1. Qualité des soins :

C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts ou les erreurs (4) ; ils doivent donc être efficaces, appropriés, sûrs, accessibles et acceptables et utilisant de façon optimale les moyens disponibles.

C'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services offerts répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement censée permettre d'obtenir les résultats souhaités (50).

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (en fonction des normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risques, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition (47).

Selon DONABEDIAN A. : « la qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum des bénéfices pour la santé sans augmenter les risques ».

« Le niveau de qualité est par conséquent la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable de risques et de bénéfice ».

3.2. Définitions des concepts :

Par souci de clarté, nous définissons les concepts utilisés dans cette étude.

- **Evaluation:**

Selon l'OMS, c'est une procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteigne avec succès un ou des objectifs préalablement fixés

- **Critère :**

Dans un programme d'assurance des qualités des soins, est une affirmation qui est en rapport avec un problème à évaluer généralement formulée en

début de programme. Ce sont des affirmations dont on contrôle l'exécution à posteriori.

Concernent généralement les hospitalisations et sont des calculs numériques reflétant les performances ou les mesures habituellement admises.

- Les indicateurs

Permettent une évaluation de la qualité à partir d'un recueil systématique de données médicales appropriées que le prestataire de santé doit constituer afin d'éviter qu'elles ne lui soient imposées.

A la lumière de ces définitions ci-dessus citées, nous allons aborder notre travail sur la qualité de la césarienne.

Revue de la littérature :

Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté voilà près d'un siècle aux Etat- Unis, elle ne s'est vraiment développée qu'à partir des travaux de Donabedian en 1966 (54), mis ensuite en place dans les pays anglo-saxons puis en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de Papiernik et coll, Lacronique, Armogathe et Well.

Cette pratique de l'évaluation de la qualité des soins a été entérinée avec la création de l'Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) et la loi de la réforme hospitalière.

Au Mali, les travaux concernant l'évaluation de la qualité des soins sont très limités et une seule étude a été faite sur la césarienne de qualité en 2004 par M TOGORA au centre de santé de référence CV.

En 1989, l'évaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en commune VI (27) a montré que la qualité des services souffre de l'insuffisance de l'accueil et de l'exécution de certains gestes dangereux ou inadaptés ainsi que la très faible productivité du personnel et un manque de formation permanente.

En 1997, une étude comparative de la qualité des soins en commune VI (66) a révélé un manque de personnel, des conditions d'hygiène très mauvaises et un manque de recyclage permanent du personnel.

Une autre étude faite en 2000 sur la prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain (56) montre que les parturientes ne reçoivent pas toujours tous les soins qui leurs assurent une maternité sans risque au niveau des CSCOM. Au Sénégal, une étude a porté en 1996 sur l'évaluation de la qualité de la couverture en césarienne (14). Cette étude révéla que le système de référence est inopérant : 58% des opérées sont évacuées en urgence vers une maternité chirurgicale avec des moyens de transport non médicalisés ; l'accessibilité des populations à la césarienne est faible aussi bien sur le plan géographique que financier. Globalement, la couverture en césarienne et la qualité des soins sont insuffisantes.

En Côte d'Ivoire, une étude faite en 1999 sur l'analyse des facteurs et des déterminants de la césarienne de qualité au CHU de Yopougon (48) a montré que :

Le taux de césarienne est de 25,5%. Plus de 63% des patientes ont été évacuées et ont été prises en charge tardivement. Le délai moyen entre l'admission de la patiente et l'extraction du fœtus est de 8 heures 28 minutes. Plus de 88% des patientes sont opérées en urgence. Les services se trouvent confrontés à un manque de matériels et une insuffisance de personnels compétents et de plateaux techniques.

Au Burkina Faso, une étude effectuée en 2000 sur l'analyse des déterminants de la césarienne de qualité (44) a révélé qu'il n'y avait pas une bonne référence des patientes qui devaient en être l'objet. Les centres chirurgicaux étaient peu accessibles pour les patientes. Les retards à la décision de césarienne ont été révélés dans 14,2% et le retard à l'intervention dans 54,6%. L'indication de césarienne était abusive dans 32,6%des cas et le suivi post opératoire non satisfaisant.

Globalement, la césarienne n'était pas de bonne qualité dans 33,1%.

Les auteurs ont souligné la nécessité d'améliorer la qualité de la césarienne pour une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale.

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

A travers ces différents travaux, la nécessité de l'amélioration de la qualité de la césarienne s'impose.

Notre étude est la première du genre à se pencher sur la césarienne de qualité au niveau du CSRéf de la commune VI.

IV. METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE :

1. 1 Centre de Santé de Référence

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI crée en 1981 comme maternité puis érigé en Centre de Santé de Référence en 1999 est l'un des six (6) centres de références de communes du District de Bamako. Mais le système de référence n'a débuté qu'en 2004.

Il est situé dans la plus grande et plus peuplée commune de Bamako avec 94 km² de superficie et 379.460 habitants en 2004 et une densité de 4.037 habitants par km². Il est limité à l'Est par la portion Sud du District de Bamako, comprise entre son extrémité Sud Est et le lit du fleuve Niger ; au Sud par la portion Sud du District de Bamako entre les limites Est et Ouest de la commune V ; à l'Ouest par la commune V ; au Nord par la portion du fleuve Niger. La commune VI est constituée de 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux. Chacun des quartiers a son CSCOM excepté Sokorodji- Dianéguela qui ont en commun un CSCOM.

Les principales activités menées par la population sont :

- l'agriculture, le maraîchage, la pêche et l'élevage
- le petit commerce, le transport et l'artisanat
- existence de quelques industries (alimentaires, plastique). « Bamako connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre- mai) et une saison pluvieuse (juin-novembre) ».

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du District de Bamako. Communes I, II, III, IV, V, VI. Le centre de santé de référence de la commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais aussi de certaines communes et villages environnants. Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car situé

au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA) mais aussi de son ancienneté plus vieux centre de santé de la commune.

1.2 Organisation du centre

a) Infrastructure du service_

Le service se compose de deux bâtiments :

- Premier bâtiment qui est le bloc opératoire,est composé de :
 - Deux salles d'opération,
 - Une salle de réveil,
 - Une salle de préparation pour chirurgien
 - Une salle de consultation pré-anesthésique,
 - Une salle de nettoyage des instruments,
 - Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- Un second bâtiment en étage :
 - Au rez-de-chaussée on a :
 - La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement
 - Une unité de consultation prénatale
 - Deux salles de consultation pour médecin généraliste.
 - Une salle de consultation pour médecin chirurgien.
 - Une unité ORL.
 - Une unité ophtalmologique
 - Une unité odonto-stomatologique.
 - Un laboratoire
 - Une salle d'injection.
 - Une salle de pansement
 - Une unité PEV.
 - A l'étage on a :
 - Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène}

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

- Une salle de consultation gynécologique
- Une salle de consultation pédiatrique
- Une salle d'hospitalisation pédiatrique.
- Une unité de planning familial.
- Une salle de réunion
- Des toilettes.

Ailleurs, on a :

- Une maison pour le gardien.
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre
- Des toilettes.

b) Le personnel :

Tableau I

Qualification	Nombre
Médecin gynécologue	1
Médecin généraliste	5
Médecin chirurgien	1
Pharmacien	0
Médecin santé publique	0
Etudiants thésards	18
radiologue	0
Médecin ophtalmologue	0
Infirmier diplômé d'Etat	12
Technicien de laboratoire	3
Infirmiers de premier cycle	9
Sages femmes	27
Infirmières obstétriciennes	2
Matrones	4
Techniciens spécialisés en santé mentale	0
Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
Techniciens spécialisés en radiologie	0
Techniciens spécialisés en ophtalmologie	2
Techniciens spécialisés en ORL	2
Techniciens spécialisés kinésithérapie	1
Techniciens spécialisés en santé publique	3 dont 2 assistants médicaux
Assistants médicaux	10
Techniciens sanitaires	3

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Secrétaire dactylo	1
Gestionnaire	1
Comptable	1
Adjoint administratif	1
Gardiens	2
Chauffeurs	3
Chauffeurs mécaniciens	0
Aide soignant	16
Manœuvres + gardien	9
Total	139

C) Fonctionnement de services :

- La maternité et le bloc fonctionnent 24 heures sur 24.
- Les consultations gynécologiques sont faites les Lundis et Mardis.
- Les séances d'échographies sont effectuées les Mercredis et Vendredis.
- Les consultations externes médecines tous les jours.
- Les consultations pédiatriques toutes les heures ouvrables.
- Les consultations prénatales toutes les heures ouvrables.
- Programme opératoire le jeudi.
- Les consultations spécialisées : ORL, ophtalmologique, stomatologique toutes les heures ouvrables.
- Le service de garde se compose de gynécologue (médecin chef) comme superviseur, d'un médecin, deux internes, une sage femme, une infirmière, un anesthésiste, deux aides soignantes, un instrumentiste, et deux manoeuvres.
- Les soins des malades hospitalisés sont effectués par le personnel soignant.
- Le transport des malades et le nettoyage du service sont assurés par les manoeuvres.

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

METHODES

2. Méthode :

2.1. Type d'enquête

Une Etude prospective transversale descriptive

2.2. Période d'Etude

Elle s'étend du 01 juin 2004 au 30 mai 2005 soit une durée de 12 mois

2.3. Population d'étude

L'étude a porté sur l'ensemble des femmes ayant subi une césarienne au centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako (CSRef CVI) au cours de la période d'Etude et des nouveaux-nés issus de ces césariennes

2.4. Echantillonnage :

L'échantillonnage est exhaustif et porte sur 400 cas de césarienne

2.5 Classification des indications de la césarienne

La classification des indications de la césarienne est une question encore en discussion et difficile .Dans le cadre de ce travail nous avons utilisé une classification des indications de césarienne proche de celle de maillet et de boisselier et déjà utilisée dans plusieurs études dont celles du Sénégal (14), du Burkina Faso (44) et du Mali. Nous avons retenu la classification des indications de césarienne en 5 groupes.

- Urgence absolue

La vie de la mère ou et de l'enfant est en danger immédiat si la césarienne n'est pas pratiquée. Exemples :

- placenta praevia recouvrant hémorragique,
- la procidence du cordon avec fœtus vivant.

Césariennes obligatoires

Concerne les situations pour lesquelles l'accouchement ne peut être réalisé autrement que par la voie haute. Exemples :

- Disproportion foeto-pelvienne
- présentation vicieuse (transversale)

- Anomalies du bassin (bassin généralement rétréci, bassin asymétrique)

L'absence d'intervention exposant au décès fœtal ou à des séquelles maternelles très graves.

- Césariennes de nécessité :

Correspondent à des pathologies associées à la grossesse ou à des anomalies lors de l'évolution du travail. Exemples :

- pathologies hypertensives
- dystocie dynamique

- Césariennes de prudence

Correspondant à des circonstances pour lesquelles une intervention n'est pas indispensable, l'accouchement par la voie basse est théoriquement possible, mais l'intervention peut apporter dans certains cas un meilleur pronostic vital ou fonctionnel à la mère, mais surtout au nouveau-né.

Exemples :

- utérus cicatriciel

- Césariennes abusives :

Concernent toutes les indications de césarienne par excès ou qui auraient pu être évitées. Exemples :

- Dystocie Dynamique non corrigée médicalement
- bassin limite sans épreuve de travail correcte

2.6. Méthode d'analyse :

Niveau de qualité des césariennes : pour évaluer la qualité de la césarienne, nous avons procédé par 2 approches :

1^{ère} Approche :

Dans notre contexte, compte tenu de nos conditions locales, nous avons retenu un certain nombre d'indicateurs de processus et de résultats répondant aux exigences et attentes pour effectuer une césarienne de qualité.

- Les conditions de prise en charge :

- le délai de prise en charge
- la disponibilité du kit
- la disponibilité du personnel soignant
- la disponibilité du bloc opératoire
- la disponibilité du sang
 - **La réalisation et les résultats de l'intervention**
- la qualité de l'opérateur
- la qualité de l'anesthésie
- la pertinence des indications opératoires
- les complications per - opératoires
- la vie de la mère et de l'enfant
- l'Apgar du nouveau né à la naissance.
 - **Le Suivi Post- Opérateur**
- le respect du protocole post-opératoire
- la surveillance post-opératoire immédiate
- l'exécution sans délai de l'ordonnance post-opératoire
- les complications post-opératoires
- la durée Moyenne d'hospitalisation.
- la re-hospitalisation

Une cotation en score (0 à 3) a été faite pour les critères ci hauts identifiés.

Trois indicateurs ont été identifiés. Chaque indicateur est composé de 5 à 6 critères. La somme des scores réalisés appliquée à l'échelle d'évaluation permettra d'évaluer le niveau de qualité de la césarienne.

Le maximum de Score que l'on peut enregistrer pour les 3 indicateurs est de 20.

Le détail sur les cotations sera présenté dans les tableaux en annexes.

L'échelle d'évaluation se présente comme suit :

- Qualité bonne (Q4) : 95 à 100 % de score maximal soit un Score total de 19-20.

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

- Qualité Assez bonne (Q3) : 75 à 94,99% de Score maximal soit un Score total de 16-18.
- Qualité Moyenne (Q2) : 50 à 74,99% de Score maximal, soit un Score total de 13-15
- Qualité Faible (Q1) : moins de 50% de Score maximal, soit un Score total < à 13.
- Cette échelle a permis de déterminer pour le CSRéf de la CVI la proportion de parturientes recevant des césariennes de « Bonne » ou « d'assez Bonne Qualité » (Q4 et Q3) et celle recevant des césariennes de qualité « moyenne » ou « faible » (Q2 et Q1)

2^{ème} Approche

Le niveau de qualité des césariennes a été déterminé à partir des scores obtenus lors de la réalisation des variables discriminantes.

L'analyse a porté sur une échelle où les césariennes sont dites :

- « Bonne Qualité » si toutes les variables discriminatoires ont été réalisées
- « Moins Bonne » ou de « Non Qualité » si une au moins des variables discriminatoires n'est pas réalisée.

3- MATERIEL

Nous avons procédé au recueil des données de la période d'Etude à partir des supports portés en annexes : fiches d'enquête, partogramme registres, dossiers des malades

4- ANALYSE STATISTIQUE :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à partir du logiciel Epi-Info (version 6) la mesure du degré de signification a été faite à l'aide du test statistique Khi2.

V. RESULTATS

1. Résultats globaux :

FREQUENCE :

Du 1^{er} juin 2004 au 30 mai 2005 durant notre étude, nous avons enregistré 400 accouchements par césarienne sur un total de 4533 accouchements ; ainsi le taux de césarienne a été de 8,82%.

CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES

I. Tableau 1 : Répartition des patientes en fonction des tranches d'âges

Tranche d'âge	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
13-19	163	40,8
20-35	198	49,4
>35	39	9,8
Total	400	100,0

40,8% de nos patientes sont des adolescentes.

Tableau 2 : Répartition des femmes césarisées en fonction de l'activité socio professionnelle

Activité socioprofessionnelle	Fréquence Absolue	Fréquence relative (%)
Ménagère	328	82
Aide - ménagère	16	4
Etudiante - Elève	33	8,3
Fonctionnaire	8	2
Commerçante	12	3
Artisanes	1	0,3
Autre	2	0,4
TOTAL	400	100,0

Les ménagères représentent la grande majorité de nos patientes avec 82% des cas.

Tableau 3: Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Mariée	366	91,5
Célibataire	33	8,3
Veuve	0	0
Divorcée	1	0,2
TOTAL	400	100,0

Les femmes mariées prédominent dans notre échantillon avec 91,5% des cas.

Tableau 4 : Répartition des femmes césarisées en fonction du niveau d'alphabétisation en Français.

Niveau d'alphabétisation en français	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Primaire	104	26
Secondaire	20	5

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Supérieur	15	3,8
Aucun niveau	261	65,2
TOTAL	400	100,0

65,2% de nos patientes n'ont pas été à l'école

Tableau 5 : Répartition des femmes césarisées en fonction de la commune de provenance.

Commune	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Commune I	1	0,3
Commune II	2	0,5
Commune III	6	1,5
Commune IV	0	0
Commune V	26	6,5
Commune VI	337	84,2
Hors du district	28	7
TOTAL	400	100,0

84,2% de nos patientes résident en commune VI

Les modalités de références des femmes césarisées

Tableau 6 : Répartition des Césariennes en fonction du motif de référence/évacuation.

Motif de référence/évacuation	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Arrêt de la progression	83	45,6
DFP	4	2,2
Hémorragie	13	7,1
CUD	14	7,7
Eclampsie	6	3,3
Pré rupture	17	9,3
Dystocie du col	22	12,1
Rétention du second jumeau	8	4,4
Autres	15	8,2
TOTAL	182	100,0

45,6% de nos patientes ont été évacuées pour une stagnation de la progression.

Tableau 7 : Répartition des Césariennes en fonction du mode d'admission.

Mode d'admission	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Venue d'elle-même	218	54,5
Référée/évacuée	182	45,5
TOTAL	400	100

45,5% de nos patientes sont admises dans un contexte d'urgence

Tableau 8 : Répartition des femmes évacuées en fonction des structures

Structure	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
CSCOM	174	95,6
Cabinet prive	8	4,4
TOTAL	182	100,0

La plupart de nos femmes sont admises à partir des cscom avec 95,6% et des cabinets privés (4,4%).

CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES DES FEMMES CESARISEES

Tableau 9 : Répartition des patientes en fonction de la gestité.

Gestité	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Primigeste	183	45,8
Paucigeste	144	36
Multigeste	39	9,8
Grande multigeste	34	8,4
TOTAL	400	100,0

Les primigestes sont les plus nombreuses avec 45,8% ; elles sont suivies par les paucigestes qui représentent 36%.

Tableau 10 : Répartition des patientes en fonction de la parité.

Parité	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Nullipare	176	44
Paucipare	155	38,8
Multipare	35	8,8
Grande multipare	34	8,4
TOTAL	400	100,0

Les Nullipares sont les plus nombreuses (44%). Elles sont Suivies par les paucipares (38,8%).

Tableau 11: Répartition des femmes césarisées en fonction des antécédents de césarienne

Antécédents de Césarienne	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Oui	14	3,5
Non	386	96,5
TOTAL	400	100,0

14 soit 3,5% des patientes avaient subi une césarienne antérieure.

Tableau 12 : Répartition des patientes en fonction des CPN

CPN	Fréquence Absolue	Fréquence Relative
0	80	20
< 4	150	37,5
≥ 4	170	42,5
Total	400	100,0

80% de nos patientes ont effectué au moins une consultation prénatale.

CARACTERISTIQUES CLINIQUES DES FEMMES CESARISEES A L'ADMISSION

Tableau 13 : Répartition des femmes césarisées en fonction du terme de la grossesse.

Terme de la grossesse	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
<37SA	9	2,3
37-42SA	391	97,7
>42SA	0	0
TOTAL	400	100,0

Chez la grande majorité des femmes (391 soit 97,7%) la césarienne a été effectuée sur une grossesse à terme.

Tableau 14 : Répartition des femmes césarisées selon la hauteur utérine à l'admission.

HU	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
≤36cm	350	87,5
>36cm	50	12,5
TOTAL	400	100,0

50 femmes soit 12,5% avaient une hauteur utérine supérieure à 36cm à l'admission

Tableau 15 : Répartition des femmes césarisées en fonction de la dilatation du col à l'admission.

Conformément au partogramme, nous avons classé la dilatation du col en deux phases : phase de latence (< à 4cm) ; phase active (≥4cm)

Dilatation du col	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Phase de latence	68	17
Phase active	332	83
TOTAL	400	100,0

83% de nos femmes sont reçues en phase active.

Tableau 16 : Répartition des femmes césarisées en fonction de l'état des membranes à l'admission.

Etat des membranes	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Rompues	316	79
Intactes	84	21
TOTAL	400	100

79% de nos patientes avaient les poches rompues à l'admission.

Tableau 17 : Répartition des femmes césarisées en fonction de l'aspect du liquide amniotique.

Aspect du liquide	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Clair	232	58
Teinté	11	2,8
Méconial	128	32

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Hématique	29	7,2
TOTAL	400	100,0

58% de nos patientes avaient un liquide clair.

L'état foetal à l'admission a été apprécié par l'auscultation au stéthoscope de Pinard.

Tableau 18 : Etat du fœtus en fonction des BDCF à l'admission.

BDCF	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Présent	393	98,3
Absent	7	1,7
TOTAL	400	100,0

Les BDCF ont été perçus à l'admission dans 98,3% des cas.

Tableau 19 : Etat du fœtus en fonction de la fréquence des BDCF à l'admission.

Fréquence des BDCF	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
<120 bat/mn	100	25
120-160 bat/mn	265	66,2
>160 bat/mn	35	8,8
TOTAL	400	100,0

33,8% de nos patientes avaient des BDCF anormaux à l'admission.

Tableau 20 : Type de présentation du fœtus à l'admission.

Présentation	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Céphalique	350	87,5
Siège	21	5,2
Transverse	29	7,3
TOTAL	400	100,0

La présentation céphalique prédomine dans notre échantillon avec 87,5% des cas.

Tableau 21 : Répartition des femmes césarisées selon l'aspect clinique du bassin à l'admission

Aspect clinique du bassin	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Bassin normal	336	84
Suspicion d'anomalie pelvienne	64	16
TOTAL	400	100,0

Une anomalie pelvienne a été suspectée chez 16% de nos femmes.

OPERATION CESARIENNE

Tableau 22 : Répartition des patientes césarisées en fonction du délai d'exécution.

Délais d'exécution	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
<1heure	386	96,5
>1heure	14	3,5
Indéterminé	0	0
TOTAL	400	100,0

La grande majorité des césariennes (96,5%) sont exécutées dans un délai inférieur à 1heure de temps après la prise de décision.

Tableau 23 : Répartition des patientes césarisées en fonction du motif de retard à l'intervention.

Motif du retard à l'intervention	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Bloc occupé	12	85,7
Refus de la gestante	2	14,3
TOTAL	14	100,0

Parmi les motifs de retard à l'intervention dans 85,7% le bloc opératoire était occupé.

Tableau 24 : Répartition des patients césarisées en fonction de la durée de l'intervention

Durée d'intervention	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
<1 heure	377	94,2
1-2 heure	23	5,8
>2 heures	0	0

TOTAL	400	100,0
--------------	------------	--------------

La durée moyenne d'intervention est de 45 mn .Dans 23 cas la durée d'intervention est comprise entre 1heure et 2 heures.

- **Les indications opératoires.**

Pour l'étude des indications, nous les avons classées en 5 groupes à savoir :

- Urgence absolue
- Césarienne obligatoire
- Césarienne de prudence
- Césarienne de nécessité
- Césarienne abusive

Tableau 25 : Répartition des patientes césarisées selon les principaux groupes d'indication

Groupes d'indications	Indications	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Urgence Absolue	Signes de pré rupture	24	6
	HRP+PP	4	1
	PP hémorragique	10	2,5
	HRP	13	3,3
	Suspicion de RU	2	0,5
	Total	53	13,3
Césarienne Obligatoire	HRP+Enfant vivant à terme	4	1
	ATCD de FVV/FRV réparées	1	0,3
	Présentation anormale	44	11
	Dilatation stationnaire	54	13,5
	Absence d'engagement à dilatation complète	40	10

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

	DFP	28	7
	Eclampsie	2	0,5
	Total	173	43,3
Césarienne de Prudence	SFA (bradycardie et liquide amniotique méconial	115	28 ,7
	- tachycardie et liquide amniotique méconial)		
	Procidence du cordon battant	5	1,3
	Siège et suspicion de macrosomie	4	1
	Utérus cicatriciel	14	3,5
	Rétention du second jumeau	8	2
	Total	146	36,5
Césarienne de nécessité	HTA sévère + SFA	6	1,5
	RPM > 24 H +	10	2,3
	échec du déclenchement		
	Grossesse et autres pathologies maternelles	5	1,3
	Total	21	5 ,1
Césarienne Abusive	-liquide amniotique teinté isolé, -bradycardie récente isolée, -tachycardie récente isolée	7	1,8
	Total	7	1,8
TOTAL		400	100,0

La souffrance fœtale aigue représente le premier motif de césarienne dans notre service avec 28,7% des cas. Les césariennes obligatoires représentent le groupe d'indication le plus fréquent avec 43,3% des cas. Elles sont suivies par les césariennes de prudence avec 36,5% des cas.

Tableau 26 : Répartition selon le type de césarienne.

Type de césarienne	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Urgence	394	98,5
Programmé ou prophylactique	6	1,5
TOTAL	400	100,0

La quasi-totalité des femmes soit 98,5 sont opérées dans un contexte d'urgence

Tableau 27 : Répartition des patientes césarisées selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Anesthésie Générale	400	100,0
Rachi-Anesthésie	0	0,0
Péridurale	0	0,0
TOTAL	400	100,0

L'anesthésie générale a été la seule effectuée au cour de notre étude.

Tableau 28 : Répartition des patientes césarisées selon la voie d'abord.

Voie d'abord	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
IMSO	384	96
Incision de Pfannenstiel	16	4
TOTAL	400	100,0

L'incision médiane sous ombilicale (IMSO) est la voie d'abord prédominante avec 96% de cas.

- **Type d'hystérotomie**

L'hystérotomie segmentaire transversale (HST) est le seul type pratiqué pour toutes nos césariennes.

- **Opérateur :**

- gynécologue dans 10% des cas
- médecin généraliste ou un interne dans 90 % des cas

Tableau 29 : Répartition des patientes césarisées selon l'intervention associée.

Intervention associée	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Oui	34	8,5
Non	366	91,5
TOTAL	400	100,0

34 soit 8,5% ont subi une autre intervention en plus de la césarienne.

Tableau 30 : Répartition des patientes selon le type d'intervention associée à la césarienne.

Intervention associée	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Kystectomie	2	5,9
Ligature des trompes	31	91,2
Hystérorraphie pour RU	1	2,9
TOTAL	34	100,0

La ligature des trompes est la plus fréquente des interventions associées avec 31 cas soit 91,2%.

Difficultés opératoires

- Une anomalie de la paroi abdominale (adiposité, adhérence) : Elle a été retrouvée chez 66 de nos patientes, soit 16,5%
- Transfusion sanguine :
Au cours de notre étude 7 patientes soit 1,8% ont bénéficié d'une transfusion sanguine ; parmi lesquelles 6 l'ont bénéficié au moment opportun et une a accusé un retard par manque de sang sur place.

Le suivi post opératoire

Nous avons distingué :

- le suivi correct lorsque les prescriptions post opératoires sont honorées à temps et les soins mis en route et régulièrement administrés
- le suivi non correct lorsque les soins post opératoires sont faits avec retard et / ou de façon irrégulière

Tableau 31 : Répartition des patientes césarisées selon le suivi post opératoire.

Suivi post opératoire	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
------------------------------	--------------------------	-------------------------------

Correct	387	96,8
Non correct	13	3,2
TOTAL	400	100,0

Le suivi post opératoire a été correct chez 96,8%

Tableau 32 : Répartition des patientes césarisées selon le motif de suivi incorrect des prescriptions postopératoires.

Motif de suivi incorrect	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Ordonnance non honorée (manque de moyens)	10	76,9
Manque de surveillance du personnel	3	23,1
TOTAL	13	100,0

Parmi les 13 patientes incorrectement suivies dans le post partum 76,9% n'avaient pas honoré leur ordonnance post opératoire.

- **Le pronostic**

Tableau 33 : Répartition des patientes selon les suites opératoires.

Suite opératoire	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Complicquée	7	1,75
Simple	393	98,25

TOTAL	400	100,0
--------------	------------	--------------

La survenue d'une complication en période post opératoire a été notée chez 7 patientes soit 1,75%.

Tableau 34 : Répartition des patientes selon le type de complication.

Type de complication	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Infection	3	42,8
Hémorragie	2	28,6
Décès	2	28,6
TOTAL	7	100,0

L'infection a été la première cause de complication (42,9%) parmi les complications post opératoires.

Tableau 35 : Répartition des patientes ayant présenté des complications en fonction de l'âge.

Age		<19 ans	20-35 ans	>36 ans	Total
Suites opératoires					
Complicés	Nombre	4	2	1	7,0
	%	57,10	20,60	14,30	100,0

Khi2 = 5,25

ddl = 4

p = 0,262594

Les adolescentes sont celles qui ont présenté le plus de complications avec 57,10%.

Tableau 36 : Répartition des patientes ayant présenté des complications en fonction de la parité

Parité		Nullipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	Total
Suites opératoires						
Complicées	Nombre	2	4	1	0	7,0
	%	28,60	57,10	14,30	0	100,0

Khi2 = 6,73

ddl = 4

p = 0,190005

57,10% étaient des paucipares

Tableau 37 : Répartition des patientes ayant présenté des complications en fonction du mode d'admission.

Mode d'admission		Venues d'elles même	Evacue/ Référé	Total
Suites opératoires				
Complicées	Nombre	2	5	7,0
	%	28,60	71,4	100,0

Khi2 = 3,73

ddl = 2

p = 0,154638

Dans notre échantillon, les femmes évacuées / référées sont celles qui ont le plus présente une complication post opératoire avec 71,4% des cas de complication

Tableau 38 : Répartition des patientes ayant présenté des complications en fonction des conditions opératoires.

Conditions opératoires	Césarienne d'urgence		Césarienne programmée	
	Nombre	%	Nombre	%
Simple	387	98,2	6	100
Complicées	7	1,8	0	0
Total	394	100,0	6	100,0

1,8% des césariennes faites dans un contexte d'urgence ont évolué vers une complication post opératoire.

Tableau 39 : Répartition des patientes ayant présentés des complications en fonction du suivi post opératoire.

Suites opératoires	Suivi post opératoire Correct		Non Correct	
	Nombre	%	Nombre	%
Simple	384	99,20	9	69,2
Complicées	3	0,80	4	30,8
Total	384	100,0	13	100,0

Les suites opératoires se sont compliquées dans 30,8% de cas de mauvais suivi contre 0,80 % de cas de suivi opératoire correct.

- La mortalité :

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Parmi les 400 césariennes nous avons déploré 2 cas de décès soit 0,5%.

Notons que ces décès sont survenus dans différents contextes : le premier dans un contexte de choc septique chez une parturiente ayant subi une incision d'abcès dentaire.

Le deuxième dans un contexte d'arrêt cardio respiratoire chez une drépanocytaire connue.

Tableau 40 : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Fréquence absolue	Fréquence Relative (%)
2-3 jours	238	59,5
4 à 7 jours	150	37,5
8 à 15 jours	12	3
>15 jours	0	0
Total	400	100,0

La durée d'hospitalisation la plus courte a été de 2 jours et la plus longue 14 jours. La durée moyenne est de 4 jours.

Tableau 41 : Répartition des patientes selon la ré hospitalisation.

Ré hospitalisation	Fréquence absolue	Fréquence Relative
Non	393	98,2
Oui	7	1,8
Total	400	100,0

1,8% de nos patientes ont été réhospitalisées.

Tableau 42 : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'Apgar à la 1^{ère} minute

Apgar	Fréquence absolue	Fréquence relative
0	16	4
1-3	6	1,5
4-6	94	23,5
≥7	284	71
Total	400	100,0

Tableau 43: Répartition des nouveau-nés en fonction de l'Apgar 5^{ème} minute.

Apgar	Fréquence absolue	Fréquence relative
0	16	4
1-3	5	1,3
4-6	60	15
≥7	319	79,7
Total	400	100,0

Entre la première et la cinquième minute, les fréquences d'état de mort apparente et d'état morbide sont passées respectivement de 1,5% à 1,3% et 23,5% à 15% .

Tableau 44 : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'Apgar 10^{ème} minute.

Apgar	Fréquence absolue	Fréquence relative
0	20	5

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

1-3	1	0,3
4-6	38	9,5
≥7	341	85,2
Total	400	100,0

Entre la cinquième et dixième minute les fréquences d'état de mort apparente et d'état morbide sont passées respectivement de 1,3% à 0,3% et de 15% à 9,5%.

La fréquence d'APGAR = 0 est passée de 4% à 5%.

10 minutes après leur naissance 85,2% des nouveaux nés ont un bon état général.

Tableau 45 : Répartition des nouveaux nés en fonction du terme de la grossesse.

Terme a la naissance	Fréquence absolue	Fréquence Relative
Prématuré	5	1,3
A terme	395	98,7
Total	400	100,0

1,3% des nouveaux nés étaient des prématurés.

Tableau 46 : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids à la naissance.

Poids de naissance	Fréquence absolue	Fréquence relative
<2500 g	20	5
2500-4000 g	365	91,2
≥4000g	15	3,8
Total	400	100,0

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

5% des nouveaux nés avaient un faible poids de naissance et 3,8% d'entre eux des gros fœtus.

La morbidité néonatale a été étudiée en fonction des différents éléments du pronostic à savoir :

- ✓ Le mode d'admission
- ✓ Les indications
- ✓ Le terme de la grossesse

Nous avons tenu compte pour cela de l'APGAR à la première minute.

Tableau 47 : Répartition des nouveau-nés en fonction du mode d'admission.

Mode d'admission	Venue d'elle même		Evacue/référe		Total
	Nombre	%	Nombre	%	
Apgar					
0	4	1,9	12	6,6	16
1-3	2	0,9	4	2,2	6
4-6	65	29,8	29	15,9	94
≥7	147	67,4	137	72,3	284
Total	218	100,0	182	100,0	400

Les mort-nés représentent 6,6% des nouveaux-nés de mères évacuées et 1,9% des nouveaux-nés de mères venues d'elle-même.

Tableau 48 : Etat des nouveau-nés en fonction des différents groupes d'indication.

Apgar		0	1- 3	4- 6	≥7	Total
Groupe d'indication						
Urgence absolue	Nombre	12	3	12	26	53
	%	22,6	5,7	22,6	49,1	100
Césarienne obligatoire	Nombre	2	2	40	129	173
	%	1,2	1,2	23,1	74,5	100
Césarienne de prudence	Nombre	1	1	30	114	146
	%	0,7	0,7	20,5	78,1	100
	Nombre	1	0	10	10	21

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Césarienne	%	4,8	0	47,6	47,6	100
de						
nécessité						
Césarienne	Nombre	0	0	2	5	7
abusive	%	0	0	28,6	71,4	100
Total		16	6	94	284	400

22,6% des morts nés sont enregistrés dans un contexte d'urgence.

Tableau 49 : Etat des nouveaux-nés en fonction du terme de la grossesse.

Etat du nouveau- Apgar	Né	Prématurité	Terme normal	Total
0	1	20%	15	3,8%
1-3	3	60%	3	0,8%
4-6	1	20%	93	23,5%
≥7	0	0%	284	71,9%
Total	5		395	400

- **Les complications néonatales**

Nous avons observé 38 cas de complications néonatales dont les principales se répartissent comme suit :

Tableau 50 : Répartition des nouveau-nés selon le type de complication.

Type de complications	Fréquence absolue	Fréquence relative
Infection néo natale	10	26,3
Souffrance cérébrale	5	13,2
Ictère infectieux	4	10,5
Détresse respiratoire	17	44,7
Autres	2	5,3
TOTAL	38	100,0

La complication prédominante a été la détresse respiratoire avec 17 cas soit 44,7%.

LE COUT DE LA CESARIENNE

Les prix de prestation sont subdivisés en plusieurs catégories selon le service demandé :

L'acte opératoire :

Le prix en cas de césarienne s'élève à 25.000 Francs CFA en son temps. Actuellement elle est gratuite.

Les médicaments :

L'accent est mis sur les génériques lors des prescriptions. Ils sont vendus par la pharmacie du centre et mis à la disposition des malades qui y sont suivis.

Les médicaments non disponibles sont achetés dans les pharmacies privées.

Une partie du Kit est à la charge du service et l'autre doit être remboursée immédiatement après l'acte.

Tableau 51 : Représente la partie du kit à la charge de la parturiente

Nature des produits	Quantité	Prix unitaire	Somme totale
Sérum glucose 5%	1	750	750
Sérum salé 0,9%	2	750	1500
Perfuseur	1	500	500
Cathéter 16G	1	1250	1250
Sonde urinaire N 16	1	3500	3500
Poche a urine	1		
Ocytocine (syntocinon)	1	1395	1395
Seringue 10 CC	3	100	300
Gants 7 ½	3	600	1800
Sparadrap	½	500	500
Total			11495

Le coût du Kit à la charge de la patiente est de 11.495 Francs CFA.

Tableau 52 : Représente la partie du kit d'urgence à la charge du CSREF CVI

Nature des produits	Quantité	Prix unitaire	Somme totale
Produits anesthésiques			
Kétamine	1 ampoule	1400	1400
Diazépam	1	100	100
Atropine	1	160	160
Oxygène			870
	Sous total		2530
Produits anti-septiques			
Alcool	1	500	500
Bétadine	1	470	470
	Sous total		970
Fils de suture			
Vicryl	4	2535	10.140
Fil a peau	1	1600	1600
	Sous total		11740
Produit lame de bistouri			
Lame de bistouri	1	300	300
	Total		15.540

Pour chaque césarienne, le centre de santé de la commune dépense 15.540 Francs CFA.

Coût total du Kit d'urgence = 15.540 + 11.495 = 27.035 Francs CFA

Une ordonnance post opératoire est délivrée, elle est à la charge de la parturiente et se présente comme suit :

Tableau 53 : Représente l'ordonnance post opératoire (à la charge de la parturiente)

Nature des produits	Quantité	Prix unitaire	Somme totale
Sérum glucose 5%	2	750	1500
Sérum salé à 9%	2	750	4500
Perfuseur	2	500	1000
Compresse 40 x 40	3	425	1275
Ampicilline 1g	6	440	2640
Gentancyne 80	6	430	2580
Seringue 10 cc	8	100	850
Spraadrap	1 R	500	500
Amoxicilline 500 mg	20	475	475
Chloroquine 100mg	30	20	600
Fumafer	40	20	800
	Total		16.210

Cette ordonnance revient à 16.210 Francs CFA.

Tableau 54 : Représente les médicaments pour les soins néonataux à la charge de la parturiente

Nature des	Quantité	Prix unitaire	Somme totale
-------------------	-----------------	----------------------	---------------------

produits			
Alcool	1	550	550
Bande simple	1	250	250
Vit k1	1	580	580
Argyrol	1	1.450	1.450
Total			2.830

Les frais des soins néonataux s'élèvent à 2.830 Francs CFA.

Tableau 55 : Répartition des patientes selon le règlement complet des frais de prestations

Règlement frais	Fréquence Absolue	Fréquence Relative %
Oui	376	94
Non	24	6
Total	400	100,0

6% de nos patientes n'ont pas complètement honoré les frais de prise en charge (coût global).

Tableau 56 : Répartition des patients ayant complètement honoré les frais de prestation selon l'auteur du règlement

Auteur du règlement complet	Fréquence Absolue	Fréquence Relative %
Parents	360	95,7
Prise en charge par le CSREF CVI	16	4,3
Assistance sociale	0	0
Total	376	100,0

4,3% de nos patientes ont été entièrement prise en charge par le CSRéf de la CVI.

Résultats analytiques :

Tableau 57 : Répartition des patientes césarisées en fonction de la qualité « du délai de prise en charge, de la disponibilité du kit, de la disponibilité du personnel, de la disponibilité du bloc opératoire, et de la disponibilité du sang »

Variables	Qualité		Non Qualité		Total
	n	%	n	%	
Délai de prise	386	96,5	14	3,5	400

en charge

Disponibilité du kit	400	100	0	0	400
Disponibilité du personnel	400	100	0	0	400
Disponibilité du bloc opératoire	388	97	12	3	400
Disponibilité du sang	6	85,7	1	14,3	7

Tableau 58 : Répartition des patientes césarisées en fonction de la qualité de la réalisation et les résultats de l'intervention au CSRéf CVI

Variables	Qualité		Non qualité		Total
	N	%	N	%	
Qualité de l'opérateur	40	10	360	90	400
Qualité anesthésie	400	100	0	0,0	400
Indications opératoires	393	98,2	7	1,8	400

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

correctes					
Complications per- opératoires	394	98,5	6	1,5	400
Vie mère/ enfant	400	100	0	0,0	400
Apgar du nouveau né à la 1 ^{ère} mn	284	71	116	29	400

NB : Vie mère-enfant (vie de la mère et ou de l'enfant)

Tableau 59 : Répartition des patientes césarisées en fonction de la qualité du suivi post opératoire

Variables	Qualité		Non qualité		Total
	N	%	N	%	
Respect du protocole opératoire	387	96,8		3,3	400
Surveillance post- opératoire immédiat	397	99,3	13 3	0,7	400
Exécution sous délai de	390	97,5	10	2,5	400

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

l'ordonnance					
Complication post opératoire	393	98,2	7	1,8	400
Durée moyenne d'hospitalisation	388	97	12	3	400
Ré hospitalisation	393	98,2	7	1,8	400

Dans la presque totalité des cas, la qualité du respect du protocole post opératoire, de la surveillance post opératoire immédiate, de l'exécution sans délai de l'ordonnance post opératoire, des complications post opératoires, de la durée moyenne d'hospitalisation, de la ré hospitalisation est bonne.

LE NIVEAU DE QUALITE DE LA CESARIENNE

Analyse du niveau de qualité de la césarienne au centre de référence de la commune VI.

Dans notre pays il n'y a pas eu de travaux de consensus pour élaborer des critères de qualité de la césarienne ; les références à des travaux effectués ici et dans d'autres pays pour évaluer une démarche de qualité de la césarienne sont rares. Nous avons dirigé notre travail sur trois indicateurs composés chacun de cinq à six critères qui sont :

- Les conditions de prise en charge :
 - Le délai de prise en charge
 - La disponibilité du Kit
 - La disponibilité du personnel soignant
 - La disponibilité du bloc opératoire
 - La disponibilité du Sang
- La réalisation et les résultats de l'intervention :
 - La qualité de l'opérateur

- La qualité de l'anesthésie
- La pertinence des indications opératoires
- Les complications per-opératoires
- La vie de la mère et de l'enfant
- L'Apgar du nouveau-né à la naissance
 - Le suivi postopératoire :
 - Le respect du protocole post-opératoire
 - La surveillance du post-opératoire immédiat
 - L'exécution sans délai de l'ordonnance post-opératoire
 - Les complications post-opératoires
 - La durée moyenne d'hospitalisation
 - La réhospitalisation

Une démarche méthodologique semblable a été adaptée par Ouédraogo C. et Coll. (44) au service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) en retenant comme critères de césarienne de bonne qualité, toute césarienne ne comportant pas de complication (morbidité et mortalité) chez la mère ; par Cissé (14) dans une étude intitulée : Césarienne au Sénégal : Couverture des besoins et qualité des services et par Togora Modibo (59) dans une étude intitulée : étude qualitative de la césarienne au centre de référence de la commune V du district de Bamako (Mali) de 2000 à 2002 à ,propos de 2 883 cas.

Nous avons classé le niveau de la qualité en quatre groupes suivant le score obtenu par chacune d'elle :

- Qualité faible : score inférieur à 13
- Qualité moyenne : score entre 13 et 15
- Qualité assez bonne : score entre 16 et 18
- Qualité bonne : score entre 19 et 20.

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Le tableau ci –dessous nous indique la répartition des césariennes en fonction du niveau de qualité.

Tableau 60 : Répartition des césariennes par niveau de qualité

Qualité	Score	Effectif absolu	Effectif relatif (%)
Faible	< 13	0	0
Moyen	13 -15	11	2,7
Assez bonne	16 -18	84	21
Bonne	19 - 20	305	76,3
Total		400	100,0

76,3% de nos césariennes sont de bonne qualité. 21% de qualité assez bonne contre 2,7% de qualité moyenne.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Fréquence de la césarienne :

La fréquence moyenne des césarisées s'élève à 8,82%, confrontée aux données de la littérature, notre taux est inférieur aux taux obtenus en France, comme le témoignent les travaux de Melchior et Coll. (34) 12,6%, de Rudigoz et Coll. (51) 10,4% dans la région Rhône-alpes cité par Téguté I (54) mais supérieur aux taux obtenus par Dublin 5% MM. JM .GONNET 5,91% cité par Togora M (59).

Par rapport aux auteurs Africains, notre taux est comparable à celui de Diallo CH (19) en 1989 qui avait trouvé 7,82% à l'HGT, à celui de Longombe et Coll. 10,2%, Thibangu K et Coll. 8,6% au CHU du Zaïre et d'Eliot et Coll. 8% au Zimbabwe cité par Togora M (59). Notre taux est inférieur à ceux trouvés par Téguté. (54) à l'HNPG de Bamako 24,05% sur la période 1991-1993. Avec 24% aux USA cité par Togora M (59) et 20% au Canada cité par Azoulay P et Coll. (10), notre taux est nettement inférieur à ceux du continent américain.

En nous référant aux résultats obtenus par Cissé B (13) au service de gynécologie obstétrique du centre de référence de la commune V nous constatons que notre taux est proche de celui qu'il a trouvé en 1998 (8,1%) mais inférieur aux taux qu'il a obtenus respectivement en 1999 (9,10%), 2000 (10,58%) et sur la période 2000-2002 (12,88%). Dans le même service notre taux reste inférieur à celui trouvé par Togora M (59) 12,82%.

Ce faible taux peut s'expliquer en partie par le manque d'infrastructures qui fait que beaucoup de nos parturientes sont évacuées pour manque de place. Il faut signaler que les chiffres africains ne reflètent pas la fréquence générale des césariennes dans la population en raison du phénomène de concentration des pathologies dans les centres de référence. L'augmentation des formations sanitaires périphériques réduit le nombre des accouchement normaux alors qu'il augmente celui des accouchements dystociques dans les centres de référence ; il apparaît évident que l'augmentation du taux des césariennes va de paire avec le degré d'équipement du pays concerné.

2. Caractéristiques socio-démographiques des patientes :

➤ **Age :**

Pour une population nationale dont 50% ont moins de 15 ans (36), les parturientes césarisées avaient un âge compris entre 15 ans et 45 ans avec une prédominance de la tranche d'âge 13-35 ans (90,2%). Ce résultat se rapproche de celui de Coulibaly I. (17) 82,1%; de Thiéro (57) 86,8% mais supérieur à celui de Berthé (11) 66,06% ; de Cissé B (13) 61,17% et de Togora M. (59) 67,3%.

L'âge des parturientes est sans influence sur la durée de leur séjour post-opératoire.

➤ **Situation matrimoniale :**

91,5% de nos patientes étaient mariées. Ce résultat est proche de celui de Togora M. (59) 96,6%. Les célibataires constituaient 8,3% de nos femmes césarisées, ce taux est proche de celui retrouvé par Cissé B (13) 8,7%, par Tégoué I. (54) 9,4%, mais supérieur à celui de Diallo C. H (19) 6,3%.

➤ **La profession des patientes :**

82 % de nos patientes sont ménagères comme l'avait noté Tégoué I. (54) 86,01% et Togora M. (59) 80%.

➤ **La résidence :**

La grande majorité de nos patientes résidaient dans l'aire géographique de la commune VI soit 84,2%. Une tendance contraire a été signalée par Cissé B. (13) et Togora M. (59) qui trouvent respectivement 54,2% et 56,1%. Ceci peut s'expliquer par la proximité de la commune VI de ses populations.

3. **Modalités de références :**

3.1. Les motifs de référence : les motifs de référence étaient essentiellement en rapport avec les urgences obstétricales :

L'arrêt de la progression a dominé dans notre résultat avec 45,6% suivi du syndrome de pré rupture 9,3% et de l'hémorragie 7,7%.

Ces résultats sont proches de ceux retrouvés par Togora M (59) où les références évacuations étaient motivées par l'arrêt de la progression 26,8%, l'hémorragie 9,9% et la DFP 6,4%.

3.2. Le mode d'admission :

45,5% de nos patientes étaient évacuées. Ce résultat est proche de celui de Téguété (54) à l'HNPG 49,35%, mais inférieur à ceux retrouvés par Coulibaly I. (17) à l'HGT soit 60,56%, Traoré A F (61) 91,10%.

Une analyse des résultats obtenus par Agbanglac (1) en 1993 sur la prise en charge des urgences obstétricales nous permet de dire que le mode d'admission a une influence non négligeable sur le mode d'accouchement.

4. Les caractéristiques obstétricales :

- La parité : les nullipares représentent 44% de notre échantillon, proche de celui retrouvé par Togora M (59) 33,2%.
- Les consultations prénatales (CPN) : dans notre étude 80% des patientes ont bénéficié d'au moins une CPN. Ce chiffre est proche de celui de Togora M (59) et inférieur à celui de Berthé Y. (11) 93,1% mais supérieur à celui retrouvé par Diallo C H (19) et Teguéte (54) qui trouvent respectivement 50,2% et 38,2%. Au cours de notre étude nous avons observé 14 césariennes itératives soit 3,5% des césariennes effectuées. Ce taux est inférieur à ceux retrouvés par Cissé B (13) 12,4% et Togora M (59) 29,2%. Parmi nos patientes qui avaient un utérus cicatriciel (3,5%) par suite d'une césarienne au dernier accouchement, 73,5% n'ont pas été référés ou référés tardivement après rupture de la poche. Ce résultat est proche de celui de Togora M (59) 74,5% et nous a amené à conclure comme Cissé C T (14) et Ouedrago C (44) sur la qualité insuffisante des CPN.

5. La césarienne :

- Le délai d'exécution : devant le caractère d'urgence de nos césariennes, nous avons constaté un délai d'exécution de la décision de l'intervention inférieur à une heure dans 96,5 % des cas, proche de celui retrouvé par Togora M (59) 91,1% au centre de santé de référence de la commune V.
- Les indications : le souci constant de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie ou de traumatisme tout en ménageant au mieux la santé de la mère, l'amène à être plus large sur les indications. Nous constatons dans notre étude une augmentation particulière des indications d'origine fœtale témoignant d'un plus grand souci d'améliorer le pronostic fœtal de l'accouchement.

Parmi nos indications les dystocies occupent le 1^{er} rang avec 50,7% suivi par les souffrances fœtales 28,7% et les hémorragies 8,3%.

Plusieurs auteurs ont conclu à des résultats proches dont la plupart ont relevé la fréquence élevée des indications fœtales, ainsi : Janet F (26) dans une revue de la littérature sur la césarienne en situation précaire en milieu africain a trouvé une fréquence élevée des dystocies avec 46% suivi par la présentation dystocique 9,4% et la souffrance fœtale aiguë 4,2%.

Une étude menée par Togora M (59) sur l'étude qualitative de la césarienne à propos de 2 883 cas a trouvé les dystocies en tête avec 50,9 % suivi par les souffrances fœtales 25,7% et les hémorragies 9,6%.

Togora M avait conclu que les indications pour souffrance fœtale allaient évoluer, ce qui est confirmé par nos résultats avec 28,7% d'indication pour souffrances fœtales. Certains auteurs comme Tégoué I (54), Rudigoz (51) l'attestent en trouvant respectivement pour la souffrance fœtale 16,06% et 24%.

Dans notre étude la classification par groupe d'indications a montré que les indications de césarienne obligatoire étaient plus fréquentes (43,3%) suivies

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

par les indications de césarienne de prudence (36,5%), l'urgence absolue (13,3%) et la césarienne de nécessité (5,1%).

Ces résultats sont proches de ceux trouvés par : Ouédraogo C (44) au Burkina Faso :

- ✓ Césarienne obligatoire 54,8%
- ✓ Césarienne de prudence 36,4%
- ✓ Césarienne de nécessité 8,8 %
- ✓ Césarienne abusive 23,6 %

Togora M au Mali retrouve :

- ✓ Césarienne obligatoire 48%
- ✓ Césarienne de prudence 32,8%
- ✓ Césarienne de nécessité 2,9%
- ✓ Urgences absolues 15,3%.

Dans notre étude nous n'avons trouvé que 1,8% d'indication de césarienne abusive comme Togora M (1%) contre 23,6% trouvés par Ouédraogo C (44). Cela peut s'expliquer par le fait que dans notre contexte les décisions de césariennes sont prises après l'application de certaines règles qui permettent de réduire ces types d'indications. Il s'agit :

- ✓ L'utilisation très stricte du partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement.
- ✓ L'affinement du diagnostic de souffrance fœtale.

L'application de ces règles devrait permettre d'éviter bon nombre de césariennes abusives.

6. Le pronostic maternel :

- La morbidité maternelle :

Dans notre échantillon les suites opératoires ont été simples dans 98,25% des cas et compliquées dans 1,75% des cas.

Comparé aux données de la littérature notre taux est inférieur à celui retrouvé par Togora M (59) 7,6% et Cissé B (13) 5%. Parmi les 1,75% de

complications, celles infectieuses sont en tête de liste avec 42,8%, résultat proche de celui de Togora M 71,4%. Parmi les complications infectieuses la suppuration pariétale et lâchage de fil vient en tête de liste avec 50% suivi de l'endométrite 25% et du choc septique 25%.

La mortalité maternelle :

Lorsque le décès survient, c'est le drame mais ce drame est souvent rencontré dans nos pays en voie de développement d'autant plus qu'il s'identifie à la réalité du terrain. Dans notre étude, le taux de mortalité par césarienne est de 0,5% soit 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Dans la littérature on trouve les taux suivants :

✓ Au Mali :

Togora M (0,9%), Diallo CH (19) trouve 1990 à l'HGT 10,62%, Tégoué I. (54) trouve en 1993 à l'HNPG 3,88%.

✓ En Afrique noire :

2,3% à Ouagadougou (44), 3,2% au Zaïre cités par Togora M.

En analysant la littérature Européenne actuellement on s'aperçoit que la mortalité par césarienne a considérablement diminué dans le temps et demeure autour de 1-3‰ conséquences directes de l'intervention ou de la pathologie qui a conduit à la césarienne (cité par Togora M).

Dans notre contexte, l'importance de la morbidité et de la mortalité maternelle traduit l'inefficience de notre système de référence évacuation dans sa forme actuelle, les parturientes étant souvent tardivement et mal évacuées.

7. Le pronostic foetal :

L'appréciation du pronostic foetal est faite pendant le séjour post-opératoire de la mère dans le service.

➤ **La morbidité :**

Selon THoulon JM (58), la morbidité foetale néonatale est souvent liée à l'indication même de la césarienne, surtout quand il s'agit de souffrance foetale au cours du travail. En considérant comme morbide tout nouveau-né ayant un

score d'Apgar inférieur à 7 comme l'ont fait précédemment d'autres auteurs : Berthé Y (11), Togora M (59) ; notre taux de morbidité s'élève à 29%, il est supérieur à celui de Téguté I (54) 16,19%, de Togora M (59) 21,7%, mais inférieur à celui de Berthé Y (11) 68,77%.

- ✓ La détresse respiratoire a occupé le 1^{er} rang des complications néonatales avec 44,7% suivie de l'infection néonatale 26,3% et de la souffrance cérébrale 13,2%.

➤ La mortalité :

Au cours de notre étude, nous avons recensé 21 cas de décès périnatal ce qui fait un taux de mortalité périnatale de 5,25% soit une mortalité néonatale de 52 décès pour 1000 naissances vivantes. Ce taux est inférieur à celui retrouvé par Togora M (59) 9,8%

8. La durée d'hospitalisation :

Dans notre étude 97% des césarisées ont fait un séjour de moins de 7 jours et 3% d'elles durant 8-14 jours. La durée moyenne d'hospitalisation est estimée à 4 jours.

Comparée aux données de la littérature, cette durée moyenne est inférieure à celle de beaucoup d'auteurs :

- ✓ Coulibaly 8 jours à l'HGT
- ✓ Téguté I 9,3 jours à l'HNPG

Mais conforme à celle de Togora M (59) qui trouve 4 jours.

La durée minimale est de 2 jours et la durée maximale de 14 jours. Cette courte durée de séjours de nos césarisées s'explique par l'attitude du service consistant à libérer les malades sur les critères suivants :

- ✓ Reprise du transit
- ✓ Apyrexie
- ✓ Involution utérine normale
- ✓ Mollets souples et indolores

- ✓ Seins normaux
- ✓ Les lochies normales

Signalons que le nombre limité de lits d'hospitalisation joue un rôle considérable dans la courte durée de séjour des patientes.

9. Type d'anesthésie :

L'anesthésie générale a été la seule effectuée au cours de notre étude soit 100% car c'est une technique rapide et maîtrisée de tous les anesthésistes.

Dans une étude, Togora M retrouve l'anesthésie générale dans 96,9% des cas, la rachi-anesthésie 2,5%, la péridurale 0,6 %.

10. interventions associées à la césarienne :

Elles sont dominées par la ligature des trompes avec 31 cas soit 91,2% des interventions associées à la césarienne et 7,75% de nos césariennes.

Ce taux est proche de celui retrouvé par Togora M (59), mais inférieur à celui retrouvé par Téguté I (54) 13,6%

11. Coût de la césarienne et accessibilité des soins :

L'incidence financière de la césarienne sur l'économie familiale est difficile à évaluer, vu la complexité des différents facteurs entrant en ligne de compte (coût de l'ordonnance, coût de l'hospitalisation, coût de la nourriture de la patiente et de ses accompagnants, coût du transport, coût du transport pour les évacuées etc...). C'est pourquoi nous nous sommes limités à des coûts pour lesquels on disposait d'informations.

Ainsi le prix moyen d'une césarienne au Centre de Santé de Référence de la commune VI (CRF. CVI) est de 71 075 francs CFA.

Comparé aux données de la littérature actuelle, Togora M (59) trouve 76 000 francs CFA au centre de référence de la commune V, Téguté I (54) a trouvé 22 837,92 francs CFA à l'HNPG en 1996, Coulibaly (17) a trouvé 37 280 à l'HGT CFA en 1999.

En tenant compte des frais d'hospitalisation et d'ordonnance au Sénégal, Cissé C T (14) trouve 90 000 F CFA.

Vue le contexte d'urgence dans lequel sont admises les parturientes et le revenu plus bas de la population, on peut comprendre les difficultés et le retard accusé à honorer les prescriptions médicales et leur répercussion sur la qualité des soins et le suivi post-opératoire. Ce qui fait que les personnels de santé sont les malheureux réceptionnistes d'une politique sanitaire d'abandon. Le plus souvent ils ne peuvent que constater les dégâts et essayer d'y faire face dans la mesure des faibles moyens disponibles. C'est pourquoi nous saluons et soutenons la gratuité de la césarienne. Nous souhaitons que cette action soit une pérennité car constitue une pierre de taille dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, par conséquent les jalons d'un développement durable.

Etude analytique de la qualité de la césarienne

- Analyse discriminatoire
 - Les conditions de prise en charge

Notre étude a montré 96,5% de délai de prise en charge inférieur à 1 heure, 100% de disponibilité du personnel soignant, 97% de disponibilité du bloc opératoire, 85,7% de disponibilité du sang.

En analysant la littérature, on retrouve :

Gaye (18) retrouve 37% de retard à l'intervention, Ouedrago C (44) retrouve un retard à l'intervention chirurgicale (chirurgien absent, équipe incomplète, Kit incomplet, problèmes techniques) dans 52,3% des cas ; le Kit opératoire disponible en urgence sur place dans 84,1% des cas ; dans 8 cas sur 478, la transfusion sanguine était impossible par manque de sang ; Togora M (59) retrouve :

91,1% de délai de prise en charge inférieur à 1 heure, 100% de disponibilité de kit, 95,2% de disponibilité du personnel soignant, 96% de disponibilité du bloc opératoire, 84,1% de disponibilité du sang.

Le centre de santé de référence de la commune VI est de bonne qualité pour les conditions de prise en charge.

- La réalisation et les résultats de l'intervention

Dans notre étude, la césarienne a été réalisée par un obstétricien dans 10% des cas ; dans 6 cas on a déploré une complication per opératoire dont 2 cas de lésions vésicales mais réparées au cours de l'intervention et sans complication ultérieure. Nous n'avons pas observé de complications anesthésiques.

L'indication était abusive (bradycardie récente isolée, tachycardie récente isolée, liquide amniotique teinté isolé) dans 1,8% des cas ; on a noté un Apgar du nouveau né inférieur à 7 dans 29% des cas.

Comparés aux données de la littérature on retrouve

Ouedrago (44) :

- Des difficultés liées à la réalisation de l'anesthésie dans 0,5% des cas.
- Un non respect de l'indication opératoire en appliquant les critères de césarienne abusive dans 23,6% des cas.
- Un score d'Apgar inférieur à 7 dans 40,4 % des cas.

Togora M (59) :

- Dans 1,1% des cas la césarienne a été réalisée par un gynécologue.
- Dans 1,6% des cas il y a eu une complication per opératoire dont 4 cas de complications anesthésiques.
- L'indication de césarienne était abusive dans 1% des cas.
- Dans 0,2% des cas on a déploré le décès de la mère et de l'enfant.
- Dans 21,7% des cas on note un Apgar du nouveau né inférieur à 7.

- Le suivi post opératoire

Dans notre étude le protocole post opératoire a été respecté dans 96,8% des cas. La surveillance post opératoire immédiate a manqué dans 0,7 des cas ; un retard au traitement (ordonnance non honorée par les parents) a été observé dans 2,5% des cas. 1,8% de nos patientes ont présenté une

complication ; la durée moyenne d'hospitalisation est supérieure à 7 jours dans 3 % des cas ; 7 patientes soit 1,8% ont été réhospitalisées.

Ces résultats sont proches de ceux de Togora M (59) où le protocole post opératoire a été respecté dans 97,3% des cas, la surveillance post opératoire immédiate a manqué dans 0,3% des cas, un retard au traitement a été observé dans 2,4% des cas, 7,6% des patientes ont présenté une complication post opératoire, 5,7% des patientes ont séjourné pendant plus de 7 jours et 16 patientes soit 0,6% ont été ré hospitalisées.

Le centre est de bonne qualité pour le suivi post opératoire.

➤ Niveau de qualité

En appliquant les critères de qualité, on retrouve :

76,3% de césariennes de qualité bonne.

21% de césariennes de qualité assez bonne

2,7% de qualité moyenne.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Du 1^{er} juin 2004 au 30 mai 2005 , soit une durée d'un an s'est déroulé dans le service de gynécologie obstétrique du CS réf de la CVI, une étude prospective portant sur l'évaluation de la qualité de la césarienne .

Nous avons utilisé le postulat d'Adevis DONABEDIAN sur l'évaluation de la qualité des soins et des services comportant l'évaluation des résultats.

Nous avons colligé 400 césariennes pour 4533 accouchements soit une fréquence de 8,82%.182 patientes soit 45,5% ont été évacuées justifiant le contexte d'urgence de la plupart de nos césariennes.

Les indications de césarienne les plus fréquentes ont été :

- ✓ Les césariennes obligatoires 43,3%
- ✓ Les césariennes de prudence 36,5%
- ✓ Les césariennes pour urgence absolue13,3%
- ✓ Les césariennes de nécessité 5,1%
- ✓ Les césariennes abusives 1,8%

Concernant la morbidité et la mortalité nous avons observé 1,75% de complications post opératoire et déploré 2 cas de décès soit 0,5%.

Le pronostic foetal est marqué par un taux de morbidité estimé à 29% , un taux de létalité estimé à 5,25%.

La détresse respiratoire, la souffrance cérébrale et l'infection materno foetale sont les principales complications survenant en période néonatale.

Pour évaluer la qualité de la césarienne dans notre service nous avons tenu compte d'un certain nombre de critères qui sont :

- ✓ Les conditions de prise en charge
- ✓ La réalisation et les résultats de l'intervention
- ✓ Le suivi post opératoire

L'analyse discriminatoire des différentes composantes de la césarienne révèle une bonne qualité dans l'ensemble pour les conditions de prise en charge, le suivi post opératoire, et la réalisation et les résultats de l'intervention ; en effet l'évaluation du niveau de qualité de césarienne :

76,3% de césariennes de qualité bonne

23% de qualité assez bonne

2,7% de qualité moyenne

Nous sommes conscients des limites de ce travail, toutefois au regard de tout ce qui précède, nous formulons les suggestions suivantes afin d'améliorer la qualité de la césarienne et des soins obstétricaux en général.

Recommandations

Au terme de ce travail, quelques suggestions nous paraissent nécessaires pour améliorer nos résultats et aspirer à une issue favorable de la grossesse.

A l'endroit du gouvernement de la république du mali :

- ✓ Augmenter le budget national consacré à la santé afin de permettre une meilleure accessibilité des soins ; ou mieux améliorer les conditions socio-économiques ; donc lutter contre la pauvreté.
- ✓ Assurer la formation des spécialistes en gynécologie obstétrique et des sages femmes sur la prise en charge des urgences
- ✓ Faciliter et améliorer l'accessibilité au recours chirurgical par la subvention des coûts de l'évacuation sanitaire
- ✓ Former et recycler les sages femmes sur l'intérêt de la consultation prénatale et ses objectifs, la référence en temps utile, et sur la qualité de la surveillance du travail
- ✓ Organiser et promouvoir un système d'évacuation et de référence

A l'endroit du personnel de santé :

- ✓ Renforcer l'asepsie en salle d'opération et dans la pratique des soins gynécologiques et obstétricaux en général

- ✓ Renforcer l'idée de mini-banque de sang car elle permet une prise en charge des cas urgents

- ✓ Mettre à la disposition des structures périphériques, des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales en fonction du niveau sanitaire.

- ✓ Promouvoir des études de recherches et de documentation à la maternité du centre de référence de la commune VI par : la bonne tenue des dossiers et si possible l'informatisation des archives

A l'endroit des ASACO :

- Assurer une grande mobilisation au tour des CSCOM afin que le centre de référence puisse répondre à son statut de référence.
- ✓ S'organiser en mettant en place des mutuels pour assurer le déplacement des parturientes et leur prise en charge dans un meilleur délai en cas d'évacuation

A l'endroit des municipalités :

Allouer un fonds social pour la prise en charge des parturientes démunies.

Certaines de ces recommandations ont été déjà prises en charge par la gratuité de la césarienne, initiative que nous saluons et soutenons tout en souhaitant sa pérennité pour le bien être de toute une nation.

Nous souhaitons que ce travail soit utile aux différents acteurs de la santé maternelle et infantile des pays Africains, comme il l'est pour nous même ; la santé maternelle et infantile constituant un bon reflet du niveau de développement d'un pays ; investir dans ce secteur n'est que posé les jalons d'un développement durable.

REFERENCES

1. Agbanglac.

Prise en charge des urgences obstétricales dans le département de l'Atlantique

Thèse Méd., Cotonou, 1993 N°554

2. Aguennon B.

Contribution à l'étude des suppurations pariétales post opératoires dans le service de chirurgie viscérale du CHU de Cotonou

Thèse Méd., Cotonou, 1994 N°554

3. AÏSSA GERMAIN ALAIN

Complications maternelles des césariennes (étude rétrospective sur 780 césariennes colligées en 1 an au CHU de Treicheville : Du 1^{er} Janvier 1988 au 31 Décembre 1988), Mémoire. CGS.

4. ALDEBERT A.

Le taux de césarienne : indicateur de qualité

Deuxièmes journées d'obstétrique du collège de Gynécologie de BORDEAUX et du Sud-Ouest, Novembre 1995.

5. AMIRIKIA H.ZAREWYCH B., EVANS T.N:

Caesarean section: 15 years of changing incidence, indications and risks. Am. J. Obstet. Gynecol., 1981, 140, 81-86

6. ANNE SELOME FAGNISSE.

L'Opération Césarienne à la Maternité Lagune de Cotonou.

Etude rétrospective de 1995 à 2000 et prospective d'Avril à Juin 2000 à propos de 5702 Thèse Méd. ; Bamako, 2001, N°53

7. ANOMA M.

Les césariennes : réflexions à propos de 4.000 cas opérés au C.H.U de Cocody 1^{er} janvier 1975-31 décembre 1979 » Thèse Méd., Abidjan (Côte d'Ivoire), 1980 ; N°283, 51 pages.

8. AOUANOU G.B.K

Contribution à l'étude de l'opération césarienne à Cotonou

Thèse Méd., Cotonou, 1988 N°373.

9. AVRIL A, MARE E D, CHANT GREILC, RENAUDSALIS JL, LOBERA A et COLL

Contrôle de la qualité des soins dans un service de chirurgie. Expérience de la fondation Bergonié

J chir (Paris) 1993 ; 2 :79 – 86 p

10. AZOULAY P. et COLL.

Evolution des indications des césariennes de 1986 à 1990 à la maternité de la conception à Marseille (à propos de 1051 cas).

Thèse Méd., Aix-Marseille 2, 1992, 708.

11. BERTHE Y.

Pronostic foeto-maternel dans les accouchements par césarienne à propos de 218 cas enregistrés au service de Gynéco-obst. Du CHU de Bouaké en un an.

Thèse Méd., Abidjan 1992.

12. CARRONJ J, BARRE P et DUMSER D

Un petit hôpital..., A quoi ça sert ? Etude de l'activité chirurgicale de l'hôpital de London au cours de l'année 1989. J Chir (Paris) 1990 ; 127 (12) : 608 – 611 p

13. CISSE B

La césarienne : Aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des complications post opératoires dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commun V. Thèse Médecine : Bamako Mali. 2001, M.27, page 10.

14. CISSE C.T, FAYE E.O, De BERNIS L, DUJARDIN B, DIADHIOU F

Césariennes au Sénégal : couverture des besoins

15. CISSE CT, ANDRIAMDY C, FAYE E. O., DIOUF A, BOULLIN D, DIADHIOU F. Indication et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar. J Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1995 ; 24 : 124 – 7

16. CIPOLLA L CONTI M.

Caesaeen section using the Misgav Ladach Method In I Gynécol.Obste. 1997; 57, 273-279

Dakar, Sénégal. Décembre 1998.

17. COULIBALY I G

La césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'HGT de Bamako de 1992 à 1996 (A propos de 3314 cas.)

Thèse Méd., Bamako, 1999 N°85

18. COULIBALY ML

Comparaison de l'efficacité de la Clonidine et de la Nifedipine dans la prise en charge de l'HTA Gravidique au cours du travail au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune 5.

Thèse Méd., Bamako, 2002 69 p. M.20

19. DIALLO CH

« Contribution à l'étude de la césarienne (à propos d'une série continue de 160 cas au service gynéco-obstétrique de l'HGT » Thèse Méd., Bamako (Mali), 1990 M.37.

20. DUJARDIN B., DELVAUX T.H., DE BERNIS L. :

La césarienne de qualité, Analyse des déterminants. Communication au V^{ème} congrès de la SAGO. Dakar Sénégal décembre 1998.

21. Enquête démographique de la santé Mali II

EDSM II 1995 à 1996 page 181

22. Enquête démographique de la santé Mali III :

EDSM III de 2001. page 183

23. GAYE A DE BERNIS L.

Césarienne et qualités des soins. Etude de 177 césariennes en 6 mois au centre de santé Roi Baudouin de GUEDIA WAYE (Dakar) Sénégal.

Communication, 5^{ème} congrès SAGO, décembre 1998, Dakar, Sénégal.

24. GLORION B

L'évaluation, une chance pour la médecine

Bulletin de l'ordre des médecins février 1992 ; 2 : 1 – 2 p

25. HOGSTON P JAMES D.

Holdings and the tide of caesareans. Br Med.J 1998, 297, 1044-1045

26. JAMET F BENO., HEDON B. LAFFARGUE F.,

La césarienne en situation précaire

Rev Fr Gynécol en situation précaire

27. KASSAMBARA M.

Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain appliquée à la commune VI du district de Bamako.

Thèse médecine, Bamako, 1989, N°15. 179 pages.

28. KOUYATE A.S.

Les aspects démographiques et obstétricaux des complications infectieuses post-césariennes dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE.

Thèse Méd. Bamako (Mali), 1995 M.42

29. LANKOANDE J, AKOTTIONGA M, SANOU J, TOURE B, KONE B.

Indications et place de la césarienne dans les activités de la maternité du centre hospitalier National Yalgado Ouédraogo

Ann Univers Ouagadougou, Séries B, 2 : 10-16 1994

30. LEROY J ET AMOROS J.P.

Césarienne pratiquée chez l'Africaine à Dakar Méd Trop. 1975 ; 35 (3) 209-217

31. MANSONO A.

Evolution des indications des césariennes au CHU de St Etienne entre 1984 et 1988 Thèse Méd. St Etienne, 1989, N°6229

32. MATILLON Y.

L'évaluation en médecine

Une démarche en plein développement

Rev prat (Paris) 1992, 42(15) : 1917 – 1919 p

33. MBAZUMUTINMA K.

Contribution à l'étude de l'opération césarienne. A propos de 2007 cas recensés à la CUGO du 1^{er} janvier 1994 au 31 Décembre 1997.

Thèse Méd., Cotonou, 1998, N°783

34. MELCHIOR J BERNARD N. RAOUST I.

Evolution des indications de césarienne. CNGOG –Mises à jour en Gynécologie et obstétrique Vigo et, 1988, 13 PP. 251-265

35. Merger R, LEVY K, MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique Masson, Paris, 1989 PP., 618-627

36. Ministère de la santé de la solidarité et des personnes Agées.

Cellule Nationale de Planification

Direction Nationale de la Santé

Enquête démographique et de santé au Mali 1996-1997.

37. MM. J. M GONNET, J. CLAPIES, Ph. MAGE, P. LEPETIT CHAUD., J-P. DUBECQ et J. J LENG.

La césarienne : Evolution des indications, suites opératoires et pronostic foetal immédiat de 1973 à 1977. Rév. Méd. Bordeaux Médical 1978, 11, N°23, P.2107.

38. MOREAU J C, CISSE B.Y, FAYE E.O, CISSE M.L.

Etude sur les systèmes de recouvrements des coûts de la césarienne à la clinique de gynécologie et l'obstétrique du CHU le Dantec de Dakar.

Communication au V^{ème} Congrès SAGO, Dakar, SENEGAL, 14-18 décembre 1998.

39. NIELSEN T.F., HOKEGARD K.H.

Caesarean section and intra operative surgical complications

Acta obstacle. Gynécol. 1983, 146, 8, 911-5

40. NZEYIMANA N.I.

Les complications de la chirurgie effectuée par voie haute en obstétrique à propos de 1677 cas recensés à la CUGO et à la maternité lagune de Cotonou pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1997

Thèse Méd., Cotonou, 1998, N°788

41. OMS

Mortalité périnatale : récapitulatif des données disponibles

Communiqués OMS N°46, Genève, 1996 : 1-2

42. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Nouvelles estimations de la mortalité. Relevé épidémiologique Hebolo. 1996 ; 71 : 97 – 100

43. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Mortalité maternelle : Soustraire les femmes à l'engrenage foetal chronique OMS 1986 ; 40 : 193 – 202

44. OUEDRAGO C, ZOUNGRANA T, DAO B, DUJARDIN B, KONE B.

La césarienne de qualité au centre Hospitalier Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de Gynécologie obstétrique. MEDECINE d'Afrique Noire 2001-48 (11) : 444.

45. PELLISIERE G, DICOS TANZO J, MARTIN et AL

Le risque opératoire en chirurgie digestive lourde

J chir. 1984 ; 110 : 615 – 620

46. PICAU A. NLOME-NZE A.R KOUVAHE V FAYE A ONDO-MVER

Les indications de césarienne et leur évolution au centre hospitalier de Libreville.

Rev. Fr Gynnecol.Obstet. 1990 : 8,5 (6) : 393-98

47. Population REPORTS

Programme de planification familiale : Améliorer la qualité

Série J. Numéro 47. 39 pages

48. QUENUM G, MEMADJI M, KONAN BLE R NIGUE L WELFFNS-EKRAC.

Césarienne de qualité analyse des facteurs et des déterminants au CHU de Yopougon.

Revue Internationale de Sciences Médicales Vol.3 N°2 2001 PP. 109-

49. RACINET C. FAVIER M.

La césarienne : Indications, techniques, complications

Masson, Paris 1984, 185 PP.

50. RIETH MULLER D., SCHAAL J.P., RACINET C. MAILLET R.

La césarienne selon la méthode de Misgav Ladach

Rev. Fr. gynécol. Obstet ; 1999 ; 94. 6. 497 – 499

51. RUDIOGOZ R.C CHARDON C GUCHERAND P AUDRA P CLEMENT H.J. CAFFIN J.P CORTEY C. PUTET G. LECLERC Q.O.

La césarienne en 1988 : problèmes obstétricaux posés par l'utérus cicatriciel

Fréquence et indications des césariennes. Complications infections et thromboemboliques après césarienne. Place de la césarienne avant 32 semaines « Rev Gynécol.obstet. 1990 ; 85 (3) : 105-120

52. SANKARE I.

Organisation du système de référence au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse Méd., Bamako (Mali), 2001 M.

53. SENEGAL, PNUD, OMS, Université Columbia

Rapport de la deuxième mission d'identification pour la réduction de la mortalité maternelle au Sénégal, Réf. SEN / 86 / 007 ; Dakar, sept 1989 : 99 – 100

54. TEGUETE I.

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital National du Point G de 1991 à 1993 (à propos d'une étude cas témoins de 1544 cas. Thèse Méd., Bamako (Mali) 1996 M.17

55. TESTA J, Z ANRE, Y Z ; KONE B. ; LANKOUANDE J ; SONDO B.

Difficultés de l'évaluation de la qualité des soins dans un contexte de l'hôpital africain. L'expérience du service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier national de Ouagadougou, Burkina Faso
Revue française de médecine tropicale 1996, P : 151 – 155

56. THIAM H.D

Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain à propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondiéba.
Thèse médecine, Bamako 2000.00.M-62-60 pages

57. THIERO M.

Evacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'HGT à propos de 160 cas
Thèse méd. Bamako, Mali ; 1975, M 17.

58. THOULON J.M.

Les césariennes « Encycl.Méd.chir.Obstétrique, 5102. A-10

59. TOGORA M.

Etude qualitative de la césarienne au CSRéf CV du district de Bamako de 2000 à 2002
A propos de 2 883 cas

60. TOKANNOU S.

« L'opération césarienne à la maternité Lagune de Cotonou à propos de 1953 cas recensés de 1989 à 1993 »
Thèse Méd., Cotonou, 1994, N°619.

61. TRAORE A. F

Etude de complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'HGT

Thèse Méd., Bamako (Mali), 1989, M. 46

62. TRAORE M., NGOM A., Bah M.D., MOREAU J.C., DIALLO D.J, CORREAP.

Etude des indications de césariennes à la maternité du CHU de Dakar Afr.

Thèse Méd 25 ; 241 PP. 264

63. TREGUER J., BELLIER G., GOSSINGAR A.

390 césariennes en 2 ans à la maternité de N'Djaména

Rev fr. Gynécol.Obstet., 1991 ; 86 : 294-300

64. VOKAER R., BARRAT J., BOSSART H. ET Coll.

Disproportion foeto-pelvienne. La grossesse et l'accouchement dystocique traité d'obstétrique II, Masson, 1985 ; 427-457.

65. WORLD HEALTH ORGANISATION

Coverage of maternity care: a listing of available information 4ème édition; Who/RHT, MSM, 1997; 96: 10 - 9

66. YARO K.

Etude comparative de la qualité des soins au niveau de la maternité entre CSCOM et service Socio sanitaire de commune au niveau de la commune VI du district de Bamako.

Thèse médecine, Bamako. 1997.97-M-12. 101 pages

67. ZINZOU R.D ET COLL.

« La césarienne étude rétrospective de 274 cas ». Méd. d'Afr. Noire, 1986, 33 (3) : 180-182.

QUESTIONNAIRE

IDENTITE

- Q1 : Numéro Dossier #####
Q2 : Nom et prénom _____
Q3 : Age ##
Q4 : Activité Socioprofessionnelle # (1.Ménagère, 2.Aide-Ménagère, Etudiante Elève, 4.Fonctionnaire, 5.Commerçante, 6.Artisan)
Q5 : Etat Matrimonial # (1.Mariée, 2.Célibataire, 3.Veuve, 4.Divorcée)
Q6 : Commune provenance # (1 à 6 pour le District, 7.Hors District)
Q7 : Ethnie ## (1.Bambara, 2. Sarakolé, 3.Peulh, 4.Malinké, 5. Sonrhai, 6.Dogon, 7.Senoufo, 8.Bobo, 9.Minianka, 10.Autres)
Q8 : Niveau d'Instruction # (1.Primaire, 2.Secondaire, 3.Supérieur, 4.Aucun)
Q91 : Mode d'Admission # (1.Venue d'elle-même, 2.Référée)
Q92 : Si Référée. Précisez le lieu # (1.CSCOm. 2.Cabinet Privé, 3. Hôpital)

ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX

- Q10 : Gestité ##
Q11 : Parité ##
Q12 : Vivant ##
Q13 : Avortement ##
Q14 : Intervalle Inter – Génésique ## Ans
Q15a : Césarienne Antérieure <Y>
Q15b : Si oui, Préciser le nombre #
Q16a : Consultations Prénatales Faites <Y>
Q16b : Si faite, Donner le nombre ##
Q17a : Référée ? <Y>
Q17b : Si Référée. motif ## (1.CUD, 2.Arrêt de la progression, 3.Hémorragie, 4.Prérupture, 5.Dystocie du col, 6.D.F.P., 7.Rétention second jumeau, 8.Eclampsie, 9.Procidence, 10.Autres, 11. Indéterminés)
Q17c : Si Autres Précisez :.....

EVENTUELLES PATHOLOGIES DECELEES AU COURS DES CNP

- Q18 : HTA ? <Y>
Q19 : Diabète ?<Y>
Q20 : Anémie ? <Y>
Q21 : Césarienne au dernier accouchement ? <Y>
Q22 : Autres ? <Y>

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION

- Q23 : Température ##
Q24 : Conjonctive colorées <Y>
Q25 : H.U ##
Q26 : Age Gestationnel en S.A # (1 : inf à 37 S.A., 2 : 37-41 S.A., 3 : sup. à 41 S.A.)
Q27 : BDC Fœtal Perçus <Y>
Q28 : Fréquence des BDC # (1 : inf à 120Bat/mn ; 2 : 120-160Bat/mn ; 3 : 160Bat/mn)
Q29 : MAF Présents <Y>
Q30 : Présentation # (1 : Céphalique, 2 : Siège ; 3 : Transverse ; 4 : Autres)

La césarienne de qualité au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

- Q30a : La variété <A> (Si Céphalique, 1a : Sommet, 1b : Front, 1c : Face, Si siège, 2a : Complet, 2b : Décomplété)
Q31 : Dilatation # (1 : Phase de latence ; 2 : Phase active)
Q32 : Poche des Eaux rompues <Y>
Q32a : Si rompues, depuis combien de temps # (1 : sup= à 12heures ; 2 :inf à 12heures)
Q32b : Si rompues, aspect du liquide # (1 :clair ; 2 :Méconial ; 3 :Teinté ; 4 :Sanguinolent)
Q33 : Bassin # (1:Normal ; 2 :Suspicion d'anomalie pelvienne)

LA CESARIENNE

- Q34 : Indication de la césarienne _____
Q34a : S.F.A <Y>
Q34a1 : Si oui, préciser la cause # (1 : Anomalie funiculaire ; 2 : Procidence du cordon ; 4 : Présentation mal fléchie)
Q34a2 : Préciser le délai d'exécution _____
Q34b : Disproportion Foeto-Pelvienne <Y>
Q34b1 : Si oui préciser la cause # (1 : Gros fœtus ; 2 : Angustie pelvienne)
Q34c : Hémorragie <Y>
Q34c1 : Si hémorragie, Préciser # (1 : PP ; 2 : HRP ; 3 : RU ; 4 : PP+HRP)
Q34d : Eclampsie <Y>
Q34e : Présentation Vicieuse du fœtus # (1 ; EpauLe ; 2 : Front ; 3 : Transverse ; 4 : Face en menton sacré ; 5 : Autres)
Q34f : Dilatation Stationnaire <Y>
Q34f1 : Si oui, Préciser la cause # (1 : Anomalie Funiculaire ; 2 : DFP ; 3 : Anomalie cervicale ; 4 : Anomalie de présentation ; 5 : Autres)
Q34g : Dilatation en marche d'Escalier <Y>
Q34g1 : Si oui, Préciser la cause # (1 : Anomalie Funiculaire ; 2 : DFP ; 3 : Anomalie cervicale ; 4 : Anomalie de présentation ; 5 : Autres)
Q34g2 : Si oui, Préciser le niveau de prise en charge # (1 : premier palier ; 2 : deuxième palier)
Q34g3 : Si oui, Préciser l'Apgar du nouveau-né à l'extraction _____
Q34h : Rétenion du second jumeau ? <Y>
Q34i : Signes de pré rupture ? <Y>
Q34j : Procidence du cordon Battant ? <Y>
Q34j1 : Si oui, sur présentation Céphalique # (1 : en phase de latence ; 2 : en phase active)
Q34j2 : Si oui, sur présentation de siège # (1 : en phase de latence ; 2 : en phase active)
Q34k : HTA Sévère + S.F.A <Y>
Q34l : Grossesse et Autres pathologies maternelles ? <Y>
Q34l1 : Si oui, préciser la cause _____
Q34m : Autres indications de césarienne ? <Y>
Q34n : Si oui, préciser la cause _____
Q34o : Absence d'engagement à dilatation complète <Y>
Q34o1 : Si oui, préciser la cause # (1. Anomalie Funiculaire ; 2. Anomalie de présentation ; 3. DFP ; 4. Autres)
Q35a : Heure de référence #####
Q35b : Heure d'Admission #####
Q36 : Heure de Décision #####
Q37a : Délai d'exécution #####
Q37b : Si délai d'Exécution Supérieure à 1H, préciser la cause # (1 : Bloc occupé ; 2 : Refus de la gestante ; 3 : Retard de prise en charge)
Q38 : Durée d'Intervention ###.###
Q39 : Aspect du liquide amniotique à l'hystérectomie # (1 : Clair ; 2 : Méconial ;

3 : Teinté ; 4 : Sanguinolent)

- Q40 : Type de césarienne # (1 : Urgence ; 2 : Programmée ou prophylactique)
Q41 : Type d'Anesthésie # (1 : AG ; 2 : RA ; 3 : PD)
Q42 : Voie d'abord # (1. IMSO ; 2 : Incision de Pfannenstiel)
Q43 : Intervention associée ? <Y> si oui, préciser
Q43a : Hystérectomie d'Hémostase ? <Y>
Q43b : Si oui préciser cause # (1 : CIVD ; 2 : Placenta Accreta ; 3 : Atonie Utérine)
Q43c : Kystectomie ? <Y>
Q43d : Ligature des trompes ? <Y>
Q43e : Hyterorrhaphie pour rupture utérine ? <Y>
Q44 : Opérateur # (1 : Obstétricien, 2 : médecin Généraliste ; 3 : Interne)

DIFFICULTES OPERATOIRES

- Q45 : Anomalies de la paroi ? <Y>
Q45a : Si oui, préciser la cause # (1 : Obésité ; 2 : Cicatrice antérieure ; 3 : Adhérences)
Q46 : Accès au segment inférieur # (1 : Facile ; 2 : Difficile)
Q47 : y a t'il eu transfusion de sang ? <Y>
Q48 : Le sang était-il toujours disponible ? <Y>
Q48a : Si non ; Préciser la cause # (1 : Manque de sang disponible sur place ;
2 : Manque de sang à Banque de sang)
Q49 : Quelle est la quantité utilisée ? # (1 : un sachet ; 2 : deux sachets ; 3 : trois sachets)

SUIVI POST-OPERATOIRE

- Q50/ Surveillance correcte <Y>
Q51a : Si non. Préciser la cause # (1. Ordonnance non honorée, 2. Manque de surveillance du personnel, 3. Non observance du traitement)
Q51b : Complication per-opératoire <Y>
Si oui préciser la nature
Q51b1 : 1. Hémorragie <Y>
1a. Trouble de la coagulation <Y>
1b. Hémorragie utero placentaire par rupture utérine <Y>
1c. Lésions vasculaire <Y>
1d. Choc <Y>
Q51b2 : 2. Lésionnelle <Y>
2a. Lésions urinaires <Y>
2a1. Lésions vésicale <Y>
2a2. Fistule Vésico – Vaginale <Y>
2a3. Lésions urénale <Y>
2b. lésions intestinales <Y>
Q51b3 : 3. Anesthésique <Y>
Q51b4 : 4. Décès Maternel <Y>
Q51b4a : Si oui, préciser la cause _____
Q52a : Complication post - opératoires <Y>
Q52b ; Si oui, préciser la nature # (1. Infection, 2. Hémorragique, 3. Digestive,
4. Maladie thrombo - Embolique, 5. Eviscération, 6. Anémie, 7. Décès, 8. Autres)
Q52b1 : Si infection, préciser le type # (1. Endométrite, 2. Infection urinaire,
3. Choc septique, 4. Suppurations et Abscesses de paroi)
Q52b2 : Si oui, préciser _____
Q53 : Durée d'hospitalisation en jour ##
Q53a : Si durée prolongée, préciser la cause _____
Q54 : Ré hospitalisation ? <Y>

Q54a : Si oui, préciser la cause _____

ECOUT DE LA CESARIENNE

Q55 : Coût de l'accouchement normal ##### CFA

Q56 : Kit opératoire (Frais des médicaments) ##### CFA

Q57 : Acte opératoire ##### CFA

Q58 : Frais de soins Néonataux ##### CFA

Q59 : Frais d'examens para cliniques ##### CFA

Q60 : Coût global ##### CFA

Q61 : règlement des frais de prestation <Y>

Q61a : Si oui, Auteurs du règlement des frais de prestation # (1. Parents ;
2 : Prise en charge par le Centre de Santé, 3. Assistance Sociale)

NOUVEAU-NE

Q62 : Nouveau-né # (1. A terme, 2. Prématuré, 3. Post-Terme)

Q63 : Etat du nouveau-né # (1. Vivant, 2. Mort-né)

Q64 : Réanimé à la Naissance <Y>

Q65 : Apgar 1ère minute ##

Q66 : Apgar 5ème minute ##

Q67 : Apgar 10ème minute ##

Q68 : Apgar 1ère minute du 2ème jumeau ##

Q69 : Apgar 5ème minute du 2ème jumeau ##

Q70 : Apgar 10ème minute 2ème jumeau ##

Q71a : Poids de naissance (en grammes) #####

Q71b : Poids du 2ème jumeau #####

Q72a : Sexe de l'enfant # (1. Masculin, 2. Féminin)

Q72b : Sexe du 2ème jumeau # (1. Masculin, 2. Féminin)

Q73a : Malformation Néo-Natale <Y>

Q73b : si oui, préciser _____

Q74a : Complication Néo-Natale <Y>

Q74b : Si oui, préciser # (1. Infection Materno-fetale, 2. Souffrance Cérébrale,
3. Ictère Infectieux, 4. Détresse respiratoire)

Q75a : Décès Néo-Natale <Y>

Q75b : Si oui, préciser la cause _____

Q76a : Devenir #

1. Satisfaisant

2. Transfert

3. Décès

Q76b : Si transfert, Lieu # (1. Unité Néo-Natale du CSREF CV., 2. Pédiatrie HGT)

Q76c : Si transfert, Etat # (1. Vivant, 2. Décédé)

MATERIEL

- Le partogramme : pour avoir
 - ✓ L'identité de la femme
 - ✓ Les antécédents gynéco obstétricaux
 - ✓ L'examen clinique à l'admission
 - ✓ Le poids du fœtus
 - ✓ L'Apgar à la 1^{ère} et 10^{ème} minute
 - ✓ Le temps mis entre prise de décision de la césarienne et sa réalisation
 - ✓ Le registre d'accouchement : pour avoir
 - ✓ Le nombre d'accouchement par an durant la période d'étude
- Le registre d'hospitalisation : pour avoir
 - ✓ Le nombre d'hospitalisation
 - ✓ La durée d'hospitalisation
 - ✓ Les parturientes ré hospitalisées
- Les fiches de surveillances : pour avoir
 - ✓ Le suivi post opératoire
 - ✓ Les complications éventuelles de l'opération
- Les fiches d'anesthésie : pour avoir
 - ✓ Le type d'anesthésie
 - ✓ Les complications anesthésiques
 - ✓ La durée de l'intervention
- Le registre de protocole opératoire : pour avoir
 - ✓ Le motif de la césarienne
 - ✓ Le type d'hystérotomie
 - ✓ La qualité de l'opérateur
 - ✓ Les difficultés opératoires
- Le cahier de recouvrement des frais opératoires et médicaments : pour avoir
 - ✓ Le règlement des frais de prestations
 - ✓ Les actes non payés
- Le registre de référence de la pédiatrie : pour avoir

VARIABLES ETUDIÉS

Pour chaque cas, une fiche individuelle a été élaborée dont les paramètres étudiés étaient les suivants :

- Etat civil
- Origine géographique de la référence, leur mode d'admission
- Indication opératoire, type d'anesthésie
- Les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre de l'intervention
- Le pronostic maternel et néonatal en post partum immédiat et à la sortie
- Données du suivi maternel et néonatal et le coût de l'intervention.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : CISSE

Prénom : Seybou

TITRE : La césarienne de qualité au Service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de référence de la Commune VI du District de Bamako à propos de 400 cas.

Année Universitaire : 2005-2006

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'Origine : Mali

Lieu de Dépôt : Gynécologie - obstétrique, Santé Publique

RESUME

Du 1^{er} juin 2004 au 31 Mai 2005 s'est effectuée une étude d'évaluation de la qualité de la césarienne dans le service de Gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI. Elle a porté sur l'évaluation des résultats.

En l'absence de critères réels d'évaluation nous avons élaboré des critères propres à nos contextes basés sur les conditions de prise en charge, la réalisation et les résultats de l'intervention, le suivi post opératoire. Nous avons recensé 400 césariennes durant la période d'étude soit une fréquence de 8,82%. L'étude des césarisées révèle que les femmes venaient de toutes les communes du district de Bamako et hors du district.

45,5% de nos patientes ont été évacuées. La souffrance fœtale a été la 1^{ere} cause de césarienne avec une fréquence relative de 28,7%. Parmi les groupes d'indication, les indications obligatoires constituent le 1^{er} motif de césarienne avec 43,3%. Il y avait une indication abusive dans 1,8% des cas.

1,8% de nos césariennes s'accompagnent de complications maternelles et 0,5% de décès maternel.

29% de nos césariennes s'accompagnent de complications néonatales et 5,25% de mortalité périnatale.

Il aurait eu 31 cas de ligatures des trompes soit 91,2% des interventions associées à la césarienne. Le suivi post opératoire n'était pas satisfaisant dans 3,2 % des cas.

Le séjour moyen a été de 4 jours ; 7 malades ont été ré hospitalisées.

Mots clés : Evaluation, qualité des soins, césarienne

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et 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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verrons pas ce qui se 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 leur père.

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