REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

Année : 2022 **N° 2429**

PRATIQUE DE LA CESARIENNE SELON LA CLASSIFICATION DE ROBSON A LA CUGO DU C.N.H.U- HKM DE 2019 à 2021

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE DIPLOME D'ETAT

Par :

Elvine ADJINDA

Née le 25 Novembre 1994 à Cotonou **(République du Bénin)**

Directrice de thèse

Pr Christiane TSHABU AGUEMON

Co-directeur de thèse

Dr Moufalilou ABOUBAKAR

Président du Jury

Pr Eugène ZOUMENOU

Membres du Jury

Pr Justin Lewis DENAKPO

Pr Christiane TSHABU AGUEMON

Année académique 2020-2021

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI **FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Scanné avec CamScanner

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Scanné avec CamScanner

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médessè David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

Scanné avec CamScanner

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

NOVEMBRE 2022

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

DEDICACES

Au Seigneur Dieu Tout Puissant pour sa protection et son assistance tout au long de ma vie.

- ***A Toutes les mères qui ont perdu la vie en donnant la vie.***
- **Aux orphelins dont les mères ont succombé après leur avoir donné la vie.**
- ***A mon père : Louis ADJINDA***

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

- **A ma mère : Ablavi DEGBOE**

Maman chérie, ce travail est fait spécialement pour te rendre hommage. Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Tu nous as toujours choyés, rassurés et réconfortés. Tu incarnes pour nous l'amour, la tolérance, la bonté.

Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui que tu as gardés dans les mêmes conditions que tes propres enfants feront de nous ce que tu as toujours souhaité.

Et surtout Pardonne moi pour tous les désagréments, les angoisses et la fatigue que je t'ai causés. Tu es et seras notre fierté de tous les temps.Je te promets de réaliser au-delà de ce rêve que tu n'as pas pu réaliser toi-même qui est celui de devenir une sage-femme.

Papa et Maman ; Que DIEU vous bénisse et vous garde aussi longtems auprès de nous pour que vous puissiez enfin jouir des fruits mûrs que vous avez tant souffert à entretenir. Que l'avenir soit pour vous soulagements et satisfactions.

Puisse Dieu vous accorde la santé et la longévité !

A mes adorables frères : Morrison, Anny et Teddy

On a l'habitude de dire qu'on ne choisit pas sa famille. Aujourd'hui, j'ai la ferme conviction que si l'occasion m'est donné de faire ce choix, je n'aurais pu mieux faire. Vous représentez énormément pour moi et le quotidien que nous avons partagé a servi à forger ma personnalité. Ensemble nous avons traversé des moments agréables, parfois pénibles mais nous nous en sommes sortis encore plus forts et plus soudés. Même de loin, grand frère, tu n'as jamais cessé de me soutenir du mieux que tu le peux. A chacun de vous je souhaite le meilleur sous le couvert du Seigneur.

Ce travail est le fruit des sacrifices que nous avons consentis dignement et humblement et collectivement. C'est l'occasion pour moi de vous remercier et de vous dire combien je vous aime.

Mes oncles et tantes:

Par crainte d'en oublier, je n'ai pas cité les noms.
Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis mon jeune âge. Je vous en serai toujours reconnaissante et prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont pas parmi nous aujourd'hui.

A feu Régina GOMEZ :

Qui nous a quitté précocement et n'a pu terminer ses études médicales comme nous. Aujourd'hui devenue un ange dans le ciel reste là-haut et veille sur nous. Que ton âme repose en paix très chère sœur !

- ***A Mr Armand GOMEZ :***

Tu es resté à nos côtés, tu nous as soutenu malgré la perte de ta pierre précieuse Régina. Tu t'ai toujours soucié de notre évolution et n'hésitait pas à nous prêter oreille comme tout père l'aurait fait malgré ta douleur. Merci d'avoir toujours été présent pour nous cher papa. Que Dieu te fortifie !

REMERCIEMENTS

- Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou: Je suis fière d'avoir été votre élève, votre étudiante. Trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

- **A la famille BOCCO :**

Il m'est difficile de trouver les mots pour vous exprimer ma reconnaissance.
Il est très rare de trouver de nos jours une famille aussi gentille et aimable que la vôtre.
Vous m'avez appris le sens du partage. Vous m'avez accueillie à bras ouverts et m'avez toujours traitée avec beaucoup d'affections.
Je n'ai peut-être pas eu l'occasion de vous remercier, car l'oiseau ne s'arrête pas de remercier l'arbre, car il y revient le jour suivant et encore et encore.
Que le seigneur vous bénisse chaque jour d'avantage.

- **A mes cousins et cousines :**

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

- **A mes formateurs**:

Pr SEHONOU Jean, Pr DENAKPO Justin, Pr VIGAN, Pr ZOMALHETO Zavier, Pr AWANVOEGBE, Pr VOYEME Carl, Pr HOUNNOU Gervais, Pr DARBOUX, Pr PADONOU Nazaire, Pr KPADONOU Toussaint, Pr FIOSSI KPADONOU Emilie, Pr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande, Dr OGOUDJOBI Mathieu, Dr ABOUBAKAR Moufalilou, Dr KPOSSOU Raimi, Dr SOKPON, Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia :
Vous êtes des encadreurs émérites et exemplaires, véritables océan de savoir dans lequel nous nous abreuvons.

Auprès de vous très chers professeurs, nous avons acquis l'amour de la recherche scientifique. Très chers Maîtres les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance et toute mon affection.

Vous nous avez conseillée et éduquée avec amour et patience et j'aurai du mal à oublier ces moments passés à vos côtés. Vous êtes et resterez des modèles pour nous.

- **Aux gynécologues obstétriciens et D.E.S :**

Dr TEVOEDJRE, Dr DANGBEMEY, Dr DOUGNON Fabrice, Dr BOCCO Ségolène, Vous avez été des guides et des conseillers attentifs. Votre disponibilité, votre rigueur, votre courage ont toujours fait l'objet d'une grande admiration de ma part.

Merci pour vos conseils et pour tous les bons moments passés ensemble. Recevez mes excuses pour tout le tort que j'ai pu vous causer. Que la Grâce et la Miséricorde du TOUT PUISSANT vous accompagnent toute la vie et,

Recevez ici ma profonde gratitude.

- **Aux Sages-femmes et infirmières de la CUGO-CNHU-KM :**

Que Dieu vous donne longue vie et succès dans votre profession.

- **Au personnel de la CUGO et de tout le CNHU-HKM :**

Un grand merci à vous pour votre soutien.

- ***A tous mes camarades internes et cadets de la CUGO -du CNHU-HKM :***

ZOMAKPE Michelle, HOUSSOU Lauréate, HINVI Sibelle et les autres.

Merci pour la confiance, les échanges de connaissance et toutes mes excuses pour mes tords.

- ***A mes promotionnaires :***

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

- ***Aux autres amis et camarades en thèse ou déjà devenus Docteurs en Médecine:*** *nous vous disons simplement merci pour votre collaboration soutenue et votre bon esprit.*

- **A mes agents de collecte : valentin, Boloss, Gilles, Orlane et Roukiath**

Mille fois merci! Que l'Eternel vous guide tout au long de votre cursus

- ***A ces belles personnes que la médecine m'a permis de connaitre :***

Inès WANKPO, Maurelle KPASSA, Justine da-ARONARD, plus que des amies, aujourd'hui vous êtes des sœurs. Des moments difficiles comme des moments de joie, on en a connu et tout le temps, on était toujours présente l'une pour l'autre jusqu'à présent. Que Dieu nous unisse davantage et guide les pas de chacune d'entre nous.

- ***A GILLES ALIHONOU***

Plus qu'un ainé tu as été pour moi d'un grand soutien, quand je faisais des faux pas tu n'hésitais pas à me rappeler à l'ordre et à me montrer le chemin à suivre, tu m'a soutenu dans tous les moments aussi bien de joie et de peine que je traversais, merci d'avoir été un bon conseiller pour moi et merci pour ta présence dans ma vie cher ainé. Que l'éternel te protège.

- ***A tous mes proches***

Annick, Moulicath, Isabelle, merci de faire partir de ma modeste vie et de toujours me soutenir. Que Dieu vous bénisse.

- ***A mon fiancé Fabrice BOCCO****, merci pour ta patience, ta compréhension, ton soutien, tes conseils tout au long de l'élaboration de ce document. Des moments difficiles on en a connu mais on a pu les surmonter jusqu'à présent. Que Dieu nous unisse davantage. Merci pour ta présence dans ma vie.*

HOMMAGES

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR,

Dr ABOUBAKAR Moufalilou, **Maître-assistant en Gynécologie et Obstétrique à la FSS**,Chef du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital d'Instruction des Armées –CHU de Cotonou

Cher Maitre, l'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande estime et admiration que nous portons à votre égard. Votre disponibilité et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail. Votre ardeur au travail, votre dévouement, l'amour du travail bien fait, le souci constant d'une bonne formation, votre expérience et votre compétence nous ont marqué positivement et font de vous un modèle pour nous.

Soyez rassurés, cher maître, de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE,

Professeur TSHABU-AGUEMON Christiane ;

Professeur titulaire de Gynécologie-obstétrique à la FSS ;

Chef de service adjointe de la CUGO-CNHU-HKM ;

Directrice de l'Ecole Supérieure des sages-femmes de l'INMES de Cotonou ;

Trésorière générale du bureau du Collège national des Gynécologues-obstétriciens du Bénin

Vos qualités de femme de science, votre clairvoyance, votre assiduité et votre rigueur scientifique ont forgé notre admiration et ont suscité notre désir d'être comptée parmi vos disciples.

Chère maître, nous sommes reconnaissante pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus qu'un honneur, c'est un plaisir de vous côtoyer. La qualité de votre enseignement, votre grande culture scientifique, votre disponibilité de jour comme de nuit à nous soutenir sans faille, font de vous, un grande maître de référence admiré de tous.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait que nous vous connaissons, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, et votre qualité de mère aimante avec une grande faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Merci pour votre disponibilité au quotidien.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre meilleure l'Ecole béninoise de gynécologie obstétrique.

A NOTRE MAITRE

Professeur DENAKPO Justin Lewis :

Professeur titulaire de Gynécologie et d'Obstétrique à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou ;
Chef Service de la CUGO du CNHU-HKM ;
Coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Gynécologie-Obstétrique de la FSS ;
Chevalier de l'Ordre National du Bénin

Cher maitre, votre sens du partage de la connaissance et votre manière de la partager nous ont toujours profondément séduit, plus qu'un maitre vous êtes comme un père pour nous et vous n'hésitez pas du tout pour vous rendre disponible pour vos étudiants. Vous êtes et resterai toujours un mentor, un exemple pour nous.

Merci de nous avoir permis de faire nos recherches dans votre service.

Que Dieu vous bénisse!

A NOS MAITRES, LES HONORABLES MEMBRES DU JURY

Chers Maîtres, malgré vos calendriers chargés vous avez accepté avec spontanéité de juger notre travail. Vos précieuses recommandations seront prises en compte pour améliorer la qualité de celui-ci. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect**.**

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

%	:	Pourcentage
ACTD	:	antécédents
BGR	:	Bassin généralement rétréci
cm	:	Centimètre
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA
CPN	:	Consultation prénatale
CS Réf	:	Centre de Santé de Référence
CUGO	:	Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique
DES	:	Diplôme d'études spéciales
DIU	:	Dispositif Intra-utérin
DPF	:	Disproportion foeto-pelvienne
FIGO	:	Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
FSS	:	Faculté des Sciences de la Santé
g	:	Grammes
H	:	Heure
HRP	:	Hématome rétro placentaire
HTA	:	Hypertension artérielle
IBOD	:	Infirmier du Bloc Opératoire
INMES	:	Institut National Médico-Sanitaire
LRT	:	Ligature résection des trompes
min	:	Minute
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PP	:	Placenta prævia
RCI	:	République de Côte d'Ivoire
RDC	:	République Démocratique du Congo
SA	:	Semaine d'aménorrhée
SFA	:	Souffrance fœtale aigué

TCA : Taux de Céphaline Activé

TP : Taux de Prothrombine

UON : Unmeet Obstetrical Needs

US : Etats-Unis d'Amérique

BTR : Bassin Transversalement Rétréci.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Prévalence de la césarienne de 2019 à 2021 au CNHU de Cotonou……. 34

Tableau II: Répartition des patientes selon l'âge.....35

Tableau III: Répartition des patientes selon le niveau d'étude et la situation matrimoniale. 36

Tableau IV: Répartition des patientes selon les critères de ROBSON. 37

Tableau V : Répartition des patients selon les groupes de ROBSON et par année. 39

Tableau VI: Répartition des césarisées antérieures selon les groupe de ROBSON. 41

Tableau VII : Répartition de la parité ***(n= 2484)*** selon le groupe ROBSON…….. 42

Tableau VIII: Répartition des patientes selon le groupe ROBSON et le mode d'admission. 43

Tableau IX: Répartition des patientes selon les groupes de ROBSON et un antécédent d'accouchement prématuré 44

Tableau X : Part de chaque groupe ROBSON au taux de césarienne et d'accouchement au CNHU de Cotonou.....45

Tableau XI: Répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatale. 46

Tableau XII: Répartition des patientes selon l'âge gestationnel et le statut pondéral.....47

Tableau XIII: Répartition des patientes selon le mode d'entrée en travail et la césarienne. 48

Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne. 51

Tableau XV: Répartition des patients selon la morbidité obstétricale.....53

Tableau XVI: Statut vital de la mère avant la sortie selon la classe de ROBSON. 54

Tableau XVII: Devenir du fœtus selon la classe de ROBSON à laquelle appartient la mère. 55

Tableau XVIII: Répartition de la contribution relative du groupe 5 de ROBSON selon les auteurs 62

LISTE DES FIGURES

Figure 1:Divulsion crâniale et caudale de l'aponévrose par traction 12
Figure 2: Traction par deux mains placées l'une sur l'autre 13
Figure 3: Voies d'abord (incision de Pfannenstiel) 13
Figure 4: Voies d'abord : PFANNENTIEL, IMSO, IMSSO 14
Figure 5: Technique de la césarienne : exposition 14
Figure 6: Technique de la césarienne : décollement vésical 15
Figure 7: Technique de la césarienne : décollement vésical 15
Figure 8: Technique de la césarienne : hystérotomie segmentaire 16
Figure 9: Technique de la césarienne : incision du segment inférieur 16
Figure 10: Technique de la césarienne (extraction fœtale) 17
Figure 11: Technique de la césarienne (extraction fœtale) 17
Figure 12: La classification en dix (10) groupes de Robson 30
Figure 13: Diagramme de flux des accouchements. 33
Figure 14 : Répartition des patientes selon l'année. 34
Figure 15: Répartition des accouchements et césariennes selon l'année. 38
Figure 16: Répartition des patientes selon le mode d'admission et l'année. 40
Figure 17: Répartition des patientes selon le type de présentation et la classe ROBSON 49
Figure 18: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement et la classe ROBSON 50
Figure 19: Répartition du poids de naissance de l'enfant selon le statut ROBSON de la mère. 56

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1.GENERALITES… 4

2CADRE ET METHODE D'ETUDE 21

3 RESULTATS……. 32

4DISCUSSION…… 57

CONCLUSION 65

SUGGESTIONS 66

REFERENCES 68

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES ..... a

INTRODUCTION

Anciennement perçue comme un mythe, la césarienne est de nos jours de plus en plus pratiquée dans les services de gynécologie-obstétrique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, un taux de césarienne de plus de 15% ne pourrait pas se justifier quel que soit la région du monde. **[1]**

Dans les pays en développement, bien que les taux de césarienne restent faibles par rapport à ceux des pays occidentaux, ces taux ont toutes fois connu une augmentation du fait de la mise en œuvre des politiques de santé comme la gratuité de la césarienne au Bénin qui a pour objectif d'augmenter l'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence. L'évaluation de cette initiative a conclu à l'inflation des taux de césarienne. L'une des difficultés majeures pour définir le taux de césarienne optimal, quelle que soit la méthode de calcul réside dans le fait qu'il n'existe pas de système de classification fiable et mondialement reconnu.

Parmi les systèmes de classification des césariennes existants, la classification en 10 groupes, proposée par ROBSON en 2001 a été largement utilisée dans de nombreux pays au cours des quinze dernières années **[2],[3]**. Cette standardisation permet de comparer et d'analyser les taux de césarienne au sein de ces groupes et entre eux en limitant les facteurs de confusion **[4]**. D'un point de vue économique, l'inflation du nombre de césariennes est associée à un surcoût. La majorité des césariennes primaires sont réalisées sur la base d'indications relatives. Certaines césariennes sont même réalisées juste pour des raisons de convenance et non pour des raisons médicales. Alors même que le taux de césarienne reste faible en Afrique et particulièrement en Afrique subsaharienne posant ainsi un véritable problème de santé publique

L'utilisation d'outils pertinents et validés par l'OMS et la FIGO comme la classification de Robson permet d'analyser l'évolution des césariennes. Ce système permet de distinguer les groupes à haut risque de césarienne au sein d'un établissement de santé.

Au Bénin, selon les rapports de l'Annuaire Statistique de la Direction Nationale de la Santé, le taux est resté inférieur à 3% jusqu'en en 2015.

Objectifs

Objectif général

Etudier les pratiques de césarienne selon la classification de Robson à la CUGO du CNHU-HKM de 2019 à 2021.

Objectifs spécifiques

a- Déterminer la fréquence de la césarienne de -2019 à 2021 ;

b- Calculer la fréquence de chaque groupe de la classification de ROBSON parmi les femmes ayant bénéficié de césarienne;

c- Analyser la distribution des césariennes en utilisant la classification de Robson en 10 groupes ;

~~d-~~ Identifier les principaux groupes contributeurs à la césarienne selon la classification de Robson ;

e- Etablir le pronostic materno-fœtal de la césarienne selon les différentes classes de Robson *;*

1. GENERALITES

1-1 Définitions des concepts

1-1-1 La césarienne :

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus après ouverture de l'utérus, abordée généralement par voie abdominale et exceptionnellement par voie vaginale.

Cette définition exclut l'extraction d'un fœtus de la cavité abdominale après rupture de l'utérus ou en cas de grossesse abdominale[5].

1-1-2 Pratique de la césarienne :

La pratique de la césarienne est la mise en œuvre d'une intervention chirurgicale pour extraire le fœtus de l'utérus par voie haute plus fréquemment et rarement par voie base.

1-1-3 Définitions opératoires :

- **Nullipare** : une première grossesse sans avoir accouché,
- **Multipare** : à partir d'un accouchement (dans notre cas),
- **Venue d'elle-même** : c'est le fait de prendre l'initiative de venir consulter de son propre chef avec ou sans notion d'urgence,
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge avec sans notion d'urgence,
- **Césarienne prophylactique** : césarienne programmée lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement,
- **Césarienne en urgence** : césarienne réalisée pendant le travail d'accouchement ou indiquée dans le but de sauver la mère et ou l'enfant,
- **Travail spontané** : le travail qui survient de lui-même sans intervention extérieure,
- **Déclenchement du travail** : induction du travail d'accouchement (mécanique ou médicamenteux),

- **Accouchement prématuré** : tout accouchement survenant avant **37 SA** révolues ou d'un poids fœtal inférieur à **2500g.**

1-2 Description de la césarienne :

La césarienne est la plus fréquente des causes d'utérus cicatriciel. Elle peut être segmentaire ou corporéale ou encore segmento-corporéale. Elle consiste à ouvrir chirurgicalement l'utérus dans le but d'en extraire le produit de conception.

La césarienne corporéale est une incision-ouverture sagittale verticale du corps utérin.

Elle contre-indique le travail lors d'un accouchement ultérieur en raison du risque élevé de rupture utérine. On classe dans la même catégorie les incisions segmento-corporéales ainsi que la mini-césarienne pour avortement thérapeu- tique du 2ème trimestre qui, elle aussi, est corporéale.

La césarienne segmentaire est pratiquement toujours transversale mais elle peut être parfois verticale avec un risque que l'incision se prolonge vers le haut la transformant en segmento-corporéale.

Toutefois l'incision transversale doit être suffisamment large et arciforme à con-cavité supérieure pour éviter de voir « filer » l'incision latéralement avec le risque d'une atteinte du pédicule vasculaire utérin qui pose parfois de délicats problèmes d'hémostase.

Toutefois dans l'hystérotomie segmentaire, la qualité de la cicatrice tient pour beaucoup à la bonne exécution de la suture. En raison de la disposition lamellaire des plans du segment inférieur, surtout dans l'incision transversale, on doit prendre le soin de charger avec l'aiguille de chaque côté, la totalité de l'épaisseur des tranches .[6]

Un opérateur insuffisamment entraîné peut ne saisir qu'une des lamelles et il est probable qu'une partie des désunions futures tiennent de cette faute technique aisément évitable.

❖ **Préparation de l'intervention :**

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

- Préparation de la paroi effectuée en salle de naissance,
- Lavage soigneux de la paroi abdominale,
- Mise en place d'une sonde vésicale avec asepsie,
- Prise d'une voie veineuse de calibre suffisant,
- Bilan pré-anesthésique. Dans les situations à haut risque de césarienne (Césarienne prophylactique, Déclenchement, Epreuve de travail) il est réalisé dès l'entrée en salle de travail. Ce bilan complet dont: le Groupage/Rhésus, le TP, TCA, les Plaquettes, la Créatininémie) doit être réalisé. Si possible, il faut faire voir la patiente le plus tôt possible à l'anesthésiste et faire partir ce bilan en urgence.
- Bilan obstétrical : Evolution du travail apprécié par le toucher vaginal dans le cas de problèmes de fin de dilatation ; l'état du fœtus (appréciation des bruits du cœur fœtal) [7].

❖ **Préparation du chirurgien** :

Le premier lavage des mains de la journée doit du rer 5 minutes, alors que les suivants peuvent être de deux minutes (recommandation du Centre for Disease Control, 1985), délai suffisant pour éradiquer 98% de la flore manu portée. Par contre le lavage postopératoire, trop souvent négligé, devrait devenir une pratique routinière, car 30% des gants du chirurgien sont perforés en fin d'intervention. Le port de lunettes et de deux paires de gants est fortement recommandé pour éviter des éventuelles contaminations septiques du chirurgien.

La césarienne doit être exécutée de façon sûre par un opérateur qui connait l'anatomie de l'utérus gravide (la chirurgie et l'obstétrique) ;

❖ **Préparation de la patiente** :

Quel que soit le type d'incision pariétale, la patiente est placée en décubitus dorsal avec une légère inclinaison latérale gauche de l'ordre de 10 à 15° (obtenue simplement par un drap roulé et placé sous le flanc droit ou par un roulis de la table

d'opération). Cette recommandation repose sur le risque de compression de la veine cave inferieure par l'utérus gravide induisant une baisse du débit cardiaque par diminution du retour veineux et une hypoxie fœtale potentielle. Cependant les bénéfices fœtaux n'ont pas été formellement démontrés par des essais randomisés [8],[9] : ils ont été réalisés essentiellement sous anesthésie générale et n'ont pas évalué les conséquences hémodynamiques de la rachianesthésie.

En cas de césarienne en cours du travail, il paraît souhaitable que les membres inférieurs soient placés en abduction suffisante pour qu'un deuxième aide opératoire puisse éventuellement effectuer une manœuvre par voie périnéo-vaginale.

❖ **Anesthésie** :

Le choix du type d'anesthésie dépend des circonstances obstétricales, de la pathologie, des contre-indications de chaque méthode et de l'habitude de l'anesthésiste [5].

Actuellement, pour faire une césarienne, il y a plusieurs types d'anesthésie :

On distingue deux méthodes [7],[10]

L'anesthésie générale ; et

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

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

❖ **Description de quelques techniques de la césarienne** :

Nous n'avons pas pour objectif de décrire toutes les techniques, aussi nombreuses

qu'elles sont depuis les débuts de l'intervention jusqu'à maintenant. Ainsi, ne seront décrites ici que la technique de Misgav-Ladach et la technique de la césarienne classique.

Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustive, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

- ✓ **Technique De Misgav Ladach** [7], [11] :

Micheal Stark a inventé une technique qu'il a modestement appelé méthode de Misgav-Ladach (nom de l'hôpital où l'expérience fut réalisée).

Cette technique implique une ouverture utérine segmentaire transversale après incision pariétale selon la technique de Joël-Cohen modifiée. Celle-ci consiste à faire une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ trois centimètres (3 cm) au-dessous de la ligne inter iliaque unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures : l'opérateur étant à droite de la patiente.

L'incision est approfondie au centre avec le scalpel jusqu'au contact de l'aponévrose des muscles grands droits de l'abdomen que l'on ouvre transversalement sur deux centimètres (2 cm) à ce moment et au moyen des index. L'aponévrose est étirée cranialement et caudalement afin de réaliser l'exposition pour la prochaine étape et de mettre en évidence la ligne blanche. L'opérateur et l'assistant vont introduire de part et d'autre l'index et le médius d'une main sous le muscle grand droit, puis étirer transversalement de façon bilatérale les muscles, l'aponévrose et le tissu sous cutané jusqu'à obtenir l'orifice nécessaire à l'extraction. Si plus de force est requise, l'index et le médius de l'autre main sont placés sur les deux doigts de la première main et non pas à côté.

Le péritoine pariétal est fragilisé transversalement par étirement digital, en utilisant les deux index jusqu'à l'obtention d'un orifice permettant l'introduction des index, qui, par étirement cranio-caudal, vont permettre l'ouverture transver sale du feuillet péritonéal.

Si l'ouverture digitale du péritoine s'avère difficile, on utilisera les ciseaux. Un écarteur de paroi est mis en place afin d'optimiser l'accès au segment infé rieur de l'utérus. Une simple valve sus pubienne peut être utilisée à cet effet.

On effectue au scalpel à deux centimètres (2 cm) au-dessus du repli vésico-utérin, une courte incision transversale du segment inférieur jusqu'à voir bombées les membranes amniochoriales. Aucun décollement vésico-utérin n'est nécessaire. Puis, au moyen de ses deux index l'opérateur va étirer latéralement les fibres musculaires lisses pour obtenir l'hystérotomie transversale.

Après la délivrance, l'utérus est extériorisé hors de la cavité abdominale. L'hystérotomie est suturée en un plan en chargeant la totalité de l'épaisseur du myomètre par un surjet non passé au fil résorbable de Vicryl N°1. Si l'hémostase n'est pas parfaite, des points simples sont rajoutés. Après élimination manuelle d'éventuels caillots sanguins, l'utérus est réintégré dans l'abdomen.

Les péritoines viscéral et pariétal ne sont pas suturés et les muscles de l'abdomen ne sont pas rapprochés à l'aide de fils. L'aponévrose est fermée à l'aide d'un surjet non passé au fil résorbable de Vicryl N°1.

Cette fermeture aponévrotique est aidée par la pose de 4 pinces de Kocher : une à chaque angle et les deux autres au centre, sur les bords de l'incision.

Alors que l'assistant soulève les pinces de Kocher centrales pour extérioriser l'aponévrose, l'opérateur débute le surjet à l'angle de son côté, de l'intérieur vers l'extérieur pour que le nœud se retrouve sous l'aponévrose.

Progressant vers l'angle du côté de l'assistant, l'opérateur tend le surjet de sa main gauche. Lorsqu'il atteint cet angle, l'assistant soulève la dernière pince de Kocher pendant que le nœud bloquant le surjet est fait sous l'aponévrose.

Le tissu graisseux sous-cutané n'est pas suturé. La peau est affrontée au fil à peau par 3 ou 4 points de Blair-Donnati très espacés. Les intervalles sont rapprochés par 4 pinces d'Allis posées pour 5 minutes.

- ✓ **La technique de la césarienne classique [4],[8] :**

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

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

Une péritonisation complète est effectuée. L'aponévrose est suturée en surjet par un fil résorbable et un fil à peau en points séparés ou en surjet est mis sur la peau. Cette césarienne classique se fait en dix temps :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dixième temps : Fermeture plan par plan de la paroi.



Figure 1:Divulsion crâniale et caudale de l'aponévrose par traction **[12]**



Figure 2: Traction par deux mains placées l'une sur l'autre **[12]**

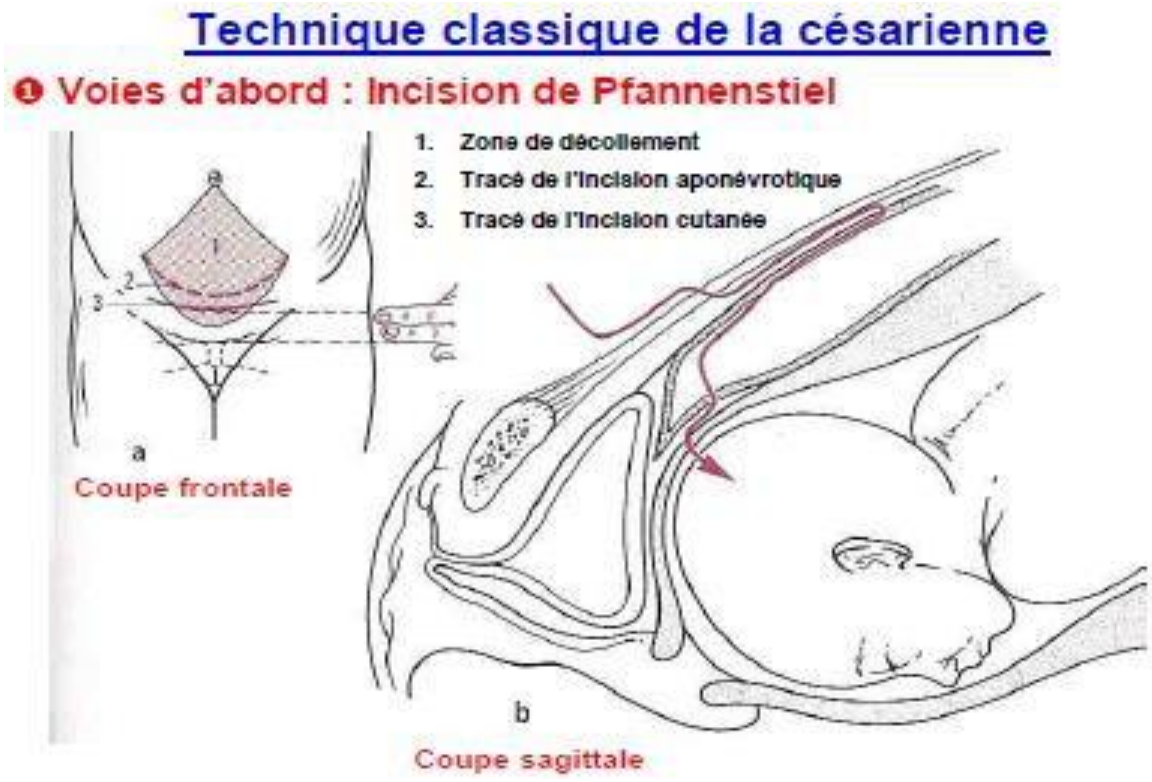


Figure 3: Voies d'abord (incision de Pfannenstiel) **[5]**



Figure 4: Voies d'abord : PFANNENTIEL, IMSO, IMSSO **[5]**

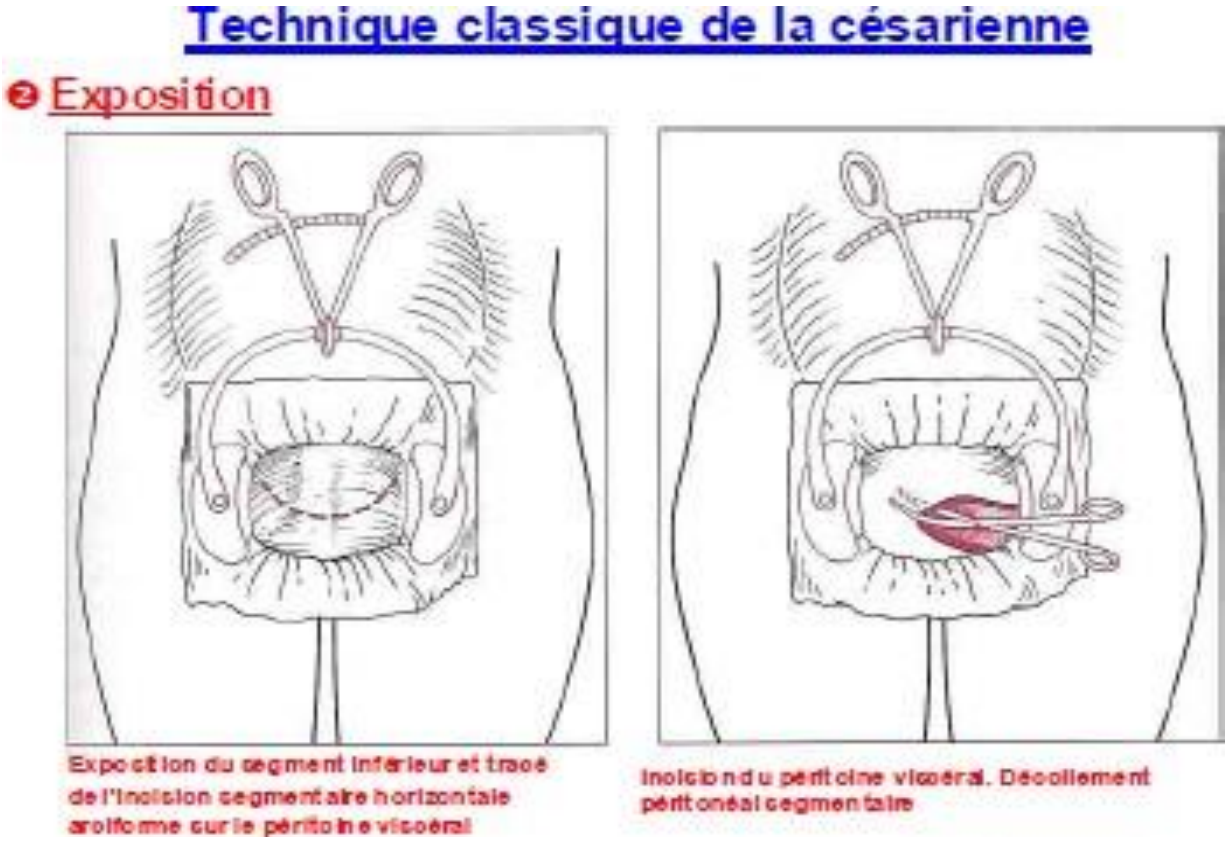


Figure 5: Technique de la césarienne : exposition **[5].**

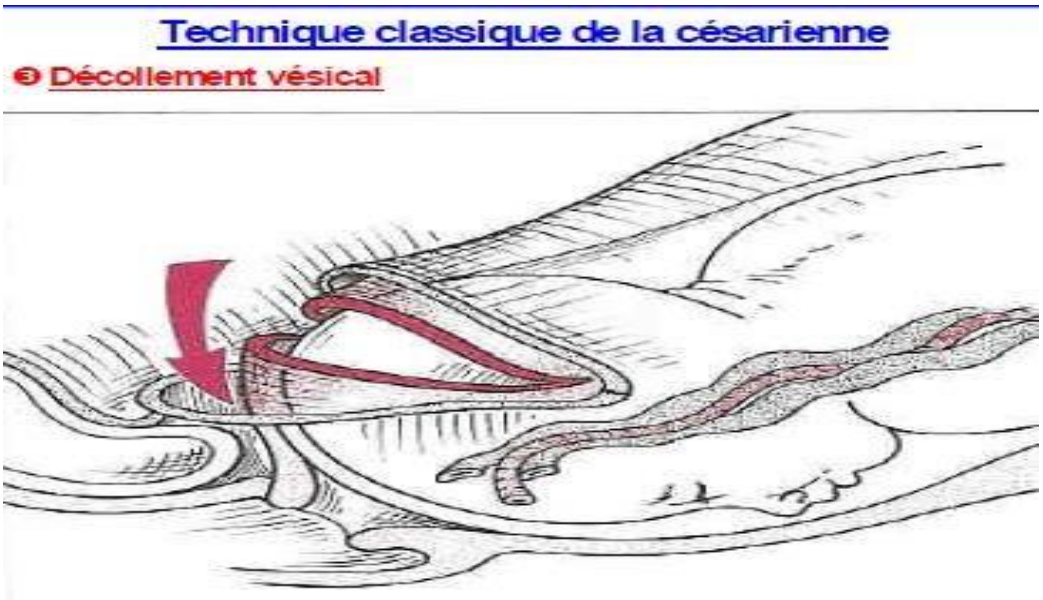


Figure 6: Technique de la césarienne : décollement vésical **[5]**



Figure 7: Technique de la césarienne : décollement vésical **[5].**



Figure 8: Technique de la césarienne : hystérotomie segmentaire **[5].**

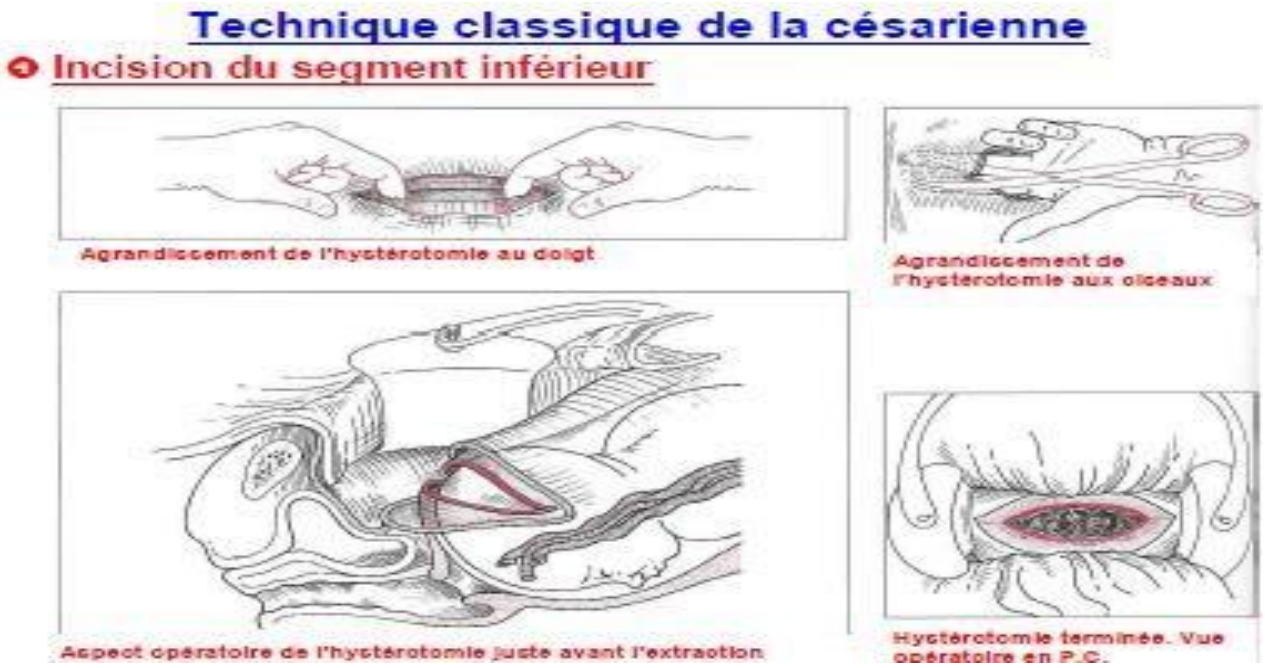


Figure 9: Technique de la césarienne : incision du segment inférieur **[5].**



Figure 10: Technique de la césarienne (extraction fœtale) **[5].**



Figure 11: Technique de la césarienne (extraction fœtale) **[5].**

1-3 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 cicatrisation est d'excellente qualité.

1-4 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 :

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

1-5 Indications de la césarienne :

Les indications de la césarienne sont nombreuses et variées. Elles se répartissent en trois groupes:

- Les indications portées en consultation prénatale avant toute entrée en travail d'accouchement: c'est la césarienne programmée ou prophylactique.
- Les indications portées en salle de travail devant :
  - Une urgence obstétricale,
  - Un problème pathologique actuel,
  - Une évolution anormale du travail.
- La Césarienne de convenance personnelle :

Césarienne programmée [11]

La césarienne est dite « prophylactique » s'il s'agit d'une première intervention, et « itérative » chez une femme déjà césarisée.

L'indication est portée en consultation au cours des visites prénatales qu'il s'agisse :

- D'un bassin chirurgical ;
- D'un obstacle praevia connu (placenta recouvrant, fibrome, kyste ovarien) ;
- D'une anomalie ou lésion de l'appareil génital : cicatrice utérine de mauvaise qualité, cancer du col, anomalie du vagin (diaphragme), anomalie du périnée (fistule, déchirure compliquée ou prolapsus réparé) ;
- D'une cause maternelle : hypertension artérielle, cardiopathie, accident vasculaire cérébral, insuffisance respiratoire ;
- D'une cause annexielle : le placenta praevia ;
- D'une cause fœtale : souffrance fœtale chronique, malformation fœtale, grossesse multiple, présentation dystocique.

Les indications portées en salle de travail :

- Urgences obstétricales ; elles sont au nombre de trois :
    - Urgence maternelle : la pré-rupture ;
    - Urgence annexielle : les hémorragies (placenta praevia recouvrant, hématome retroplacentaire avec enfant vivant) ;
    - Urgence fœtale : souffrance fœtale aigue avant l'entrée ou en tout début de travail, la procidence du cordon ;
- Problème pathologique actuel ;
- Pathologie maternelle : hypertension, cardiopathie, diabète mal contrôlé, anémie, vulvo-vaginites herpétiques, VIH non traitée ou charge virale élevée;
- Cause fœtale : présentation dystocique, macrosomie, pathologie fœtale (souffrance fœtale chronique, prématurité, dysgravidie, allo-immunisation),
- Anomalie du travail,
- Dystocie mécanique,
- Dystocie dynamique,
- SFA en cours de travail.

La césarienne de convenance personnelle :

L'évolution actuelle de la relation médecin-patient s'engage vers un processus d'échange où la patiente devient une actrice essentielle du choix, une fois qu'elle aura été dûment et entièrement informée par l'obstétricien[11].

La demande maternelle n'est pas en soi une indication à la césarienne. Il est recommandé de rechercher les raisons spécifiques à cette demande, de les discuter et de les mentionner dans le dossier médical [7].

2 CADRE ET METHODE D'ETUDE

2-1 Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO).

2.1.1 La CUGO

La CUGO du CNHU-HKM, est, au Bénin, le centre de référence en matière de délivrance de soins de santé obstétricaux et chirurgicaux. En tant que tel et pour mener à bien la mission à lui assignée, il dispose comme tout centre de santé, d'infrastructures et d'équipements appropriés, de même qu'un personnel formé et dévoué pour ladite mission.

2.1.1.1 Les infrastructures

La CUGO compte trois secteurs : le secteur de consultation, le secteur technique et le secteur d'hospitalisation. Le centre a une capacité d'accueil de 60 lits. Les différents secteurs se présentant comme suit:

- **Le secteur de consultation**

Ce secteur comprend :

- ✓ Des bureaux
- ✓ Une salle d'archives des dossiers médicaux;
- ✓ Une salle de réunion ;
- ✓ Deux salles d'échographie ;
- ✓ Une salle de colposcopie ;
- ✓ Un hall d'attente ;
- ✓ Une salle d'information, d'éducation et de communication qui sert d'accueil des malades et de vaccination de nouveau-nés ;
- ✓ Une salle de prise en charge des femmes vivant avec le VIH ;
- ✓ Une salle de planning familial et orthogénie
- ✓ Six cabines de consultations prénatales, postnatales et gynécologiques

- **Le bloc technique**

Il comprend :

- ✓ Une salle de réception pour les urgences,
- ✓ Trois blocs opératoires dont un est réservé aux interventions septiques ;
- ✓ Une salle de réveil ;
- ✓ Une salle de dilatation ;
- ✓ Une salle de dystocie ;
- ✓ Une salle d'accouchement ;
- ✓ Et une salle d'AMIU (Aspiration manuelle intra-utérine).

Ce bloc comprend en plus un bureau pour les surveillantes du bloc opératoire et de la salle d'accouchement, des salles de garde pour les sage-femmes, l'infirmier du bloc opératoire, l'anesthésiste, et les aides-soignants.

- **Le secteur d'hospitalisation**

Il comprend :

- ✓ Une salle de soins intensifs,
- ✓ Des salles d'hospitalisations réparties en trois catégories
- ✓ Une salle de pansement et
- ✓ Des bureaux pour les médecins, les étudiants en médecine, la surveillante du secteur d'hospitalisation.

2.1.1.2. Les équipements

Les équipements dont dispose la CUGO sont divers et variés mais surtout appropriés à sa mission. Il est techniquement impossible de les citer. Pour l'instant, chaque personnel dispose de matériels, d'outils et d'équipements techniques adaptés à son travail quotidien et surtout en nombre suffisant.

2.1.1.3- Les ressources humaines

Le personnel est composé de **:**

- Quatre (04) gynécologues obstétriciens praticiens hospitalo-universitaires dont deux (02) professeurs titulaires et deux (02) maitres-assistants ;
- Six (06) gynécologues obstétriciens praticiens hospitaliers
- Quarante-trois (43) sage-femmes diplômées d'État ;
- Trente-trois (33) infirmiers ;
- Trente-huit (38) aides-soignants ;
- Quatre (04) aide-anesthésistes ;
- Deux (02) secrétaires ;
- Cinq (05) agents administratifs.

Le personnel est appuyé dans ses activités par des étudiants sage-femmes, des étudiants infirmiers, des étudiants en médecine et des médecins en cours de spécialisation, tous en stage de soins et de recherche.

2.1.1.4. Les activités de soins

Les activités de soins comprennent: les consultations prénatales, postnatales et gynécologiques, les accouchements, les interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales, la vaccination et les prestations de planification familiale, le dépistage des cancers du col de l'utérus, les activités liées à la PTME et la réalisation d'échographies

2-2 Méthode d'étude

2-2-1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique.

2-2-2 Période d'étude:

L'étude s'est déroulée sur la période allant du 1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2021.

2-2-3 Population d'étude

L'étude a porté essentiellement sur les patientes hospitalisées à la CUGO du CNHHU-HKM. Ces femmes avaient été soit admises directement ou référées.

2-2-4 Echantillonnage

2-2-4-1 Critères d'inclusion

Sont inclues dans l'étude :

- Les dossiers obstétricaux complets et exploitables de toutes les patientes ayant bénéficiés d'une césarienne d'urgence ou programmée.

2-2-4-2 Critères d'exclusion:

Sont exclues de l'étude le dossier des patientes ayant bénéficié de césarienne dans un autre centre avant admission à la CUGO du CNHU-HKM.

2-2-4-3 Méthode et technique d'échantillonnage :

Nous avons utilisé une base de données obstétricales complète de la CUGO incluant toutes les admissions obstétricales et focalisée sur les caractéristiques des femmes admises telles que : mode d'admission, profil sociodémographique, voie d'accouchement, indications de césarienne, et le pronostic materno-fœtal.

2-2-4-4 Taille d'échantillon :

A partir de la base de données de la CUGO telle qu'expliqué plus haut, nous avons constitué un échantillonnage exhaustif de toutes les admissions à la maternité et de tous les accouchements répondant aux critères d'inclusion sur la période de référence de notre étude.

2-2-4-5 Définition des variables

Variable dépendante : la classification de ROBSON

Variables indépendantes :

✓ Les caractéristiques socio-démographiques:

- Age;
- Profession/occupation;
- Situation matrimoniale;
- Lieu de residence;
- Niveau d'instruction;
- Ethnie;

✓ Les caractéristiques cliniques:

- Mode d'admission;
- Motif d'admission;
- Gestité;
- Parité;
- Antécédents médicaux;
- Antécédents chirurgicaux;
- Caractéristiques de la grossesse;
  - Lieu de suivi de la grossesse ;
  - Nombre de CPN;
  - Terme à la 1ère CPN ;
  - Qualification du prestataire;
  - Pathologies associées à la grossesse ;
  - Nombre de foetus;
  - Présentation du fœtus;

- Mode d'entrée en travail;
- Age gestationnel;
- Voie d'accouchement;
  - Césarienne;
  - Voie basse;
- Les indications de la césarienne ;
- Pronostic maternel;
- Morbidité et mortalité périnatales;

En résumé, notons que les variables indépendantes sont reparties en cinq catégories :

1) la parité (nullipares, multipares avec et sans antécédent de césarienne) ;

2) le début du travail (spontané, déclenché ou absence de travail lors d'une césarienne programmée) ;

3) l'âge gestationnel ;

4) la présentation du fœtus ;

5) le nombre de fœtus ;

Critères d'évaluation des variables

Les données ont été réparties en quatre catégories de variables à savoir : épidémiologiques, démographiques, cliniques et évolutives.

Les données démographiques sont :

- Age
- Niveau de scolarité
- Statut matrimonial

Les données cliniques et évolutives à savoir :

- Mode d'admission qui comprend trois catégories : venue d'elle-même, référée à froid, évacuée.

- Antécédents obstétricaux : parité, césarienne antérieure, accouchement prématuré antérieure
- Catégorie de la grossesse : unique ou gémellaire
- Nombre de visite prénatale qui sera réparti entre trois catégories : aucune visite, de 1 à 5 visites, et au moins 6 visites.
- Age gestationnel. Il est Réparti en trois catégories comme suit: de 28 à 31 semaines d'aménorrhée (SA) ; de 32 à 36 SA, et au moins 37 SA.
- Indice de Masse Corporelle (IMC) : il est défini par la masse sur la taille au carré et réparti en quatre catégories comme suit : moins de 18,5; de 18,5 à 24,9; de 25 à 29,9; et au moins 30.
- Mode de début du travail : spontané, déclenché, césarienne avant le travail et non précisée.
- Type de présentation : céphalique, siège, transversal, front, face, et non précisé.
- Mode d'accouchement : césarienne primaire, césarienne itérative et accouchement par voie basse.
- Indication de la césarienne
- Morbidité obstétricale
- Poids de naissance en grammes
- Statut vital de la mère et du fœtus ou du nouveau-né à la sortie
- Groupe de Robson

2-2-4-6 Collecte des données

Equipe de collecte : L'équipe de collecte que nous avons mise en place dans le cadre de cette étude est constituée de sept (07) étudiants en 6^{e} année de médecine, de l'archiviste de la CUGO-CNHU-HKM, de deux (02) sages-femmes, nous-même comme superviseur;

Sources de collecte : Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux, des registres de naissance de la maternité, des registres des protocoles opératoires, des registres d'admission.

Outils de collecte : Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête que nous avons élaborée, testée et corrigée. Nous avons également utilisé l'organigramme de l'OMS sur la classification de ROBSON pour classer les gestantes et les parturientes dans les 10 groupes de ROBSON.

Classification de ROBSON : éléments d'identification de chaque groupe

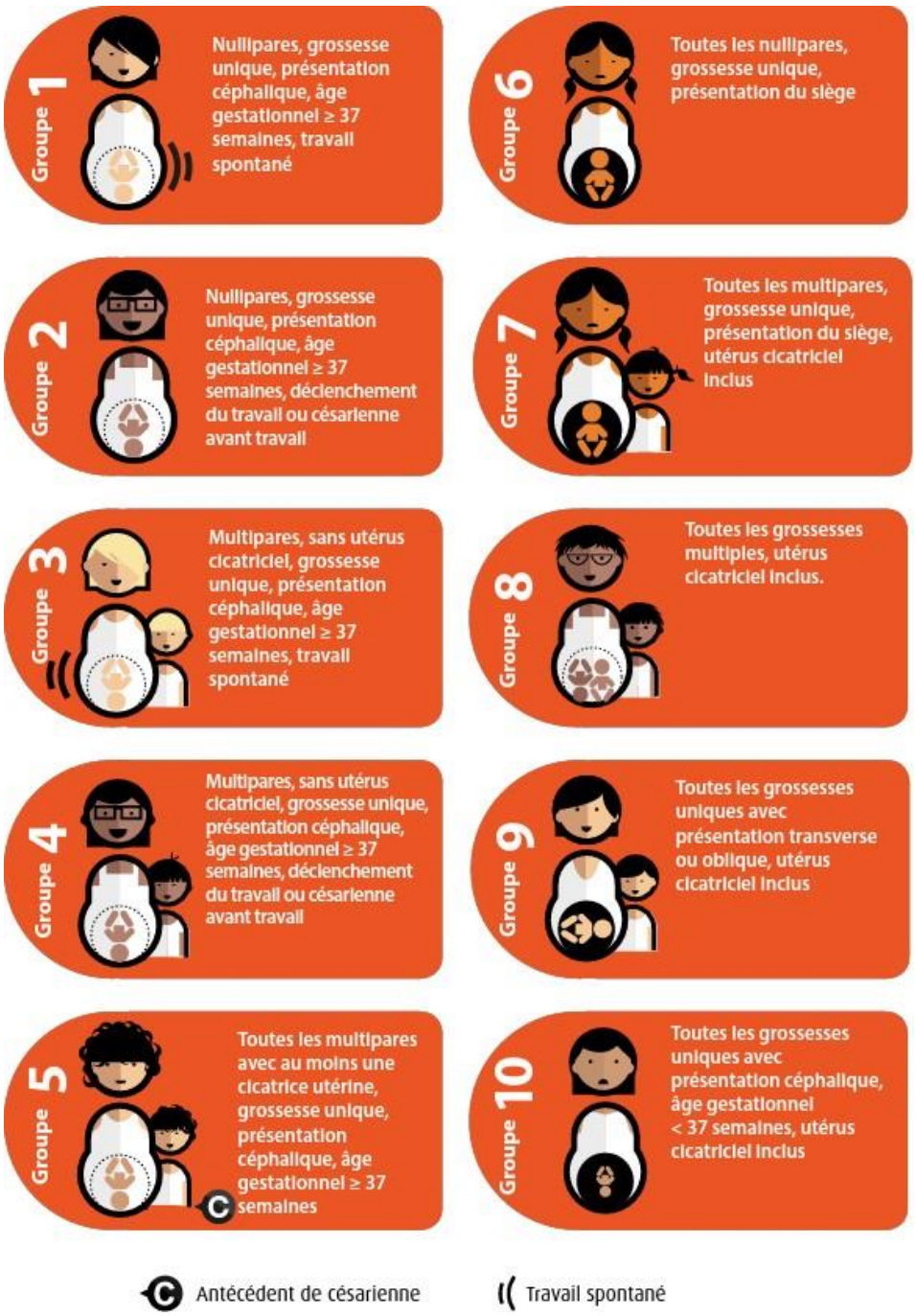


Figure 12: La classification en dix (10) groupes de Robson **[13]**

Technique de collecte

- Nous avons d'abord procédé au recensement de tous les cas de césarienne à partir de l'exploitation des registres d'admission, d'accouchement et d'hospitalisation pour l'identification des patientes césarisées sur la période d'étude puis nous nous sommes rendu aux archives de la CUGO pour retirer les dossiers. Après nous avons procéder à la sélection des dossiers complets. Un numéro d'identification est attribué à chaque patiente et associé aux initiaux du nom afin de garder l'anonymat de l'étude.
- Ensuite, nous avons exploité des dossiers médicaux pour collecter les données cliniques et l'évolution de la mère et du nouveau-né ou du fœtus sur la fiche de collecte validée.

2-2-4-7- Traitement et analyse des données

Un masque de saisie des données est confectionné avec le logiciel Epi-Info version 4. Les données ont été ensuite apurées et saisies puis, les résultats des variables quantitatives sont exprimées en terme de moyenne, en médiane et en écart-type.

Les graphiques sont réalisés avec le logiciel Excel et la saisie du manuscrit avec le logiciel Word (Microsoft).

3 RESULTATS

3-1- FREQUENCE

Sur la période de l'étude, nous avons enregistré **7252** accouchements dont **3695** accouchements par voie basse, **54** laparotomies et **3503** césariennes dont 2793 dossiers exploités et **710** dossiers exclus.

La répartition selon les différentes modalités d'accouchement est représentée par le diagramme de flux.

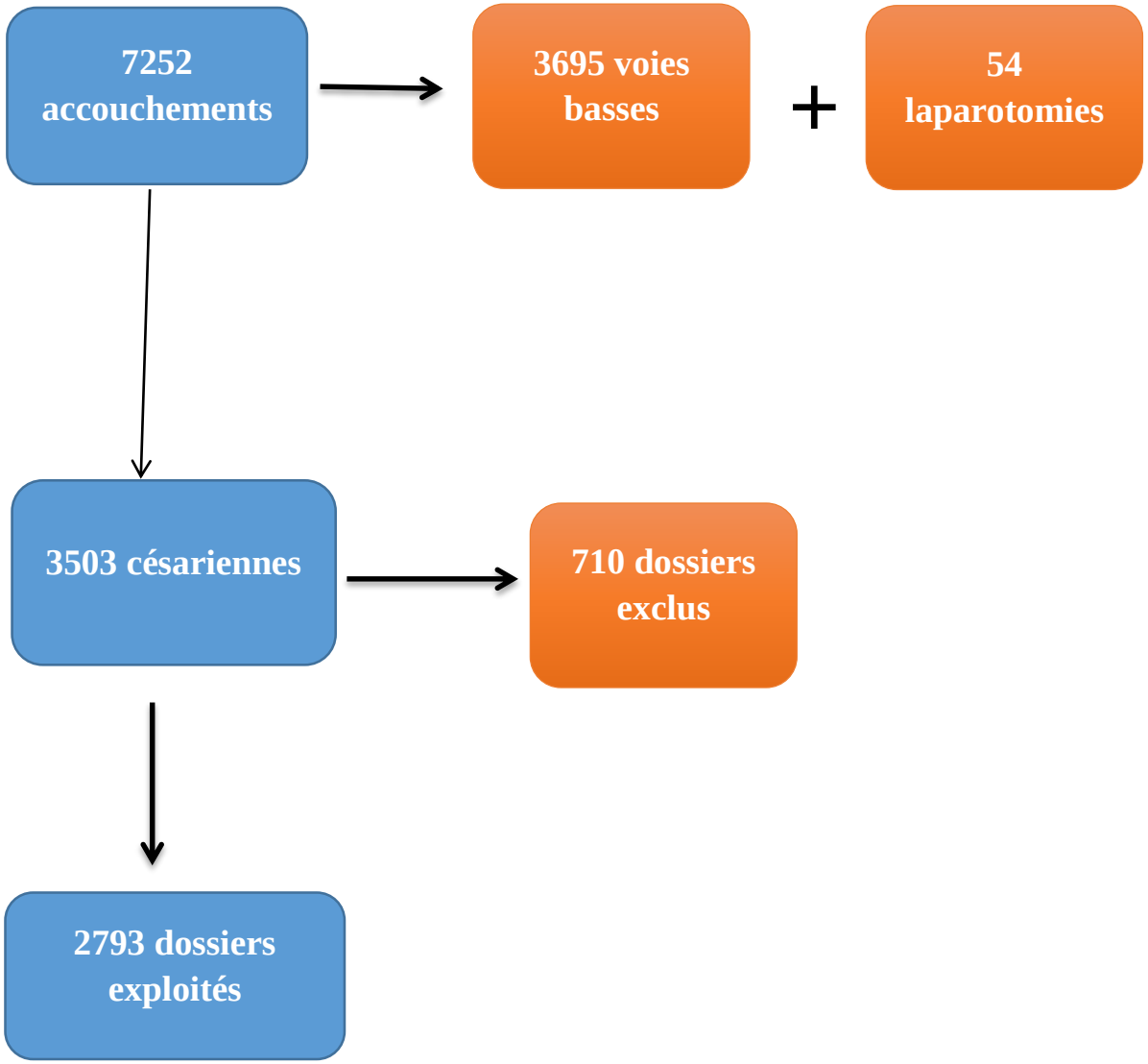


Figure 13: Diagramme de flux des accouchements

Prévalence de la césarienne

Tableau I:Prévalence de la césarienne de 2019 à 2021 au CNHU de Cotonou.

	Effectif césarienne	Total accouchement	Prévalence (%)
Année 2019	1192	2544	46,85
Année 2020	1185	2370	**50,00**
Année 2021	1126	2338	48,16
Total	3503	7252	**48,30**

La prévalence globale de la césarienne de 2019 à 2021 est de **48,30%**.

Le taux de césarienne a évolué en dent de scie. Il a d'abord augmenté de façon considérable passant de **46,85%** en **2019** à **50%** en **2020** puis a ensuite décru progressivement jusqu'à **48,16** en 2021.

Année

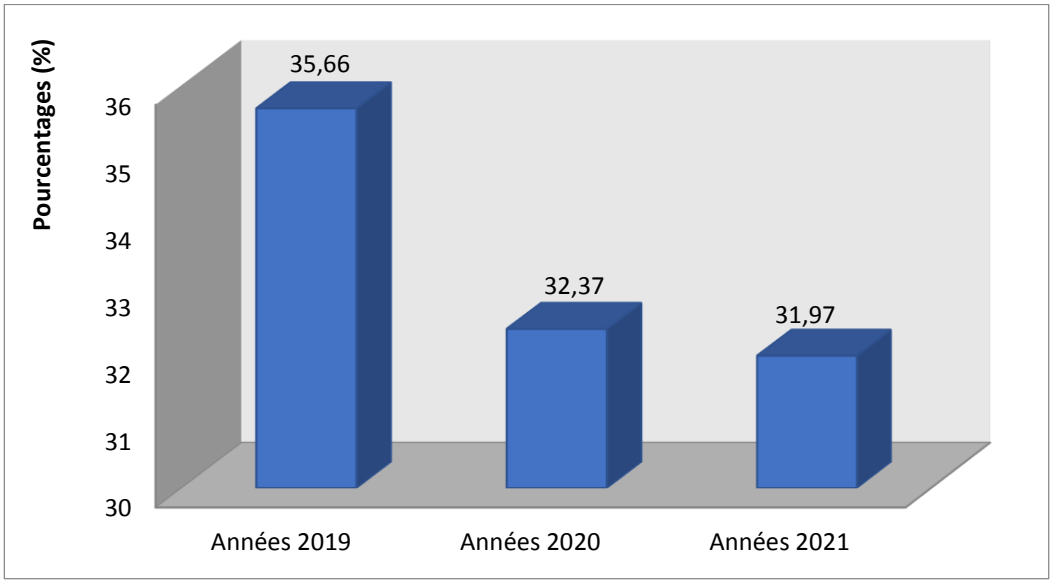


Figure 14 : Répartition des patientes selon l'année.

L'effectif des femmes césarisées décroit progressivement de 2019 à 2021. Avec un pourcentage passant de **35,66** en 2019 à **31,97** en 2021.

Age

Il a été renseigné pour 2781 patientes.

L'âge moyen des patientes est de ***28,62 ±0,22 ans***. L'âge médian est de ***28 ans*** et les extrêmes de ***18*** et ***52 ans***.

Tableau II: Répartition des patientes selon l'âge.

	Effectifs	**Pourcentages**
≤ 20	299	10,75
] 20 - 30]	**1470**	**52,86**
] 30 - 40]	950	34,16
] 40 - 50]	61	02,19
> 50	01	00,04
Total	2781	100,00

Les femmes de **20** à **30** ans représentent plus de la moitié de la population d'étude.

Niveau d'étude / situation matrimoniale

Tableau III: Répartition des patientes selon le niveau d'étude et la situation matrimoniale.

	Effectifs	Pourcentages
Niveau d'étude		
Non scolarisée	330	11,83
Primaire	42	01,51
Secondaire	299	10,72
Supérieur	**517**	18,54
Non précisé	**1601**	**57,40**
Situation matrimoniale		
Mariée	887	31,80
Célibataire	242	08,68
Non précisée	**1660**	**59,52**

La majorité des femmes avaient une situation matrimoniale non précisée soit **59,52 %** et un niveau d'étude non précisé soit **57,40 %**. Notons également que **18,54%** des patientes avaient un niveau supérieur.

Classification globale selon ROBSON

Tableau IV: Répartition des patientes selon les critères de ROBSON.

	Effectifs	Pourcentages
1	281	10,06
2	383	13,71
3	161	05,76
4	242	8,66
5	733	**26,24**
6	42	01,50
7	137	04,83
8	135	04,83
9	35	01,25
10	644	**23,06**
Total	2793	100,00

De façon globale, le taux d'accouchement par césarienne est plus élevé dans les groupes 5 et 10, avec respectivement **26,24%** et **23,06%**.

Accouchement et césarienne

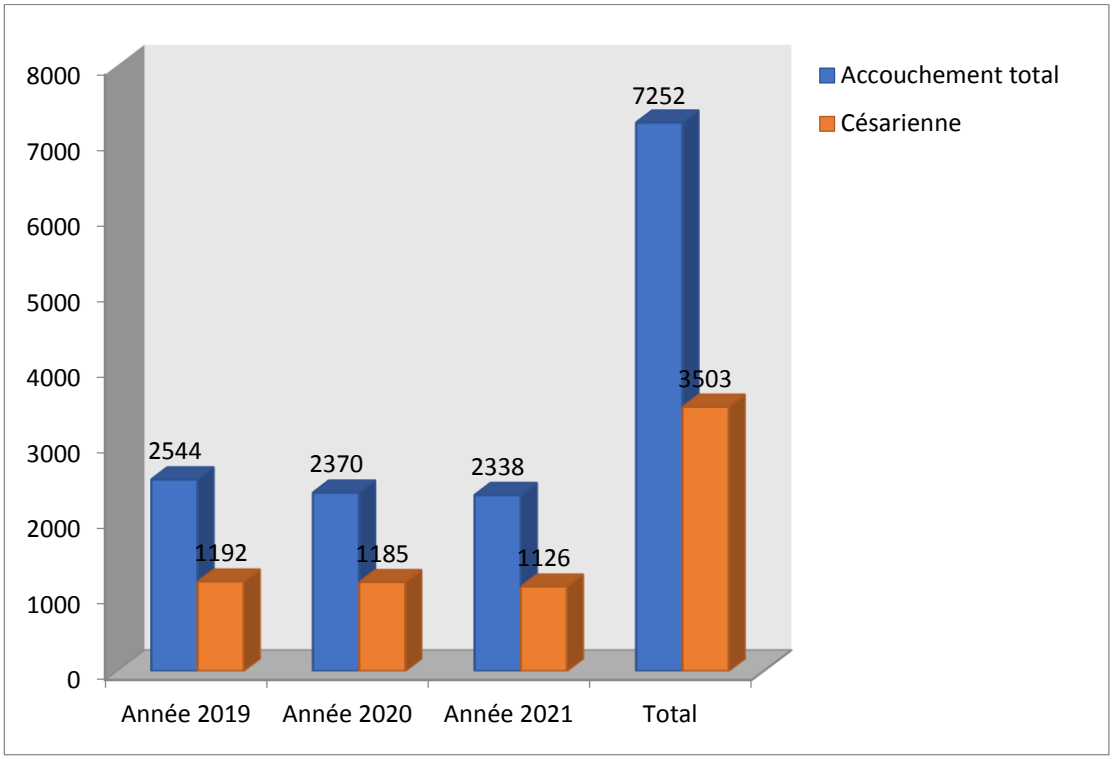


Figure 15: Répartition des accouchements et césariennes selon l'année.

Le plus fort taux de césarienne a été observé en 2019. Soit **1192** césariennes sur **2544** accouchements.

Groupe ROBSON et année

Tableau V : Répartition des patientes selon les groupes de ROBSON et par année.

	2019	2020	2021
	N (%)	N (%)	N (%)
1	92 (9,24)	91 (10,07)	98 (10,97)
2	167 (16,77)	124 (13,72)	92 (10,3)
3	59 (5,92)	55 (6,08)	47 (5,26)
4	107 (10,74)	74 (8,19)	61 (6,83)
5	**277 (27,81)**	**233 (25,77)**	223 (34,97
6	13 (1,31)	18 (1,99)	11 (1,23)
7	50 (5,02)	45 (4,98)	42 (4,7)
8	39 (3,92)	53 (5,86)	43 (4,82)
9	6 (0,6)	11 (1,22)	18 (2,02)
10	186 (18,67)	200 (22,12)	**258 (28,89)**
Total	996 (100)	904 (100)	893 (100)

Les patientes du groupe 5 étaient les plus représentatives en 2019 (**27,81%**) et en 2020 **(25,77%**), tandis qu'en 2021, ce sont les patientes du groupe 10 (**28,89%**) qui sont les plus représentatives.

Mode d'admission

La figure 16 fait une répartition des patientes en fonction du mode d'admission selon l'année.

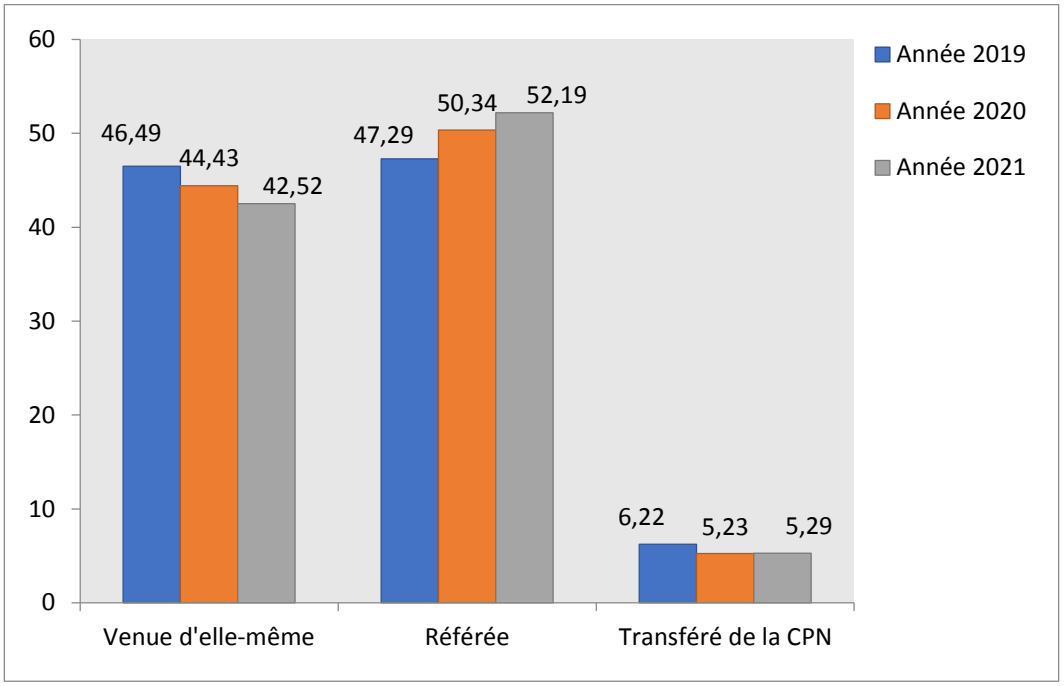


Figure 16: Répartition des patientes selon le mode d'admission et l'année.

Sur les 03 années la majorité des patientes étaient référées, soit **47,29%** en 2019, **50,34%** en 2020 et **52,19%** en 2021. Les patientes venues d'elles-mêmes sont en moins grande proportion par rapport aux patientes référées **soit 46,49%** en 2019, **44,43%** en 2020 et **42,52%** en 2021.

Césarienne antérieure

Tableau VI: Répartition des césarisées antérieures selon les groupe de ROBSON.

	Effectifs	**Pourcentages (%)**
1	07	00,59
2	07	00,59
3	11	00,93
4	26	02,19
5	**710**	**59,92**
6	01	00,08
7	92	07,76
8	47	03,97
9	07	00,59
10	**277**	**23,38**
Total	1185	100,00

Sur la période d'étude, on retrouve plus de patientes avec un antécédent de césarienne dans le groupe 5.

Parité

Tableau VII : Répartition de la parité ***(n= 2484)*** selon le groupe ROBSON.

	Nullipare	Multipare
	N (%)	**N (%)**
1	**256** (**91,10**)	25 (8,9)
2	**295** (**77,02**)	88 (22,98)
3	01 (0,63)	159 (99,37)
4	04 (1,65)	238 (98,35)
5	03 (0,41)	**742** (**99,59**)
6	36 (85,71)	6 (14,29)
7	03 (2,21)	133 (97,79)
8	36 (26,67)	99 (73,33)
9	04 (11,43)	31 (88,57)
10	177 (27,53)	**466** (**72,47**)
Total	815 (29,97)	1669 (70,03)

Les multipares sont majoritaires dans les groupes 5 et 10 avec respectivement **99,59%** et **72,47%**, tandis que les nullipares sont majoritaires dans les groupes 1 et 2, soit respectivement **91,10%** et **77,02%**.

Type de grossesse

Les grossesses uniques représentent **94,48%** des admissions (**2639**) tandis que les grossesses multiples comptaient pour **5,52%** des patientes (**154**).

Mode d'admission

Tableau VIII: Répartition des patientes selon le groupe ROBSON et le mode d'admission.

	Venue d'elle-même	Référée	Transféré de la CPN
	N (%)	N (%)	N (%)
1	112 (9,03)	162 (11,68)	7 (4,49)
2	174 (14,03)	191 (13,77)	18 (11,54)
3	49 (3,95)	107 (7,71)	4 (2,56)
4	72 (5,81)	152 (10,95)	18 (11,54)
5	**451 (36,37)**	221 (15,93)	55 (35,26)
6	23 (1,85)	15 (1,08)	4 (2,56)
7	63 (5,08)	70 (5,04)	4 (2,56)
8	39 (3,15)	88 (6,34)	8 (5,13)
9	10 (0,81)	24 (1,73)	**00 (00)**
10	247 (19,92)	**357 (25,73)**	38 (24,36)
Total	1240 (100)	**1387** (100)	156 (100)

Les patientes du groupe ROBSON 5 constituent **36,37%** des patientes venues d'elles-mêmes ; celles du groupe 10 sont les plus représentées chez les référées soit **25,73%**. Parallèlement aucune patiente du groupe 9 n'a été transférée de la CPN.

Nous remarquons donc que la majorité des patientes étaient soit référées soit venues d'elles-mêmes.

Accouchement prématuré antérieur

Tableau IX: Répartition des patientes selon les groupes de ROBSON et un antécédent d'accouchement prématuré

	Effectifs	Pourcentages (%)
1	02	0,85
2	01	0,43
3	05	2,14
4	14	5,98
5	**135**	**57,69**
6	00	00,0
7	08	3,42
8	08	3,42
9	01	0,43
10	**60**	**25,64**
Total	234	100

Les patientes du groupe 5 représentent la majorité des patientes avec un antécédent d'accouchement prématuré. Alors qu'aucune femme de la catégorie 6 n'a fait d'accouchement prématuré antérieur.

Contribution des groupes

Tableau X : Part de chaque groupe de ROBSON au taux de césarienne et d'accouchement au CNHU de Cotonou.

	Nombre de césarienne de chaque groupe	Taille relative dans chaque groupe (%)	Contribution de chaque groupe au total d'accouchement (%)
1	281	10,06	3,87
2	383	13,71	5,28
3	160	5,73	2,21
4	241	8,63	3,32
5	736	**26,35**	**10,15**
6	42	1,50	0,58
7	136	4,87	1,88
8	135	4,83	1,86
9	35	1,25	0,48
10	644	**23,06**	**8,88**
Total	2793	100,00	38,51

Les patientes du groupe 5 et 10 sont les plus grandes contributrices au taux global d'accouchement par césarienne avec comme taux respectifs **10,15 %** et **8,88 %**.

Nombre de consultation prénatale

Tableau XI: Répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatale.

	Aucun	**1 - 5**	**≥ 6**	**Non précisé**
1	3 (12)	96 (8,28)	43 (7,6)	137 (13,38)
2	1 (4)	124 (10,7)	123 (21,73)	134 (13,09)
3	4 (16)	56 (4,83)	25 (4,42)	74 (7,23)
4	3 (12)	83 (7,16)	44 (7,77)	111 (10,84)
5	3 (12)	**307** (**26,49**)	**220 (38,87)**	198 (19,34)
6	1 (4)	22 (1,9)	8 (1,41)	11 (1,07)
7	2 (8)	58 (5)	30 (5,3)	46 (4,49)
8	2 (8)	51 (4,4)	14 (2,47)	64 (6,25)
9	0	22 (1,9)	8 (1,41)	4 (0,39)
10	**6 (24)**	340 (29,34)	51 (9,01)	245 (38,16)
Total	25 (100	1159 (100)	566 (100)	1024 (100)

La CPN a été réalisée par la majorité des femmes du groupe 5. **38,87%** des patientes de ce groupe ont réalisé plus de 6 CPN et **26,49%** d'entre elles, ont réalisé de 1 à 5 CPN.

Age gestationnel et IMC

Tableau XII: Répartition des patientes selon l'âge gestationnel et le statut pondéral.

	Effectifs	**Pourcentages (%)**
Age gestationnel		
< 28	**15**	**00,54**
28 – 31	158	05,68
32 – 36	867	31,15
≥ 37	**1743**	**62,63**
Statut pondéral		
Insuffisance pondérale	01	02,77
Normal	13	36,11
Surpoids	13	36,11
Obésité	09	25,00

Il ressort de notre étude que **62,63%** des patientes avaient un âge gestationnel supérieur à 37SA. Seulement **00,54%** des patientes avaient un âge gestationnel inferieur à 28SA

Déroulement du travail

Tableau XIII: Répartition des patientes selon le mode d'entrée en travail et la césarienne.

	Travail spontané	Déclanchement du travail	Césarienne avant le travail
1	270 (20,83)	5 (3,27)	2 (0,15)
2	100 (7,72)	59 (38,56)	215 (16,58)
3	149 (11,5)	9 (5,88)	2 (0,15)
4	76 (5,86)	27 (17,65)	138 (10,64)
5	**337 (26)**	31 (20,26)	**351 (27,06)**
6	24 (1,85)	1 (0,65)	16 (1,23)
7	56 (4,32))	2 (1,31)	74 (5,71)
8	75 (5,56)	2 (1,31)	58 (4,47)
9	24 (1,85)	2 (1,31)	9 (0,69)
10	188 (14,51)	15 (2,33)	**432 (33,31)**
Total	1296 (100)	153 (100)	1297 (100)

Le travail spontané est le plus survenu chez les patientes du groupe 5 de ROBSON et la majorité des patientes du groupe 10 ont bénéficié d'une césarienne avant le travail.

Type de présentation

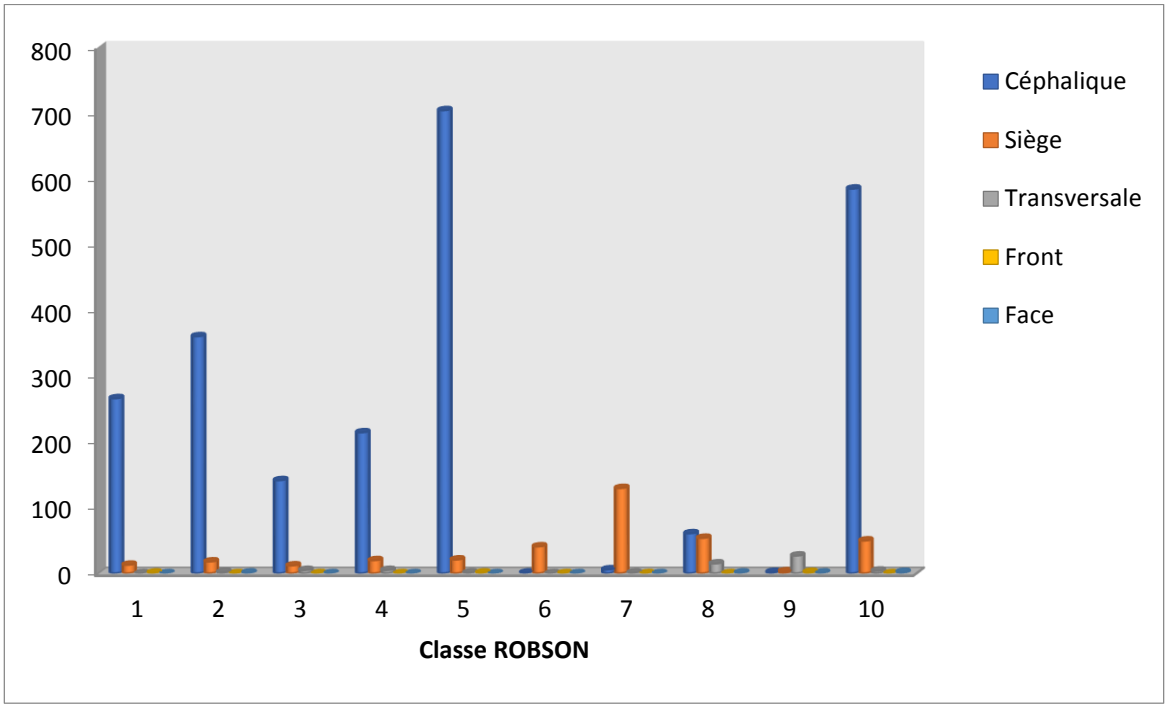


Figure 17: Répartition des patientes selon le type de présentation et la classe ROBSON.

Les fœtus des patientes du groupe 5 et 10 sont majoritairement en présentation céphalique tandis que les fœtus des patientes du groupe 7 sont en présentation de siège.

Type de césarienne :

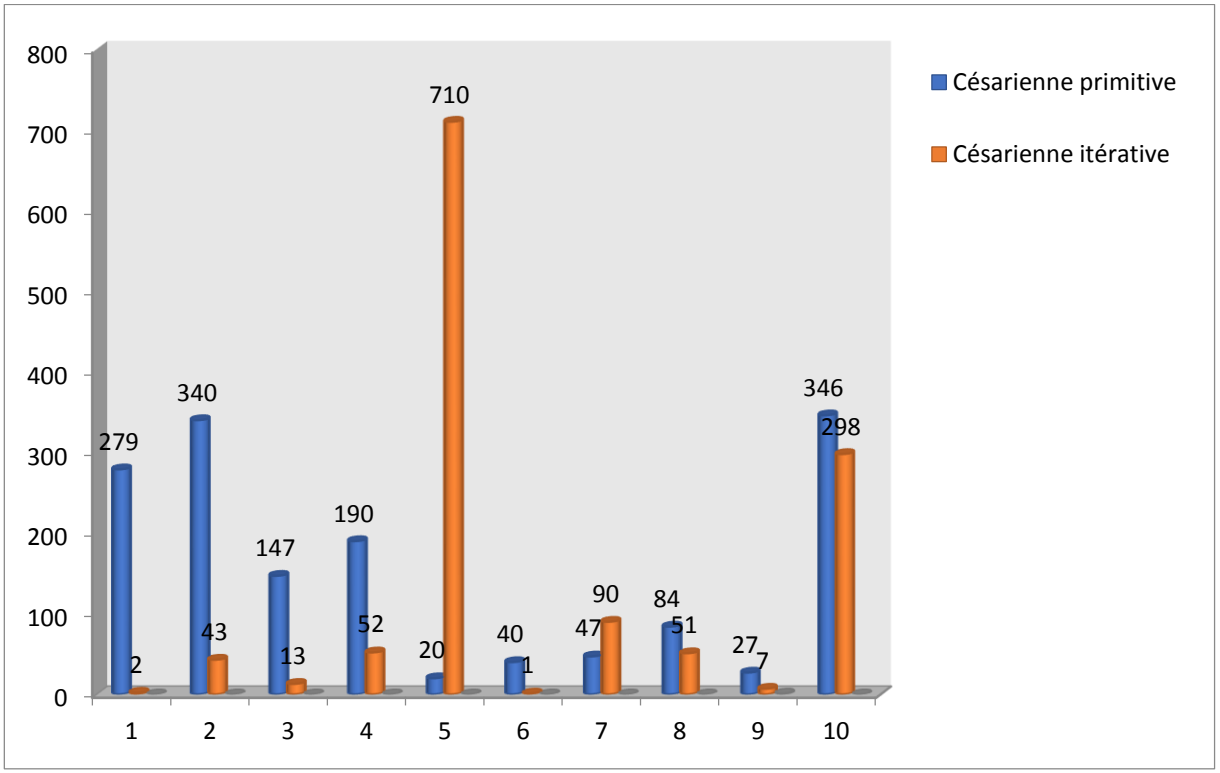


Figure 18: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement et la classe ROBSON.

Les patientes de la classe 5 de ROBSON ont bénéficié le plus d'une césarienne itérative alors que ceux des classes 1 et 2 ont le plus bénéficié d'une césarienne primaire.

Indication de la césarienne

Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Asphyxie foetale	**487**	**17,48**
Pré-éclampsie sévère	**320**	**11,49**
RPM	246	08,83
Disproportion Foeto-pelvienne	113	04,06
HRP	70	02,51
Eclampsie	70	02,51
Anomalie du rythme cardiaque fœtal	40	01,44
Bassin Géneralement rétréci	63	02,27
BTR	04	00,14
Césarienne itérative N1	**101**	**03,63**
Césarienne itérative N2	**113**	**04,06**
Césarienne itérative N3	**78**	**02,80**
Césarienne itérative N4	**34**	**01,22**
Césarienne itérative N5	**36**	**01,29**
Césarienne itérative prophylactique	**08**	00,29
Défaut d'engagement	30	01,08
Dehiscence de l'ancienne cicatrice	08	00,29
Dilatation stagnante	65	02,33
Dystocie de démarrage	22	00,79
Echec de déclanchement	06	00,22
Epaule négilée	09	00,32
Espace inter genesique court	08	00,29
Grossesse multiple	20	00,72
Hématome retro placentaire	07	00,25
Hémoglobinopathie SS	29	01,04

HTA gravidique	41	01,47
Macrosomie fœtale	13	00,47
Placenta prævia avec hémorragie de grande abondance	60	02,15
Présentation siège	66	02,36
Présentation front	03	00,11
Présentation oblique	03	00,11
Présentation transversale	26	00,93
Syndrome de pré rupture	51	01,83
Utérus multi cicatricielle	62	02,23

L'asphyxie fœtale, la pré-éclampsie sévère et les césariennes itératives sont les principales indications de la césarienne chez les patientes. Avec comme taux respectifs de **17,48 %** ; **11,49 %** et **13,29 %.**

Morbidité obstétricale

Tableau XV: Répartition des patientes selon la morbidité obstétricale.

	Effectifs	**Pourcentages (%)**
Aucun	1114	39,88
Pré éclampsie sévère	**382**	**13,68**
Eclampsie	127	4,55
Hémorragie du post-partum	01	0,03
Anémie	34	1,21
VIH	47	1,68
Drépanocytose	271	9,7
Paludisme	65	2,32
HTA	69	2,47

Près de deux patientes sur cinq n'ont aucune morbidité obstétricale. La pré-éclampsie sévère et la drépanocytose représentent les grandes morbidités obstétricales chez les patientes soit respectivement **13,68% et 9,7 %**.

Statut vital de la mère

Tableau XVI: Statut vital de la mère avant la sortie selon la classe de ROBSON.

	Vivante	**Décédée**
	N (%)	**N (%)**
1	281 (10,09)	0
2	38(13,75)3	0
3	160 (5,75)	0
4	242 (8,69)	0
5	729 (26,18)	0
6	42 (1,51)	0
7	136 (4,88)	0
8	135 (4,85)	0
9	35 (1,26)	0
10	642 (23,05)	1 (100)
Total	2785 (100	1 (100)

Avant la sortie d'hospitalisation nous avons enregistré seulement **1%** de décès maternel notamment dans le groupe 10

Devenir du fœtus ou nouveau-né

Tableau XVII: Devenir du fœtus selon la classe de ROBSON à laquelle appartient la mère.

	Vivant	**Décédé**
	N (%)	**N (%)**
1	274 (10,59)	7 (3,52)
2	362) (13,99)	21 (10,55)
3	147 (5,68)	13 (6,53)
4	227 (8,77)	14 (7,04)
5	710 (27,43)	20 (10,05)
6	39 (1,51)	3 (1,51)
7	113 (4,37)	23 (11,56)
8	127 (4,91)	8 (4,02)
9	31 (1,2)	4 (2,01)
10	558 (21,56)	**86 (43,22)**
Total	2588 (100)	199 (100)

La majorité des décès néonataux ou du fœtus sont survenus au sein des mères de la classe 10 de ROBSON. Le taux de décès était de **7,1 %** sur le total des naissances.

Poids à la naissance

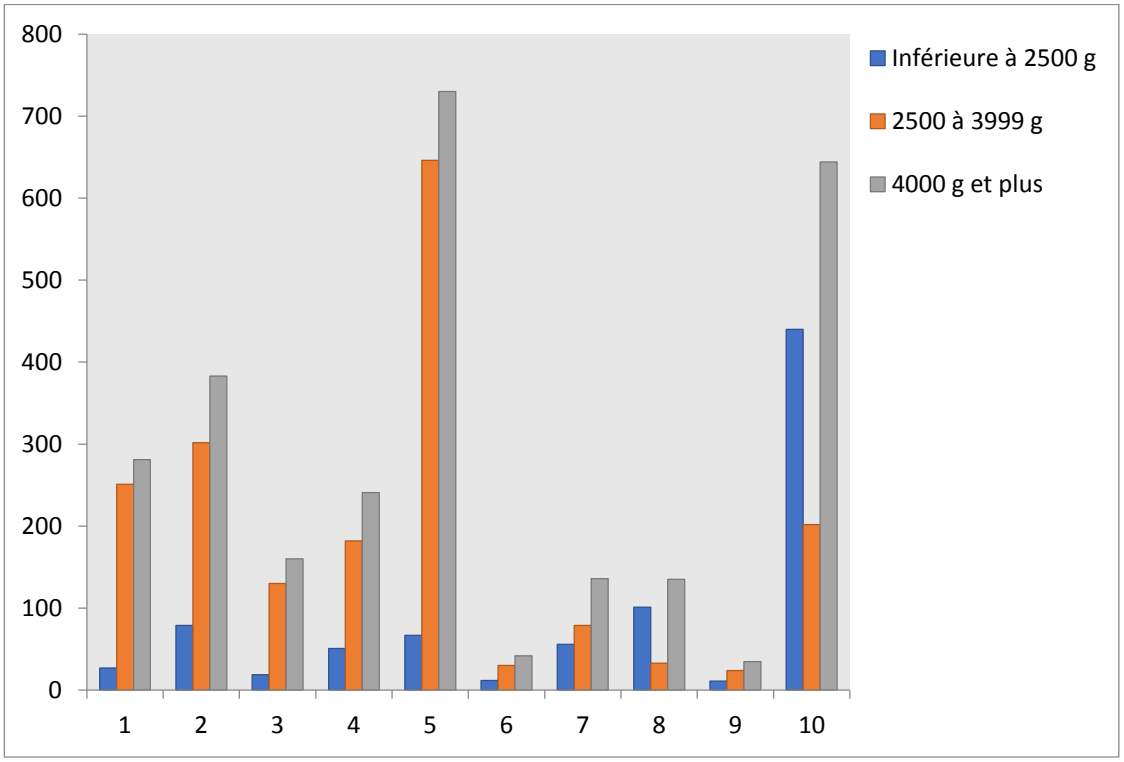


Figure 19: Répartition du poids de naissance de l'enfant selon le statut ROBSON de la mère.

Les nouveau-nés à poids de naissance inférieur à 2500g sont majoritairement retrouvés chez les patientes de la classe 10 de la classification de ROBSON.

4 DISCUSSION

La discussion des résultats de l'étude suivra le plan ci-après :

4.1. De la méthode ;

4.2. Caractéristiques de l'échantillon ;

4.3. La césarienne selon les groupes de ROBSON ;

4.4. Les indications de la césarienne ;

4.5 Pronostic maternel des césariennes selon les groupes de ROBSON ;

4.6. Morbidité et mortalité périnatales des césariennes selon les groupes de ROBSON ;

4-1- DE LA METHODE :

Notre étude a porté sur 3503 gestantes recensées à la CUGO/CNHU-HKM sur une période de 03ans. Il s'agit d'une étude rétrospective à visée analytique des taux de césariennes selon les critères de ROBSON dans le but de fournir une compréhension de leur évolution au Bénin, vue et d'améliorer les pratiques de césarienne dans les deux maternités de référence du Bénin.

Des difficultés ont été rencontrées parmi notamment

- la perte de certains carnet de CPN dont les informations ne sont pas transférées dans le dossier obstétrical,

-les dossiers non retrouvés (soit 710 dossiers au total),

- certaines évacuations qui se faisaient sans partogramme ou sans fiche d'évacuation,

-l'insuffisance d'information sur certaines variables telles que l'âge maternel, l'âge gestationnel, la parité, le nombre de CPN, la taille, le poids, le niveau d'étude,

-le manque de certaines informations sur les fiches de références telles que : les ATCD, les motifs de référence.

Malgré ces difficultés et insuffisances, nous avons atteint nos objectifs

Nous avons ainsi abordé et décrit, du point de vue statistique, la situation de

l'opération césarienne dans notre structure de santé qui est le seul hôpital de niveau III du pays.

4-2- CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

4-2-1- Caractéristiques Sociodémographiques

Les gestantes de notre étude sont des femmes jeunes avec un âge moyen de ***28,62 ±0,22 ans*** et les femmes dont l'âge est compris entre de **20** à **30** ans représentent plus de la moitié de la population d'étude. Cette tranche d'âge correspond à la période où le taux de grossesse est élevé du fait d'une fécondité maximale. Cette observation a été également faite par de nombreux auteurs à travers le monde **[13],[15]**.

Ces femmes sont, pour la plupart des vendeuses/commerçantes ou évoluant dans de petits métiers pas instruites ou avec un niveau d'instruction bas (**11,83%**). Ce statut correspond à celui des femmes aux conditions économiques défavorables telles que rapportées dans les différentes enquêtes démographiques et de santé [17].

4-2-2- Caractéristiques cliniques

Au plan clinique, la majorité des patientes étaient référées, soit **47,29%** en 2019, **50,34%** en 2020 et **52,19%** en 2021. Ce taux élevé de gestantes référées s'explique par le statut du CNHU-HKM connu comme hôpital de référence.

Cette situation s'observe dans la plupart des pays en développement [18]. Dans notre étude les patientes venues d'elles-mêmes sont en moins grande proportion par rapport à celles référées **soit 46,49%** en 2019, **44,43%** en 2020 et **42,52%** en 2021. Il s'agissait surtout des patientes du groupe 5 de Robson avec une proportion de **36,37%.** Ceci s'explique probablement par les risques liés aux utérus cicatriciels. Ces patientes ayant un antécédent de césarienne plus rencontré dans cette classe, donc les femmes essayent de faire un suivi hospitalier régulier.

La plupart des gestantes multipares avaient un antécédent de césarienne dans **59,92%** des cas. En général, le nombre de parité est plus élevé dans les pays

africains lorsque cette variable est comparée à celle des pays développés **[18]**. Cela traduit la forte tendance nataliste des pays africains. Au Bénin par exemple le nombre moyen d'enfants par femme est passé de **6,3** en 1996 à **5,7** en 2006 puis à **4,9** en 2011-2012 [17]. Le terme de la grossesse à l'accouchement chez **62,63%** des patientes est supérieur à 37SA. Concernant le nombre de CPN celles ayant réalisé le plus de CPN sont du groupe 5 avec plus de 6 CPN dans une proportion de **38,87%.**

4-3- LA CÉSARIENNE SELON LES GROUPES DE ROBSON

4-3-1- Taux de césarienne

L'analyse des données permet de ressortir deux principaux constats suivant:

- Le taux de césarienne est en augmentation considérable dans le monde entier [19], [20]. Au cours des 30 dernières années, l'incidence de la césarienne a augmenté passant de **5%** à environ **25%** voire plus de **50%** dans certains pays[21]. La fréquence globale de la césarienne dans notre étude est de **48,30%.**

Une étude réalisée l'année même de la mise en application de la politique de gratuité de la césarienne au Bénin en 2009 avait rapporté une fréquence qui est passé de **2,6 %** en 2003 à **4,6 %** en 2009 et à **7,8 %** en 2012 [17], [22]. Une autre étude réalisée en 2017 toujours au Benin montre, un taux global de **46,3%** ; soit **52,4%** à la CUGO et **42%** au CHU-MEL[23]**.**

Une étude semblable a été également menée au Mali sur les indications des césariennes dans les centres de santé de référence et hôpitaux dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Gao et le district de Bamako. Elle a couvert la période de Décembre 2014 à Novembre 2015 et a constaté un taux de césarienne à **19,5%** [24]**.** Cette tendance-à la hausse a été également confirmée dans la plupart des pays d'Afrique **[20]**, et aussi dans les pays développés dans la période sus indiquée.

MBUNGU M.R. et al [25] dans une étude semblable sur la classification de ROBSON ; ont trouvé un taux de césarienne de **31,2%** en République

Démocratique du Congo en 2015. **KOFFI A et Al** [26] sont parvenus à un taux de **42,8%** à Cocody en RCI en 2015 tandis que, **ZONGO A. et al** [27] quant à eux ont trouvé **33,3%** en Bogodogo (Burkina Faso) en 2015. **LEROY C.H. et al** [28] ont obtenu **21,6%** comme taux de césarienne en France en 2015.

Toutefois, il est à préciser qu'en France, il s'agissait de données populationnelles tandis que dans les travaux en Afrique, il s'agit de données hospitalières ce qui constitue un biais.

- Parallèlement à ce taux global élevé constaté un peu partout dans le monde, nous avons remarqué dans le cas de notre étude, que le taux de césarienne a évolué en dent de scie. Il a augmenté de façon considérable en 2020 passant de **46,85%** à **50%** puis a décru progressivement jusqu'à **48,16** en 2021.

4-3-2- Taille des groupes

Dans notre étude, de façon générale, les groupes les plus représentés étaient les multipares avec au moins une cicatrice utérine (groupe 5) **26,35%**, et les grossesses de terme inférieur à 37SA (groupe 10) soit **23,06%.**

Selon plusieurs auteurs, les groupes 1 à 4 correspondent classiquement aux femmes à bas risque puisqu'ils sont constitués de femmes à terme avec fœtus unique en présentation céphalique. Les femmes des groupes 5 à 10 correspondent en revanche aux femmes à haut risque de césarienne de par la cicatrice utérine, la présentation du fœtus autre que céphalique et l'âge gestationnel **[1]**. Dans notre étude, les gestantes à haut risque de césarienne représentaient **61,86%** de l'effectif total. La majorité de ces femmes (**72,4%)**, avaient déjà bénéficié une fois d'une césarienne avant le travail.

4-3-3- Contribution relative des groupes de ROBSON au taux de césarienne

Dans notre étude, la classe 5 de Robson représente celle qui contribue le plus au taux de césarienne avec une fréquence de **10,15%**. Notre résultat est similaire à ceux de la littérature.

Tableau XVIII: Répartition de la contribution relative du groupe 5 de ROBSON selon les auteurs

Auteurs	Année	Pays	Contribution relative (%)
Sherrie Kelly [29]	2013	Canada	9,1
Ozdemirci S [30]	2015	Turquie	16,7
Dr. R C Prameela [31]	2015	Inde	8,48
Le RAY C [32]	2015	France	5,3
Marcos Nakamura [33]	2016	Brésil	30,8
Jasenko Fatusic [34]	2016	Bosnie	29,8
Tapia V, Betran [30]	2016	Pérou	20,3
Notre étude	**2021**	**Bénin**	**10,15**

Outre le groupe 5, le groupe 10 est celui qui contribue le plus au taux de césarienne dans notre étude avec une proportion de **8,8%**.

4-4- LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE

Les indications médicales majeures de césarienne constatées dans notre étude sont dominées par l'asphyxie fœtale, la pré-éclampsie sévère et les césariennes itératives avec des fréquences respectives de **16,91%** ; **11,49%** et **13,29%**. Ce taux est comparable à celui de **COULIBALY A.** [29], de **BAMBARA M. et al** [35] qui ont trouvé respectivement **49,3%** et **18,54%** d'indication de césarienne pour la

souffrance fœtale aigue.

4.5- PRONOSTIC MATERNEL DES CÉSARIENNES SELON LES GROUPES DE ROBSON

Il ressort de notre étude que la morbidité maternelle après césarienne est dominée par la pré-éclampsie sévère (**13,68%**), l'éclampsie (**4,55%**) et l'HTA (**2,47%**).

Selon l'OMS les complications de l'hypertension artérielle représentent **14%** des morbidités obstétricales [36].

Globalement, la fréquence de décès maternel après césarienne est de **1%** et est seulement observé dans le groupe 10 de ROBSON,

4-6- MORBIDITÉ ET MORTALITÉ PÉRINATALES DES CÉSARIENNES SELON LES GROUPES DE ROBSON

Dans notre étude, la fréquence d'enfants nés en état de mort apparente était de **7,1 %**. Cette fréquence est plus élevée dans le groupe 10 de la classification de ROBSON soit **43,22%.** La prématurité, les difficultés d'extraction et les traumatismes du fœtus justifient cette constatation.

Dans une étude à travers plusieurs pays portant sur la mortinatalité et la mortalité néonatale, l'OMS avait conclu que l'accouchement prématuré spontané et l'hypertension gravidique sont des problèmes obstétricaux les plus fréquemment à l'origine d'un décès périnatal respectivement à **28,7%** et **23,6%** [36]. Le même constat a été fait dans notre étude

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

La classification de ROBSON est un outil qui permet l'évaluation et la surveillance du taux de césarienne dans les structures de santé.

Notre étude a permis de Rappeler les principaux résultats, de montrer qu'il y a une diminution du taux de césarienne à la CUGO-CNHU-HKM malgré une tendance à l'augmentation du taux global dans l'ensemble des pays.

Les principaux groupes contributeurs au taux de césarienne sont les groupes 5, 10 et la majorité des patientes sont soit référées soit venues d'elles-mêmes.

Les indications sont dominées par l'asphyxie fœtale, la pré-éclampsie sévère et les césariennes itératives. Ces indications induisent une importante morbidité et mortalité maternelles, fœtales et néonatales.

Pour atteindre les objectifs de réduction des décès maternels, fœtaux et néonatals,il est important de mettre l'accent sur la surveillance des groupe 5, et le groupe10, les plus grands contributeurs au taux global de césarienne, groupes qui doivent être assujettis à un suivi de qualité. La classification de ROBSON demeure un outil d'usage facile pour l'évaluation de la césarienne dans les différentes structures de santé.

SUGGESTIONS

Au terme de notre travail, nous formulons les suggestions suivantes:

- **Aux personnels sanitaires :**
  - Contribuer à promouvoir la consultation prénatale dans le but d'orienter précocement toutes les grossesses à risque vers les établissements sanitaires adaptés.
  - Sensibiliser les gestantes sur les complications de la grossesse et de l'accouchement dès les premières visites (en consultation).
  - Décider avec minutie de l'indication de la première césarienne.
  - Privilégier l'accouchement par voie basse chez les parturientes ne présentant pas de contre-indications formelles.
  - Encourager l'épreuve utérine en cas d'utérus cicatriciel.
  - Surveiller le travail d'accouchement à l'aide du partogramme.
  - Exiger le remplissage correct et régulier des dossiers médicaux, les partogrammes, les carnets de CPN, les registres et les fiches (anesthésie, hospitalisation et référence/évacuation) et assurer la mise à jour des bases de données.
  - Promouvoir d'avantage l'utilisation de la classification de ROBSON, un outil essentiel pour l'évaluation des qualités et du taux de césarienne.
- **Aux autorités politico-administratives:**
  - Assurer la formation continue du personnel sanitaire.
  - Doter toutes les formations sanitaires de ressources humaines et matérielles leur permettant d'assurer un bon suivi prénatal des gestantes et une prise en charge adéquate des parturientes.

- Former et renforcer les capacités du personnel des centres périphériques dans le but d'identifier les principales urgences obstétricales et les référer à temps.
- Poursuivre l'organisation du système référence-évacuation et améliorer son efficience.
- Doter le service de gynécologie obstétrique d'une meilleure unité de soin intensif.
- Mettre à la disposition du service de Gynécologie Obstétrique des anesthésistes pour une prise en charge rapide des urgences obstétricales.

❖ **A l'endroit des femmes enceintes :**

- Respecter le calendrier de suivi de la grossesse.
- Se rendre dans une formation sanitaire en cas de signes d'alerte.
- Sensibiliser toutes leurs proches sur l'importance du bon suivi de la grossesse et de ses avantages aussi bien pour la mère que pour l'enfant à naitre.

REFERENCES

[1] « Appropriate technology for birth », *Lancet*, vol. 2, nº 8452, p. 436‑437, août 1985.

[2] « A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It ». https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0097769 (consulté le 10 décembre 2021).

[3] M. R. Torloni *et al.*, « Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review », *PLOS ONE*, vol. 6, nº 1, p. e14566, janv. 2011, doi: 10.1371/journal.pone.0014566.

[4] A. P. Betrán, N. Vindevoghel, J. P. Souza, A. M. Gülmezoglu, et M. R. Torloni, « A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It », *PLoS One*, vol. 9, nº 6, p. e97769, juin 2014, doi: 10.1371/journal.pone.0097769.

[5] C. Racinet, Favier Macinet C., *La césarienne: indications, techniques, complications*, 4 edition. Paris: masson Paris, 1984.

[6] E. Papiernick, D. Cabrol, et J.-C. Pons, *Obstétrique*, Paris: Flammarion Médecine-Sciences.

[7] R. Merger, Lévy, Melchior Jean, Jean, *précis d'obstétrique*, 6e éd. masson.

[8] C. Wilkinson et M. W. Enkin, « Lateral tilt for caesarean section », *Cochrane Database Syst Rev*, nº 2, p. CD000120, 2000, doi: 10.1002/14651858.CD000120.

[9] R. Matorras, C. Tacuri, A. Nieto, J. I. Pijoan, et J. Cortés, « Fetal cardiotocography and acid-base status during cesarean section », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 80, nº 2, p. 161‑167, oct. 1998, doi: 10.1016/s0301-2115(98)00120-1.

[10] J. LANSAC, BODY, PERROTIN G, marreth, *pratique de l'accouchement*, 3e éd.

[11] G. Holmgren, L. Sjöholm, et M. Stark, « The Misgav Ladach method for cesarean section: method description », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 78, nº 7, p. 615‑621, août 1999.

[12] C. Poinstaud et M. Boukerrou, « Césarienne selon Joël Cohen: la vraie », *Mises à jour en gynécologie et obstétrique*, p. 345‑357, 2013.

[13] « OMS | Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne », *WHO*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/fr/ (consulté le 3 novembre 2021).

[14] « Evaluation of the delivery fee exemption policy in ghana: population estimates of changes in delivery service utilization in two regions - PubMed ». https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18470327/ (consulté le 23 février 2022).

[15] « Césarienne au centre hospitalier de Ségou au Mali. Médecine d'Afrique Noire N°5711. Novembre 2010. P513 – 518. - Recherche Google ». https://www.google.com/search?q=C%C3%A9sarienne+au+centre+hospital

[16] « (PDF) Complications maternelles précoces de la césarienne: À propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun ». https://www.researchgate.net/publication/282484953_Complications_maternelles_precoces_de_la_cesarienne_A_propos_de_460_cas_dans_deux_hopitaux_universitaires_de_Yaounde_Cameroun (consulté le 23 février 2022).

[17] « Enquête démographique et de santé », (EDSB-IV) 2011–2012., Institut national de statistiques d'analyse et d'économique, 2013.

[18] « John Libbey Eurotext - Médecine et Santé Tropicales - La pratique de la césarienne dans un hôpital de district à Ouagadougou Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques à propos de 3 381 cas ». https://www.jle.com/fr/revues/mst/e-docs/la_pratique_de_la_cesarienne_dans_un_hopital_de_district_a_ouagad

ougou_aspects_epidemiologiques_cliniques_et_pronostiques_a_propos_de_3_381_cas_304863/article.phtml (consulté le 23 février 2022).

[19] « Nwosu, C., Agumor, K., Aboyeji, A.P. and Ijaiya, M.A. (2004) Outcome of Caesarean Section in a Sub-Urban Secondary Health Care Facility in Nigeria. Nigeria Medicine Practice, 46, 77-79. - References - Scientific Research Publishing ». https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkozje))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2267979 (consulté le 23 février 2022).

[20] « Stanton CK, Sara A, Holtz SA. Levels and Trends in Cesarean Birth in the Developing World. - Articles - Scientific Research Publishing ». https://www.scirp.org/journal/articles.aspx?searchcode=Stanton+CK%2c+Sara+A%2c+Holtz+SA.+Levels+and+Trends+in+Cesarean+Birth+in+the+Developing+World.&searchfield=All&page=1&skid=60234096 (consulté le 23 février 2022).

[21]. « Operative Delivery. In Alan HD, Lauren N, editors. Current Obstetrics and Gynecological Diagnosis and Treatment. 10th édition. New York MC Graw Hill Publishers - Articles - Scientific Research Publishing ». https://www.scirp.org/journal/articles.

[22] « Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonatals d'urgence au Bénin ». coonou, 2011c.

[23] L. Saidath, « Analyse de la Césarienne selon les critères de ROBSON dans deux maternités universitaires de Cotonou au BÉNIN », 2017.

[24] « 29. TRAORE P.B. Indications des césariennes dans les centres de santé de référence et hôpi- taux dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Gao et le district de Bamako. - Recherche Google ». https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=29.+TRAORE+P.B.+Indications+des+c%C3%A9sariennes+dans+les+centres+de+sant%C3%A9+de+r%C3%A9f%C3%A9rence+et+h%C3%B4

pi+taux+dans+les+r%C3%A9gions+de+Kayes%2C+Koulikoro%2C+Sikasso%2C+Gao+et+le+district+de+Bamako.+ (consulté le 23 février 2022).

[25] « Fréquence des césariennes selon la classification de Robson dans 3 maternités de la ville de Kinshasa, en République Démocratique du Congo / Prevalence of caesarean according to Robson's classification in 3 maternity hospitals of Kinshasa, the Democratic Republic of Congo - Annales africaines de médecine ». https://anafrimed.net/frequence-cesariennes-selon-classification-de-robson-3-maternites-de-ville-de-kinshasa-republique-democratique-congo-prevalence-of-caesarean-according-to-robsons-clas/ (consulté le 23 février 2022).

[26] « Les césariennes au chu de Cocody - Bibliotheque Virtuelle-MESRS ». https://inveniov1.uvci.edu.ci/record/11806?ln=fr (consulté le 23 février 2022).

[27] « Bulletin de la Société de Pathologie Exotique : Article pp.263-268 du Vol.111 n°5 (2018) ». https://bspe.revuesonline.com/article.jsp?articleId=40520 (consulté le 23 février 2022).

[28] « Santé périnatale en Région bruxelloise. Année 2015 - Centre d'Epidémiologie Périnatale, Bruxelles | Commission communautaire commune ». https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/sante-perinatale-en-region-bruxelloise-annee-2015-centre-depidemiologie (consulté le 23 février 2022).

[29] « Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system - PubMed ». https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23470108/ (consulté le 23 février 2022).

[30] « Original research: Caesarean section rates analysed using Robson's 10-Group Classification System: a cross-sectional study at a tertiary hospital in

Ethiopia ». https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7594350/ (consulté le 23 février 2022).

[31] « Cesarean Section Rate According to Robson's Classification | Journal of Preventive Medicine Association of Thailand ». https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/129165 (consulté le 23 février 2022).

[32] « Classification de Robson : un outil d'évaluation des pratiques de césarienne en France - EM consulte ». https://www.em-consulte.com/article/968251 (consulté le 23 février 2022).

[33] M. Nakamura-Pereira *et al.*, « Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth », *Reprod Health*, vol. 13, nº Suppl 3, p. 128, oct. 2016, doi: 10.1186/s12978-016-0228-7.

[34] « Cesarean Section Rate Analysis in University Hospital Tuzla - According to Robson's Classification - PubMed ». https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27594749/ (consulté le 23 février 2022).

[35] « Césarienne : le pronostic maternel et périnatal au CHU du point G. » https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4642 (consulté le 24 février 2022).

[36] « SciELO - Public Health - Causes of stillbirths and early neonatal deaths: data from 7993 pregnancies in six developing countries Causes of stillbirths and early neonatal deaths: data from 7993 pregnancies in six developing countries ». https://www.scielosp.org/article/bwho/2006.v84n9/699-705/ (consulté le 24 février 2022).

ANNEXES

FICHE DE COLLECTE DE DONNEES

Analyse des taux de césarienne selon les critères de Robson à la CUGO du CNHU

Numéro d'identification :
.....
Numéro de dossier :
……..
Année :
…..
Nom et Prénoms :
…….....

I- DONNEES DEMOGRAPHIQUES

1- Age (années) :

…..

2- Tranche d'âge : A- Moins de 20 B- 20 à 24
C- 25 à 29
D- 30 à 34
E- Plus de 35

6- Mode d'admission
A- Venue d'elle-même B- Référée à froid
C- Evacuée

II- DONNEES CLINIQUES ET EVOLUTIVES

7- Catégorie de la grossesse actuelle
A- Unique
B- Gémellaire

3- Niveau d'étude

A- Non scolarisé

B- Primaire
C- Secondaire
D- Supérieur
E- Non précisé

4- Statut matrimonial

A- Marié
B- Célibataire
C- Divorcé
D- Non précisé

5-Antécédents obstétricaux

5-1-Parité

A- Nullipare
B- Multipare

5-2-Césarienne antérieure

A-Oui
B-Non

5-3-Accouchement prématureé antérieur

A- Oui;
B- Non

8- Nombre de visites prénatales

A- Aucun
B- B- 1 à 5
C- 6 et plus

9- Age gestationnel (SA)

A- Entre 28 et 31 SA
B- 32 à 36
C- 37 et plus

10- IMC

A- Moins de 18,5
B- B- De 18,5 à 24,9
C- De 25 à 29,9
D- 30 et plus
E- Non précisé

11- Déroulement du travail

A- Travail Spontané
B- Déclenchement du travail
C- Césarienne avant le travail
D- D- Non précisé

12- Type de présentation

A- Céphalique
B- Siège
C- Transversal
D- Front
E- Face
F- Non précisé

13- Mode d'accouchement

A- Césarienne primaire
B- Césarienne itérative
C- Voie basse

14- Indication de la césarienne

A- SFA
B- Disproportion cranio-pelvienne
C- Pré-éclampsie
D- Autre : précisez.....

13- Morbidité obstétricale:

A- Pré éclampsie
B- B- Eclampsie
C- Hémorragie du post-partum
D- D- Anémie
E- VIH
E- Drépanocytose
F- G- Paludisme
H- Autre : précisez……

14- Statut vital de la mère avant la sortie

A- Mère vivante
B- Mère décédée

15- Devenir fœtal ou du nouveau-né

A- Vivant
B- Mortalité fœtale après 28 SA
C- Mortalité néonatale précoce (entre 0 et jours)

16- Poids de naissance (en grammes):

A- Inférieure à 2500
B- B- 2500 à 3999
C- 4000 et plus

15- Groupe Robson :

A- 1
B- 2a
C- 2b
D- D- 3
E- E- 4a
F- F- 4b
G- G- 5
H- 6
I- 7
J- 8
K- 9
L- 10

SCGO: Société canadienne de gynécologie-obstétrique.

Groupe	Caractéristiques
1	Nullipares, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel ≥ 37 semaines, travail spontané
2	Nullipares, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel ≥ 37 semaines
2a	*Déclenchement*
2b	*Césarienne élective*
3	Multipares, sans utérus cicatriciel, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel ≥37 semaines, travail spontané
4	Multipares, sans utérus cicatriciel, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel ≥37 semaines
4a	*Déclenchement*
4b	*Césarienne élective*
5	Toutes les multipares avec au moins une cicatrice utérine, grossesse unique, présentation céphalique, âge gestationnel ≥37 semaines
6	Toutes les nullipares, grossesse unique, présentation du siège
7	Toutes les multipares, grossesse unique, présentation du siège, utérus cicatriciel inclus
8	Toutes les grossesses multiples, utérus cicatriciel inclus
9	Toutes les grossesses uniques avec présentation transverse ou oblique, utérus cicatriciel inclus
10	Toutes les grossesses uniques avec présentation céphalique, âge gestationnel <37 semaines, utérus cicatriciel inclus

(*Adapté de réf.*[15]).

TABLE DES MATIERES

Table des matières

DEDICACES vi
REMERCIEMENTS vi
HOMMAGES x
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xiv
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES xvii
LISTE DES TABLEAUX xviii
LISTE DES FIGURES xx
SOMMAIRE xxii
INTRODUCTION 1
1.GENERALITES 4
1-1 Définitions des concepts 5
1-1-1 La césarienne : 5
1-1-2 Pratique de la césarienne : 5
1-3 Avantages de la césarienne segmentaire : 18
1-4 Les temps complémentaires de la césarienne : 18
1-5 Indications de la césarienne : 18
2CADRE ET METHODE D'ETUDE 21
2-1 Cadre d'étude 22
2.1.1 La CUGO 22
2.1.1.1 Les infrastructures 22
2.1.1.2. Les équipements 23
2.1.1.3- Les ressources humaines 24
2.1.1.4. Les activités de soins 24
2-2 Méthode d'étude 24
2-2-1 Type d'étude : 24
2-2-2 Période d'étude: 24

2-2-3 Population d'étude 25
2-2-4 Echantillonnage 25
2-2-4-1 Critères d'inclusion 25
2-2-4-2 Critères d'exclusion: 25
2-2-4-3 Méthode et technique d'échantillonnage : 25
2-2-4-4 Taille d'échantillon : 25
2-2-4-5 Définition des variables 26
2-2-4-6 Collecte des données 28
2-2-4-7- Traitement et analyse des données 31
3 RESULTATS 32
3-1- Frequence 33
4 DISCUSSION 57
4-1- De la methode : 58
4-2- Caractéristiques de l'échantillon 59
4-2-1- Caractéristiques Sociodémographiques 59
4-2-2- Caractéristiques cliniques 59
4-3- La césarienne selon les groupes de robson 60
4-3-1- Taux de césarienne 60
4-3-2- Taille des groupes 61
4-3-3- Contribution relative des groupes de ROBSON au taux de césarienne 62
4-4- Les indications de la cesarienne 62
4.5- Pronostic maternel des césariennes selon les groupes de robson 63
4-6- Morbidité et mortalité périnatales des césariennes selon les groupes de robson 63
CONCLUSION 65
SUGGESTIONS 66
REFERENCES 68
ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES ..... a

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
Et de la probité dans l'exercice de la médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
Et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.
Admis dans l'intérieur des maisons,
Mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
Ma langue taira les secrets qui lui sont confiés
Et mon état ne servira ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
Je ne permettrai pas que des considérations
De religion, de sexe, 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.
Même sous 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 aux générations futures l'instruction que j'ai reçue d'eux.
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 !

Le Président du Jury

Vu le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Université d'Abomey-Calavi

RESUME

Anciennement perçu comme un mythe, la césarienne est de nos jours de plus en plus pratiquée dans les services de Gynécologie-Obstétrique. Ainsi donc, les taux de césarienne sont en constante croissance dans le monde. L'OMS propose la classification en dix-groupe de ROBSON, en tant que norme mondiale pour l'évaluation, le suivi et la comparaison des taux de césariennes.

Objectif : Le but de cette étude était d'évaluer les pratiques de la césarienne selon les critères de ROBSON à la CUGO du CNHU HKM de Cotonou de 2019 à 2021.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée analytique réalisée sur une période de 02 mois allant du 1er Décembre 2021 au 30 Janvier 2022 dans une maternité de référence du BENIN. Cette étude s'est intéressé aux gestantes ayant fréquenté la CUGO dans la période allant du 1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2021 soit 03 ans. Toutes les gestantes admises pendant cette période de référence ont été classées selon les 10 groupes de la classification de ROBSON. Pour cette maternité, nous avons pu calculer la taille du groupe, le taux de césarienne, la contribution relative et la contribution absolue au taux de césarienne global.

Résultats : Sur 7252 accouchements, un total de 3695 accouchements par voie basse, 54 laparotomies et 3503 accouchements ont été réalisés par césarienne. Le taux global de césarienne est de 48,30% soit 46,85% en 2019, 50% en 2020 et 48,16% en 2021. Selon la classification de ROBSON, les groupes qui contribuaient le plus au taux global de césarienne au CNHU-HKM étaient les groupes : 5(10,15%), et 10(8,88%). La morbidité maternelle après césarienne était dominée par les pré-éclampsie, la drépanocytose, l'éclampsie et l'hypertension artérielle. La morbidité et la mortalité périnatales étaient de 7,1 %.

Conclusion : Le taux de césarienne chez les gestantes porteuses d'un utérus cicatriciel et de grossesses prématurées est élevé. Il est important que les efforts pour réduire le taux global de césarienne soient dirigés sur l'augmentation de la réalisation de l'épreuve utérine et la réduction des taux de césarienne pour les grossesses prématurées.

Mots clés : césarienne, classification de ROBSON, BÉNIN**.**

ABSTRACT

Previously considered as a myth, caesarean section is more and more performed these days in obstetrical services. Thus, caesarean section rates are constantly growing worldwide. For the evaluation, monitoring and comparison of caesarean section rates, WHO recommended the ROBSON classification. It is a ten-group classification shown as a global standard for the above-mentioned purposes.

Objective: this study aimed at assessing the performance of caesarean section at CUGO maternity (CNHU) in the period 2019 to 2021 and in accordance with the ROBSON criteria.

Material and method: this was a prospective, analytical and evaluative study in a well-known maternity clinic in Benin. For that marternity clinic, all the parturients admitted at the period of study were recorded and classified according to the ROBSON classification. We were then able to determine the size of the population under study, and calculate the caesarean section rates, the relative contribution, as well as the absolute contribution to the overall caesarean section.

Results: Out of the 7252 deliveries, a total of 3695 normal deliveries were performed. In addition, 54 laparotomies and 3503 deliveries by caesarean section were also performed. The overall caesarean section rates in the period of study was 48,30%. In 2019, the caesarean section rate was 46,30%; 50% in 2020 and 48,16% in 2021. According to the ROBSON classification, two groups contributed more to the overall caesarean section rates. They were group 5 with 10,15% contribution and group 10 with 8,88 contribution. Maternal morbidity after caesarean section was dominated by pre-eclampsia, sickle-cell anaemia, eclampsia and hypertension (or high blood-pressure). Prenatal morbidity and mortatility were 7,10% high.

Conclusion: The rate of caesarean section in pregnant women with scar uterus in premature pregnancies is high. It is important that efforts be made to reduce the overall caesarean section rates. Such efforts should be devoted to :

Increasing the uterine test performance;

Reducing caesarean section rates in cases of premature pregnancy.

Keywords: Caesarean section; ROBSON classification, BENIN