

# LA CESARIENNE DE QUALITE

## au Centre Hospitalier Yalgado Ouedragogo de Ouagadougou

### Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique

OUEDRAOGO C. (1), ZOUNGRANA T. (2), DAO B. (3), DUJARDIN B. (4),  
 OUEDRAOGO A. (1), THIEBA B. (1), LANKOANDE J. (1), KONE B. (5)

#### RESUME

**Objectifs :** Analyser les déterminants de la qualité de la césarienne en vue de faire de propositions pour améliorer la qualité de la césarienne dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale.

**Population et méthode :** Il s'est agi d'une étude prospective portant sur 478 césariennes réalisées du 1er août 99 au 30 janvier 2000. Les césariennes ont été classées en indications obligatoires, de prudence, de nécessité, puis en indications abusives.

**Résultats :** Il n'y avait pas une bonne référence des patientes qui devaient en être l'objet. Les centres chirurgicaux étaient peu accessibles pour les patientes. Le retard à la décision de césarienne a été relevé dans 14,2 %. Le retard à l'intervention césarienne a été relevé dans 54,6 %. Il y avait sans doute une indication abusive de césarienne dans 23,6 % des cas. Le suivi post-opératoire n'était pas satisfaisant pour plusieurs raisons : salle de réveil non fonctionnelle, salle de réanimation non équipée, retard au traitement pour les indigentes, éloignement des structures. La césarienne n'était pas de bonne qualité dans 33,1 %.

**Conclusion :** Ces résultats interpellent la Direction de la Santé de la Famille, les responsables du CHNYO, les responsables du service de Gynécologie Obstétrique, afin que des mesures soient prises et appliquées en vue de l'amélioration de la qualité de l'opération césarienne pour une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale.

**Mots-clés :** Césarienne, qualité des soins, déterminants, Ouagadougou.

#### SUMMARY

**Objectives :** To analyze the determinants of the quality of the Caesarean in order to make proposals to improve quality of the Caesarean in the service of Gynaecology and Obstetric of the Hospital complex National Yalgado Ouédraogo to reduce morbidity and maternal and perinatal mortality.

**Population and method :** Its acts exploratory study carrying on 478 caesareans carried out of August 1999 to January 30th 2000. The Caesareans were classified in obligatory indications, of prudence, need, then in indication abusive.

**Results :** It did not have a good reference of the patients who were to be for it. The surgical centres were not very accessible for the patients. The delay with the decision of Caesarean was raised in 14,2 %. The delay with intervention Caesarean was raised in 54,6 %. There was undoubtedly an abusive indication of Caesarean in 23,6 % of the cases. The postoperative follow-up did not satisfactory for several reasons : non-functional recovery room, recovery room not equipped, delay with the processing for the poor ones, distance of the structures. The caesarean was not of good quality in 33,1 %.

**Conclusion :** These results challenge the Management of the Health of the Family, the persons in charge of the CHNYO, the persons in charge of the Obstetric service of Gynaecology so that measures are taken and applied for the quality of Caesarean for a reduction of morbidity and maternal and perinatal mortality.

**Key words :** Caesarean, quality of the care, determinants, Ouagadougou.

(1) Gynécologues obstétriciens, Maternité du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGUO de Ouagadougou.

(2) Gynécologue obstétricien, Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

(3) Médecin de santé publique, Ministère de la Santé du Burkina Faso.

(4) Professeur de santé publique, Université libre de Bruxelles.

(5) Professeur de gynécologie obstétrique, chef de service de gynécologie du CHNYO de Ouagadougou, chef du département de gynécologie obstétrique de la Faculté des Sciences de la santé de l'Université de Ouagadougou.

## La césarienne de qualité...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

### INTRODUCTION

La césarienne de qualité pourrait être définie selon DUJARDIN B. comme «une intervention qui profite à toutes les patientes qui en ont réellement besoin, avec un risque minimum pour le devenir du couple mère-enfant et à un coût abordable pour la patiente et pour le système de santé» [1].

Dans les pays en développement comme le Burkina Faso, l'opération césarienne est faite souvent dans des situations précaires et d'extrême urgence, avec un risque élevé de morbidité et de décès [2]. Cependant, un des facteurs sur lequel on pourrait agir pour améliorer cet état de fait est la qualité de l'offre des soins. Des soins obstétricaux spécialisés de qualité sont une des conditions pour la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale. La césarienne peut être utilisée comme indicateur pour évaluer la qualité des soins et des services obstétricaux. Aussi nous a-t-il paru nécessaire d'étudier les déterminants de la césarienne de qualité en terme d'accessibilité, d'indication opératoire, de technique opératoire et de suivi post-opératoire dans le but de formuler des recommandations pour améliorer la qualité de la césarienne et réduire la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale.

### MATERIEL ET METHODE

Il s'est agi d'une étude prospective qui s'est déroulée à la maternité du centre hospitalier national Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou (CHNYO), l'hôpital de référence. Cette étude a concerné toutes les femmes ayant accouché par césarienne (en urgence ou programmée) dans ledit service du 1er août 1999 au 30 janvier 2000. Après la sortie, les patientes ont été convoquées 45 jours après l'intervention pour une visite systématique.

Dans le cadre de ce travail, la classification des indications de césarienne utilisée se rapproche de celle de MAILLET [3] et de BOISSELIER [4] et déjà utilisée dans plusieurs études dont celles du Sénégal [5]. Cette classification faisait intervenir la notion d'indications obligatoires, de prudence et de nécessité. En dehors de cette classification, nous y avons distingué les indications abusives de césariennes.

**Les indications obligatoires** concernent les situa-

tions pour lesquelles l'accouchement ne peut être réalisé autrement que par la voie haute (disproportion foeto-pelvienne, placenta prævia, présentation anormale (siège excepté), les dystocies mécaniques). L'absence de prise en charge par césarienne aboutit au décès ou à des séquelles maternelles très graves.

**Les indications de prudence** correspondent à des circonstances pour lesquelles une intervention n'est pas indispensable, mais peut apporter dans certains cas un meilleur pronostic vital ou fonctionnel à la mère, mais surtout à l'enfant (utérus cicatriciel, présentation du siège, souffrance foetale, enfant «précieux»).

**Les indications de nécessité** sont pratiquées pour des pathologies en général accessibles à un traitement préventif, mais qui, en l'absence de surveillance ou de prise en charge pendant la grossesse ou l'accouchement, peuvent avoir une évolution défavorable conduisant à une intervention chirurgicale réalisée souvent en urgence pour sauvetage maternel (dystocie dynamique, pathologie hypertensive, autre pathologie maternelle).

**Les indications abusives** concernent toutes les indications de césariennes par excès et qui auraient pu être évitées : dystocie dynamique non traitée médicalement, bassin limite sans épreuve du travail correcte, souffrance foetale sur la base du seul critère présence de liquide amniotique teinté, d'une bradycardie isolée, tachycardie isolée etc.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un formulaire pour chaque femme par deux internes du service. Le contrôle de qualité pour assurer la validité des données récoltées était fait à l'occasion de la révision quotidienne des dossiers par l'ensemble du personnel du service. Pour l'analyse, les critères de césarienne de bonne qualité retenues ont été les suivants : césarienne ne comportant pas de complication (morbidité ou mortalité) pour la mère, enfant vivant.

### RESULTATS

Au total 478 césariennes ont été réalisées pendant 6 mois d'enquête soit un taux de 21,6 % en fonction du nombre d'accouchements (n = 2209) survenus à la maternité du CHNYO.

## I - L'accès à la maternité du CHNYO

### 1 - Provenance

La distance parcourue par les patientes jusqu'au CHNYO allait de 4 à 400 km, avec une moyenne de 41,14 km.

Pour les patientes provenant de la ville de Ouagadougou, la moyenne parcourue est de 8,7 km.

Pour les patientes évacuées du milieu rural, la moyenne parcourue était de 112,5 Km et 73,8 % des patientes ont parcouru plus de 50 Km.

### 2 - Mode d'admission à la maternité du CHNYO

- Référence par la dernière CPN : 49 (10,2 %)
- Venue d'elle-même : 135 (28,2 %)
- Evacuation en urgence: 294 (61,4 %) dont 36,1 % provenant de structures chirurgicales (centres hospitaliers régionaux, centres médicaux avec antennes chirurgicales).

54 de ces patientes (18,4 %) ont accusé un retard au cours de l'évacuation sanitaire vers le CHNYO (pannes de l'ambulance en cours de route, mauvais état des routes limitant la vitesse, comparaison heure de décision d'évacuation et heure de départ).

## II - Caractéristiques des patientes

- L'âge moyen des patientes est de 26,3 ans avec des extrêmes de 16 et 49 ans.
- La parité variait de 0 à 13 et la parité moyenne était de 1,6.
- Utérus cicatriciel : 119 cas (40,8 %) dont 82,6 % n'ont pas été référés quoiqu'elles aient suivi une CPN.

Dans la population étudiée, 27 patientes (5,6 %) n'ont bénéficié d'aucune CPN et 443 patientes (92,7 %) ont bénéficié d'au moins 1 CPN. Parmi celles-ci, 68 % ont bénéficié d'au moins 3 CPN durant la grossesse. Le nombre moyen de CPN était de 3,1.

La CPN était réalisée dans 90,8 % des cas par des sages-femmes ou des maïeuticiens (hommes exerçant le métier de sage-femme) et dans 9,2 % des cas par des médecins.

Les patientes qui portaient un utérus cicatriciel avaient une moyenne de CPN de 3,2.

## III - Aspects cliniques

Une fois le diagnostic posé après l'examen clinique à l'admission, un retard à la décision thérapeutique a été relevé dans 68 cas (14,2 %). Ce retard était dû à l'absence de l'obstétricien.

L'état général maternel à l'admission a été apprécié selon la classification ASA (American Society of Anesthesiologists).

- ASA I (Patientes en bonne santé, sans autre affection que celle motivant l'intervention) : 392 cas (82,2 %),
- ASA II (Perturbation modérée d'une grande fonction) : 55 cas (11,5 %),
- ASA III (Perturbation sévère d'une grande fonction) : 30 cas (6,3 %).

### Aspect clinique du bassin

Le bassin a été apprécié cliniquement dans 472 cas.

- Normal : 62,5 %,
- Limite : 23,3 %,
- Rétréci : 14,2 % dont 5,6 % ont bénéficié d'une césarienne programmée.

### L'état du fœtus

En l'absence de monitoring électronique, l'état foetal à l'admission a été apprécié par l'auscultation au stéthoscope de Pinard.

- Bruits du cœur du fœtus présents : 416 cas (87,9 %),
- Bruits du cœur du fœtus absents : 57 cas (12,1 %).

### Usage du partographe

71 cas représentant 27,9 % des indications de l'usage du partographe (indications d'accouchement par voie basse).

## IV - L'opération césarienne

### 1 - Temps écoulé entre l'arrivée et l'intervention

Nous avons calculé le temps écoulé entre l'arrivée et l'intervention chirurgicale pour les patientes évacuées et dont l'heure d'arrivée et d'intervention étaient mentionnées (294 cas).

- Moins de 60 minutes : 78 cas (26,5 %),
- Plus de 60 minutes : 216 cas (73,5 %).

Un retard à l'intervention chirurgicale (chirurgien ab-

## La césarienne de qualité...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

sent, équipe incomplète, kit incomplet, problèmes techniques) a été relevé dans 269 cas soit 52,3 %.

### 2 - Indications opératoires

Les différentes indications opératoires posées sont représentées par le tableau 1.

**Tableau 1 : Principales indications opératoires**

Indications	Nb	%
Placenta praevia	19	4
HRP	5	1
sévère - Toxémie	7	1,5
Eclampsie	10	2,1
Dystocie dynamique	30	5,8
Bassin pathologique	53	11,1
Présentation anormale	48	10
Mort in utero	1	0,2
Souffrance fœtale	78	15,2
Rupture prématurée des membranes	7	1,4
Utérus cicatriciel	77	15
Obstacle praevia	1	0,2
Disproportion fœto-pelvienne	120	25,1
Dépassement de terme	10	2,1
Dystocie gémellaire	6	1,2
Autre	6	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>478</b>	<b>100</b>

La classification en 3 groupes d'indications opératoires (n = 478) donne le résultat suivant :

- Césariennes obligatoires : 262 cas (54,8 %),
- Césariennes de prudence : 174 cas (36,4 %),
- Césariennes de nécessité : 42 cas (8,8 %).

Par ailleurs, l'analyse des indications de césariennes a permis de distinguer celles qui auraient pu être prévisibles (anomalies du bassin, utérus cicatriciel) :

- Césariennes prévisibles : 149 cas (31,2 %) dont 13,1 % (19 cas) ont été référés par la CPN,
- Césariennes non prévisibles : 329 cas (68,8 %).

### 3 - Non-respect de l'indication opératoire

En appliquant les critères de césarienne abusive on retrouve 113 cas soit 23,6 % de l'ensemble des césariennes pratiquées.

### 4 - Précautions pré-opératoires et techniques

- Kit opératoire disponible en urgence sur place : 402 cas (84,1 %),
  - Kit opératoire acheté hors de l'hôpital : 76 cas (15,9 %),
- Des difficultés liées à la réalisation de l'anesthésie ont été relevées dans 2 cas (0,5 %). L'hystérotomie segmentaire transversale était l'incision la plus réalisée : 474 cas (99,2 %).

### VI - Le suivi post-opératoire

- Retard au traitement (ordonnances non honorées par les parents) : 11 cas (2,3 %),
- Transfusion impossible par manque de sang : 8 cas,
- Antibiothérapie post-opératoire : 99 %,
- Transfusion sanguine : 6 cas.

### VII - Pronostic de l'opération césarienne

#### 1 - Pronostic maternel

Complications post-opératoires

Parmi nos patientes opérées, 90 d'entre elles soit 18,8 % ont présenté au moins une complication. Dans 93,3 % il s'agissait de complications septiques. 4 cas de fistules vésico-vaginales ont été relevés sur 202 patientes revues à la visite du 4ème jour postopératoire. Les autres patientes ne se sont pas présentées à la visite post-natale.

Les patientes évacuées (n= 294) ont présenté plus de complications (28 %) que celles qui ont été référées ou venues d'elles-mêmes (n= 135) (8,2 %).  $P < 10^{-6}$ .

La mortalité maternelle

11 décès maternels ont été observés soit un taux de décès sur césarienne de 2,3 %. Tous les décès maternels sont survenus dans la période post-opératoire. Les principales causes de décès étaient représentées par l'infection (6 cas) et l'hémorragie (2 cas).

Les causes de mortalité ont été estimées évitables dans 10 cas soit 90,9 % des décès. Cette évitabilité était en rapport avec un défaut de prise en charge dans 9 des 10 cas et à une négligence de la famille et/ou de la patiente dans un cas.

## La césarienne de qualité...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

### 2 - Le pronostic fœtal

Parmi les naissances, nous avons enregistré 404 naissances vivantes (84,9 %) et 72 décès d'enfants (15,1 %). Parmi ces décès, 64 cas (88,9 %) sont survenus pendant le travail. Le taux de mortinatalité était de 150 ‰. La mortalité néonatale précoce (J7) était de 4 cas. Le taux de mortalité périnatale était de 15,9 %.

Le taux de mortalité périnatale était significativement plus élevé pour les femmes évacuées en urgence (23,5 %) que pour les femmes non évacuées (3,8 %).

Risque Relatif = 6,2 P < 10<sup>-6</sup>.

Le score d'Apgar à la 1ère minute apprécié sur 396 naissances vivantes était le suivant :

- Entre 1 et 3 : 22 cas (5,6 %),
- Entre 4 et 6 : 138 cas (34,8 %),
- Entre 7 et 10 : 236 cas (59,6 %).

### 3 - La qualité de la césarienne

En appliquant les critères de qualité, on retrouve, 33,1 % de césariennes de mauvaise qualité contre 66,9 % de césariennes de bonne qualité (absence de complications et de décès maternel et enfant vivant).

## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### Epidémiologie

Au cours de notre étude, 478 césariennes ont été pratiquées sur 2209 accouchements soit un taux de 21,6 %. Même si le taux de césarienne en milieu hospitalier est un mauvais reflet de la couverture dans la population générale, elle reste élevée comparativement à certaines études hospitalières africaines. Notre taux était supérieur à celui de GAYE au Sénégal [6] qui retrouvait 6,7 % pour la même durée d'étude suivant le même protocole. Ce taux était également supérieur à certaines séries hospitalières africaines :

- Cotonou [7] : 6,9 %,
- Libreville [8] : 2,33 %,
- Douala [9] : 8 %,
- Bamako [9] : 15,6 %.

Plusieurs raisons expliqueraient notre taux élevé de césariennes :

- Le dysfonctionnement des antennes chirurgicales des

- districts sanitaires des provinces environnantes et de la ville de Ouagadougou, de certains centres hospitaliers régionaux (manque de chirurgien, d'anesthésiste, d'équipement, équipe incomplète, etc...),
- Les indications abusives de césariennes (23,6 %),
- La grande majorité des accouchements non compliqués sont réalisés par d'autres structures que celle de CHNYO,
- Ou encore et plus probablement une combinaison de ces différents facteurs.

### Facteurs pouvant influencer la qualité de la césarienne

#### La consultation prénatale

Dans notre série, 68 % des patientes ont bénéficié du minimum de 3 CPN exigées et seulement 5,6 % des patientes opérées n'avaient bénéficié d'aucune CPN. Ce suivi prénatal a permis de référer seulement 13,1 % des patientes dont la césarienne était prévisible. Notre taux était inférieur à celui du Sénégal qui était de 28 % dans la série de CISSE [5]. Parmi nos patientes qui avaient un utérus cicatriciel, 82,6 % n'ont pas été référées alors qu'elles avaient un nombre moyen de CPN de 3,20. Et nous convenons avec CISSE [5] que ces résultats nous amènent à remettre en cause la qualité actuelle de la CPN dans la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle.

#### L'accessibilité

L'accessibilité aux structures chirurgicales était difficile. En effet, dans notre série, les évacuations en urgence, arrivées en retard ou après un délai important (plus de 3 heures), occupaient une place prépondérante : 130 sur 294 évacuées soit 44,2 %. Dans 36,1 % des cas, ces évacuations ont été faites à partir d'une structure chirurgicale. Ceci est anormal car ces structures devraient être en mesure d'assurer des soins obstétricaux d'urgence. Les raisons données pour l'évacuation étaient : manque de personnel qualifié, équipe incomplète, manque de matériel, manque de sang, etc...

La décision d'évacuation vers le centre de référence a été posée tardivement dans 18,4 % contre 31 % dans la série de CISSE [5]. Dans notre contexte, cela s'explique par le coût souvent élevé de l'évacuation pour une population démunie dont 45 % vivent en dessous du seuil de pauvreté [10].

## Les facteurs décisionnels

Parmi les facteurs pouvant influencer ces résultats, on notait par ordre d'importance (n = 390) : le retard à l'intervention (54,6 %), le retard à la décision de la césarienne (14,2 %), les difficultés techniques (11,6 %), les difficultés liées à la disponibilité du sang (1,2 %).

**1 - Le retard à l'intervention** dans notre série était supérieur à celui de GAYE [6] qui a relevé 37 %.

Dans notre contexte, nous avons évoqué plusieurs raisons pour expliquer ce retard :

- Manque de kit opératoire en urgence ou kit incomplet quand il existait. Dans ce cas, une ordonnance était remise aux parents afin qu'ils se rendent en pharmacie. Ceci expliquait les longs délais d'attente avec toutes les conséquences qu'ils entraînaient. Dans notre série, 73,4 % des patientes ont attendu plus d'une heure avant une entrée au bloc opératoire,
- Le fait que le médecin de garde ne soit pas sur place a contribué à retarder également l'intervention,
- Les différentes perturbations rencontrées à l'occasion des grèves du personnel,
- L'existence d'une seule équipe au bloc opératoire pour les interventions chirurgicales.

**2 - Le retard à la décision** dans notre série était de 14,2 % des cas contre 11,4 % dans la série de GAYE [6]. Les raisons étaient :

- La faible utilisation du partographe dans notre série (27,9 %). Cette faible utilisation du partographe a été relevée par MARIUS [11] dans une maternité de la ville d'Abidjan. Si, dans notre contexte le partographe n'a pas été utilisé parfois par manque de fiche, il faut souligner également que la plupart des utilisateurs n'ont pas une maîtrise parfaite de cet outil de travail. Il est donc indispensable que son utilisation soit remise à jour dans nos services à travers une formation et un recyclage continu du personnel notamment des sages-femmes et des étudiants sur l'utilisation du partographe en salle d'accouchement [12, 13],
- La non-standardisation des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales dans le service,
- Les difficultés techniques : manque de matériel stérile, bloc constamment occupé, etc... Elles représentaient 11,6 % dans notre série.

## Indications opératoires

Les indications opératoires ont été posées sur la base de l'examen clinique. Il n'y avait pas de monitoring électronique du travail. Les principales indications étaient représentées respectivement par la disproportion fœto-pelvienne (25,1 %), la souffrance fœtale (15,2 %), l'utérus cicatriciel (15 %), la dystocie osseuse (11,1 %), les présentations dystociques (10 %), la dystocie dynamique (5,8 %).

Ces indications ont été diversement appréciées par plusieurs auteurs, dont la plupart ont relevé la fréquence élevée de la dystocie mécanique. Ainsi :

- Au Sénégal, CISSE [5] a relevé 30,4 % de disproportion fœto-pelvienne, 18,2 % de souffrance fœtale, 9,3 % de dystocie dynamique,
- A Libreville, PICAUD [8] a relevé 22,3 % de disproportion fœto-pelvienne, 11,1 % de souffrance fœtale, 19,3 % d'utérus cicatriciel, 6,3 % de dystocie dynamique,
- JAMET [14], dans une revue de la littérature sur la césarienne en situation précaire en milieu africain a retrouvé une dystocie mécanique dans 30 %, une dystocie dynamique dans 16 %, une présentation dystocique dans 9,4 %, une souffrance fœtale dans 4,2 %.

La classification par groupe d'indication a montré que les indications de césariennes obligatoires étaient plus fréquentes (54,8 %) que les indications de prudence (36,4 %) et de nécessité (8,8 %). Cette constatation a été faite par CISSE au Sénégal [5] qui a retrouvé 43,8 % pour les indications obligatoires, 30,8 % pour les indications de prudence et 25,4 % pour les indications de nécessité.

Comme BOULLIN [15], nous avons préféré cette classification car elle présente un intérêt majeur dans les pays où la couverture en césarienne est faible. Elle permet également de faire la part entre les indications de nécessité qui sont plutôt le reflet de la qualité de la prise en charge des parturientes lors de la grossesse et de l'accouchement, et les indications de prudence dont l'objectif vise principalement la diminution du risque périnatal, et dans une moindre mesure du risque maternel (utérus cicatriciel). En dehors de cette classification, nous avons distingué les indications abusives de césariennes traduisant les indications par excès. Dans notre série elles étaient élevées (23,6 %).

L'analyse des indications de césarienne a relevé que 31,2 % de césariennes auraient pu être prévisibles par la CPN et référées à temps. Malheureusement ces femmes ont été opérées en urgence au cours du travail ou devant la survenue d'une complication. Cette situation peut être due soit à la mauvaise qualité des consultations prénatales, soit à des problèmes survenus lors de la référence (acceptabilité, coût). Il importe donc que le personnel de santé chargé des consultations prénatales soit reformé et/ou recyclé sur le dépistage des facteurs de risque au cours de la surveillance prénatale.

### Le pronostic

#### Pronostic maternel

Au cours de cette étude, nous avons relevé 11 décès maternels soit un taux de létalité de 2,3 %. Même si ce taux se rapprochait de celui de CISSE au Sénégal [5] qui a relevé un taux de létalité de 3 %, il reste différent dans la littérature :

- 7,7 % à la maternité de N'Djamena [16],
- 6 % dans un hôpital rural au Ghana [17],
- 3,2 % au Zaïre [18],
- 3,5 % à Brazzaville [19],
- 1,9 % à Casablanca [20],
- 1 % à Libreville [8].

Ces taux ne sont certainement pas comparables avec celui des pays développés qui varient entre 0,07 et 0,34 % [2, 21, 22].

La principale cause de mortalité maternelle relevée dans notre série était représentée par l'infection (6 cas sur 11) suivie de l'hémorragie (2 cas). Ce constat a été fait dans l'étude de CISSE au Sénégal [5] qui a relevé 20 % de décès par sepsis, suivi de l'hémorragie (18 %).

Dans notre contexte, il s'est agi le plus souvent de patientes qui étaient en travail avec une rupture des membranes depuis plusieurs jours. Ces patientes, dès l'admission, présentaient un risque infectieux majoré par le retard à l'intervention, le retard de l'antibiothérapie (2,3 % de cas de retard à l'antibiothérapie).

Plusieurs travaux réalisés dans notre service ont déjà souligné la gravité du pronostic maternel des femmes évacuées en urgence [2, 23]. Dans notre série, tous les décès maternels ont été enregistrés parmi les femmes évacuées. Ces mêmes patientes ont présenté significa-

tivement plus de complications post-opératoires (28 %) que celles qui n'ont pas été évacuées. Une meilleure CPN de même qu'une évacuation précoce de ces femmes auraient certes permis d'améliorer le pronostic maternel.

Quant à la morbidité maternelle post-opératoire, elle était également en rapport avec une infection dans 14,6 % des cas. La morbidité constatée au 45ème jour postopératoire concernait 3,5 % des femmes revues à cette visite (n = 202). Elle était de 10 % dans la série de CISSE au Sénégal [5]. Dans 4 cas sur 7, il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale consécutive à une disproportion fœto-pelvienne.

#### Pronostic fœtal

Le taux de mortalité périnatale de notre série était élevé (15,9 %). Il est plus bas comparativement à celui relevé dans d'autres études africaines

- 18 % dans la série de GAYE [6],
- 24 % dans la série de BOULLIN [15],
- 22 % dans la série de BELLIER [16],
- 18 % dans la série de BOUTALEB [20],
- 24 % dans la série de CISSE [5].

Ces taux sont nettement supérieurs à ceux des pays développés, il est de l'ordre de 2 à 3 % [21, 24, 25].

Aussi, conviendrons-nous avec PICAUD [8] que ce n'est pas le geste opératoire qui crée la mortalité, mais le terrain sur lequel il s'exerce. La césarienne participe à la diminution de la mortalité périnatale, mais comme le définit O'DRISCOLL [24], c'est essentiellement la qualité de la surveillance obstétricale qui permet de l'améliorer. C'est ainsi que le taux de mortalité périnatale était significativement lié aux types d'indications. Il était plus élevé dans le groupe des indications obligatoires (22,1 %) et dans celui des indications de nécessité (14,3 %). Ces indications traduisaient la gravité du tableau maternel avec ses répercussions négatives sur le fœtus.

Dans notre série, le taux de mortalité périnatale pourrait être réduit par une meilleure surveillance des parturientes (introduction du monitoring électronique, usage du partographe), une réduction des indications abusives de césariennes, une disponibilité constante du médecin de garde, une référence précoce, une évacuation précoce des cas compliqués, une amélioration des conditions d'évacuations, une meilleure disponibilité du kit

## La césarienne de qualité...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

opérateur, l'acquisition de matériel de réanimation du nouveau-né. De même, le service de néonatalogie devrait être disponible continuellement pour accueillir les nouveau-nés présentant une souffrance fœtale.

### CONCLUSION

L'analyse des déterminants de la qualité de la césarienne a permis de mettre en évidence les défaillances du système sanitaire et le bas niveau de la qualité des soins. Le système de référence et d'orientation/recours n'a pas bien fonctionné. Cette défaillance de fonctionnement du système décentralisé entraîne une augmentation de la charge de travail du personnel de la maternité du CHNYO. En effet, il ressort que les centres chirurgicaux sont éloignés des patientes, que certaines indications opératoires étaient très probablement abusives ce qui (vu le manque de ressources humaines et matérielles) peut être la cause de délais supplémentaires pour les patientes présentant une indication absolue, de même que l'acte opératoire n'était pas réalisé dans de bonnes conditions. Quant au suivi postopératoire, il comportait des insuffisances. Il en résultait une mortalité maternelle et périnatale élevée.

Au regard de ces résultats que nous avons commentés et discutés, les suggestions suivantes ont été formulées afin d'améliorer la qualité de la césarienne et des soins obstétricaux en général.

### SUGGESTIONS

- Assurer la formation de spécialistes en gynécologie

obstétrique et des sages-femmes sur la prise en charge des urgences,

- Assurer la mise en place effective des soins obstétricaux d'urgence notamment sur le volet chirurgical à travers un équipement adéquat en plateau technique et en personnel qualifié des districts sanitaires, car rien ne sert de dépister des grossesses à risque si l'on ne peut pas assurer la prise en charge,
- Mettre à la disposition de la maternité, des médicaments d'urgences et des kits opératoires complets,
- Faciliter et améliorer l'accessibilité au recours chirurgical par la subvention des coûts de l'évacuation sanitaire,
- Former et recycler le personnel de santé notamment les sages-femmes sur l'intérêt de la consultation prénatale et ses objectifs, la référence en temps utile, et sur la qualité de la surveillance du travail,
- Mettre à la disposition des structures périphériques, des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales en fonction du niveau sanitaire,
- Favoriser la création de « cercles de qualité » qui permettront au personnel d'évaluer ses propres services et de rechercher des solutions aux problèmes rencontrés et notamment, la qualité des indications et la diminution des indications non justifiées,
- Revoir la composition du kit opératoire et inclure des médicaments pour assurer des soins postopératoires de 4 à 5 jours,
- Doubler les équipes de garde afin de pouvoir faire face à plusieurs urgences en même temps,
- Faire en sorte que le médecin de garde reste sur place à la maternité tout au long de sa garde (environnement satisfaisant).

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 - DUJARDIN B., DELVAUX T.H., DE BERNIS L.  
La césarienne de qualité, analyse des déterminants.  
Communication au Vème congrès de la SAGO Dakar, Sénégal - Décembre 1998.
- 2 - LANKOANDE J., OUEDRAOGO C.M.R., OUEDRAOGO A., BONANE B., TOURE B., DAO B., SONDO B., KONE B.  
Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité fœto-maternelle au Burkina Faso.  
Méd. Trop. 1997 ; 57 (3) : 311.
- 3 - MAILLET R., SCHAAL J.P., SLOUKGI J.C., et Al.  
Comment réduire les taux de césarienne en CHU.  
Rev. Fr. Gynecol. Obstet., 1991 ; 86 : 294-300.
- 4 - BOISSELIER P., MOGHIORACOS P., MARPEAU L., et Al.  
Evolution dans les indications de césariennes de 1977 à 1983. A propos de 18605 accouchements.

- J Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1987 ; 16 : 251-60.
- 5 - CISSE C.T., FAYE E.O., DE BERNIS L., DUJARDIN B., DIADHIOU F.  
Césariennes au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services.  
Cahiers Santé 1998 ; 8 (5) : 369-77.
- 6 - GAYE A., DE BERNIS L.  
Césarienne et qualité des soins. Etude de 177 césariennes en 6 mois au Centre de Santé Roi Baudouin de GUEDIA WAYE (Dakar) Sénégal.  
Communication, 5ème Congrès SAGO, décembre 1998, Dakar, Sénégal.
- 7 - ALIHONOU E., AGUESSY-AHYI B., AKADOU I.  
Revue des indications de césariennes à la clinique universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Cotonou.  
Dakar Médical 1983 ; 28 : 529-33.
- 8 - PICAUD A., NLOME-NZE A.R., KOUVAHE V., FAYE A., ONDO-MVE R.  
Les indications de césariennes et leur évolution au Centre Hospitalier

## La césarienne de qualité...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

de Libreville.

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

9 - EAGLETON K., CAZENAVE J.C., MAINE D.

Les indications actuelles des césariennes en Afrique tropicale.

Méd. d'Afr. Noire, 1988 ; 35 (11) : 861-866.

10 - Ministère de la Santé - Direction de la Santé de la Famille.

Stratégie nationale pour une maternité sans risque.

1998-2000. Ouagadougou, septembre 1998.

11 - NACOUUMA M.

Problématique des évacuations sanitaires des maternités satellites du

CHU de Treichville en provenance de la maternité de Koumassi.

Mémoire de CES, 1997-98 ; Abidjan : 78 pages.

12 - DE BERNIS L.

Consultation prénatale.

L'enfant en milieu Tropical 1990 ; 187/188 : 41-72.

13 - DUJARDIN B., De SCHAMPHELEIRE I., SENE H., et Al.

Value of the alert and action lines on the partogram.

Lancet 1992 ; 339 : 1336-8.

14 - JAMET F., BENOS P., HEDON B., LAFFRARGUE F.

La césarienne en situation précaire.

Rev. Fr Gynecol. Obstet., 1996 ; 91 (10) : 486-92

15 - BOUILLIN D., FOURNIER G., GAYE A., FADEL D., Cisse C.T.

Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystopies obstétricales au Sénégal.

Cahiers Santé 1994 ; 4 : 399-406.

16 - BELLIER G.

390 césariennes en deux ans à la maternité de N'Djaména.

Méd. Trop., 1975 ; 35 : 301-4.

17 - MORAN B., BUSCH I.

Abdominal deliveries in third world.

Lancet 1987 ; 25 : 981.

18 - TSHIBANGU K., MBOKOLO E., KIZONDE K. et Al.

Particularismes de la gravido-puerpéralité en Afrique Centrale.

Opération césarienne dans trois environnements différents au Zaïre.

J Gyneco. Obstet. Biol. Reprod. 1991 ; 2 : 69-73.

19 - ILOKI L.H., GBALA SAPOULOU N.W., KPEPEDE F., EKOUNDZOLA.

Mortalité maternelle à Brazzaville (1993-1996).

J Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1997 ; 26 : 163-8.

Médecine d'Afrique Noire

Le Pharmacien d'Afrique

Odonto-Stomatologie Tropicale

Médecine du Maghreb

sont sur

[www.santetropicale.com](http://www.santetropicale.com)