

I. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I.1 Le taux de césarienne

Dans notre étude le taux de césarienne était de 33,5%. Ce taux est très élevé par rapport au taux recommandé par l'OMS qui est de 5 à 10% du total des accouchements. Cette moyenne de taux fixée par l'OMS permet de réduire la mortalité et la morbidité foeto-maternelle (13).

Il n'y a pas de donnée sur le taux de césarienne à Madagascar mais on peut commenter ce résultat par rapport aux résultats des études antérieures. Ce chiffre est encore moindre par rapport à celui trouvé par Raharijaona R à la clinique Maternité d'Anosibe Antananarivo (38,68 %) en l'an 2000 (14).

Dans certains centres à Madagascar les taux de césarienne sont beaucoup plus bas :

- Au CHR de Fianarantsoa en l'an 2001 : 30,22% (15).
- Au CHUA Maternité de Befelatanana en l'an 2000 : 10,61% (16).
- À la clinique des sœurs Ankadifotsy en 2001 : 18,96% (17).

Mais après l'étude faite successivement par Leaby (18) et Ralijaona J en 1997 et en 2001 on estime une augmentation du taux de césarienne de 4,34% par an à Fianarantsoa. Cela peut laisser supposer un taux plus élevé de césarienne actuellement à Madagascar par rapport aux taux de césarienne de ces études antérieures.

Les études faites en Afrique ont montré des taux de césarienne assez variés. Wanyonys S et ses collaborateurs ont trouvé en 2004 à Nairobi un taux de 38,1% dans les centres hospitaliers et 41,7% dans les centres privés (19).

Cisse CT et ses collaborateurs ont trouvé un taux de 21,74% à Dakar en 1996 ; A l'opposé, Magnin G lors de la XXIVe journée d'aquitaine Bordeaux II en 2005 a publié qu'au Congo, Gandziene PC a trouvé en 2001 un taux de 1,67% (20).

Sepou A et ses collaborateurs à Bangui Centrafrique en 1997 rapportent un taux de 5,2% mais ce faible taux de césarienne est sanctionné par des ruptures utérines et des décès maternels importants (21).

Dans les pays développés le taux de césarienne est élevé aussi et ce taux ne cesse pas d'augmenter (2). Aux Etats-Unis il est de 25% en 1987 alors que ce taux était de 21,8% en 1983 (22). En France la moyenne nationale est de 19% en 2004 (2).

En somme nous dépassons largement le taux de césarienne dans la majorité des centres à Madagascar et dans les pays en voie de développement ainsi que ceux des pays développés ; mais nos taux de césarienne avoisinent ceux des différents centres privés aussi bien à Madagascar qu'ailleurs.

I.2 L'âge des parturientes

L'âge moyen des parturientes est de 30,11 ans.

Plus de la moitié des femmes césarisées appartiennent à la tranche d'âge de 25 à 34 ans (58,94%). Cette tranche d'âge correspond à l'âge moyen de la procréation de la femme. 111 d'entre elles soit 24,50% ont eu 35 ans et plus, cela peut s'expliquer par l'augmentation des femmes porteuses de cicatrice utérine avec l'âge (2).

Huit femmes seulement soit 1,76% ont eu moins de 20ans ; leurs césariennes sont souvent liées à l'immaturité du bassin qui est souvent responsable de dystocie mécanique.

I.3 La gestité

Nous avons noté une prédominance des césariennes chez les paucigestes (G2G3) avec un taux de 45,91%. Cela coïncide avec le résultat de l'étude faite par Mesleh et ses collaborateurs (23) au cours de laquelle 41% des césariennes étaient pratiquées chez les primipares. La raison est probablement l'adoption d'une prise en charge adéquate suite lors de la ou des gestes antérieures. Les primigestes ont représenté 41,12% des parturientes césarisées. Ce taux de césarienne chez les primigestes est en relation avec le taux élevé des présentations du siège et d'anomalies du bassin dans notre étude.

I.4 La parité

L'indication de césarienne au cours de l'année 2007 dans notre centre a surtout touché les primipares avec un taux de 48,12%. De ce taux élevé de césarienne chez les primipares, on doit s'attendre à une augmentation du nombre de césarienne itérative

ultérieure. Une étude africaine menée par Sepou A et ses collaborateurs (21) à Bangui a trouvé également une prédominance de la césarienne chez les primipares (37,5%). Dans notre étude les paucipares ont été également touchées avec un taux de 47,57%. Ce qui rejoint l'étude africaine sus mentionnée.

I.5 Le terme de la grossesse

Dans notre étude, 82,11% des césariennes ont été réalisées à terme, 16,11% ont été faites avant 37SA et 6% après 42SA ; deux césariennes ont été réalisées à des termes imprécis.

Le pourcentage de césariennes avant 37SA paraît beaucoup mais ceci marque la prudence pour éviter la souffrance foetale, ces fœtus prématurés étant plus fragiles que ceux des grossesses à terme. La littérature indique que la prématurité n'est pas elle-même une indication de césarienne. Elle représente 5 % des naissances et elle est responsable de plus de 75 % de la mortalité périnatale. A ce titre, une césarienne sera pratiquée en cas de dystocie dynamique, de travail long et de présentation du siège (6). En cas de présentation céphalique et prématurité, l'accouchement par les voies naturelles peut être tenté, cependant la souffrance foetale aiguë est plus fréquente pendant le travail et impose une surveillance très serrée. Les prématurés sont plus sensibles à l'hypoxie et il faut s'inquiéter dès les premières anomalies du tracé, plus encore en cas de rupture prématurée des membranes où l'on constate trois fois plus d'asphyxie à la naissance (il n'y a pas l'effet mécanique de protection du cordon par le liquide amniotique) (6).

Les 6% des opérations césariennes ont été pratiquées en post terme. Le terme dépassé constitue un cas particulier de souffrance foetale chronique. La surveillance est débutée à 41 SA. L'apparition d'un oligoamnios ou d'un liquide teinté ou d'anomalies du rythme cardiaque foetal implique l'interruption de la grossesse par césarienne, le foetus étant très fragile (6). A partir de 42 SA, l'extraction est programmée par déclenchement si les conditions locales le permettent. L'apport des gels de prostaglandines est appréciable lorsque ces conditions paraissent insuffisantes : cette technique permet d'éviter des césariennes programmées ou indiquées pour échec de déclenchement (6).

I.6 Les antécédents

Presque la moitié des parturientes (47,90%) n'ont pas d'antécédent médico-obstétrical particulier.

Les 27,17% d'entre elles avaient un utérus cicatriciel par césarienne antérieure et 12% avait un antécédent de fausse couche. La chirurgie abdominale, la mort périnatale, la mort in utero, l'hypertension artérielle ainsi que d'autres antécédents ont été retrouvé chez 16,12% des femmes césarisées.

I.7 Le déclenchement

La grande majorité, (88,52%) de nos césariennes n'étaient pas en relation avec un déclenchement artificiel de travail.

Les 11,47% sont dues soit à l'échec, soit à une anomalie observée au cours du travail déclenché (stagnation de la dilatation, arrêt de progression, pré-rupture utérine, souffrance fœtale). Une étude faite dans le service entre 2005 et 2007 a montré que le déclenchement du travail n'augmentait pas le taux de césarienne, car seulement le taux de césarienne lié au déclenchement artificiel du travail est de 13%. Pendant cette période le taux global de césarienne était de 29% (24).

I.8 Les indications opératoires

Dans notre étude, les indications de la césarienne étaient très variées. Pour pouvoir bien analyser ces indications opératoires, nous avons préféré les grouper au nombre de 12.

I.8.1 La césarienne itérative

Elle a représenté 18.54% des césariennes. C'est l'indication la plus fréquente. 57.14% des césariennes itératives ont été programmées avant le travail et le reste indiqué au cours du travail. C'est aussi l'indication la plus fréquente lors de l'étude faite à l'hôpital militaire de Tunis (25).

Lors de notre étude, ce taux de césarienne itérative semble être élevé ; néanmoins, il est encore inférieur au taux de césarienne lié à la cicatrice utérine en France qui est de 23% en 2004 (2).

En Thaïlande en l'an 2000, 88% des indications dans les CHU et 63% dans les centres privés étaient représentées par la césarienne itérative (26).

En plus, Adanu RM (27) dit qu'il y a moins de 50% de chance d'accouchement par voie basse chez une femme qui porte un enfant plus de 3.7kg sur utérus cicatriciel.

Selon Magnin G (28), chez une femme antérieurement césarisée la césarienne itérative sera programmée vers la 35^{ème} semaine de grossesse dans les indications suivantes :

- Indications liées au bassin :

Bassin chirurgical

Rétrécissement avec disproportion foeto-pelvienne

- Indications liées à la cicatrice utérine :

Cicatrice corporéale

Myomectomie per-coelioscopiques

Utérus malformé, césarisé

Cicatrice de classe IV à l'hystérographie ou à l'échographie

- Indication liées à la grossesse actuelle :

Surdistension utérine

Présentation autre que le sommet

Placenta praevia antérieur

Souffrance foetale

Pourtant, Abbassi H (29) et Bretelle F (30) montrent la possibilité de l'accouchement par voie basse même sur utérus bicatriculaire et cette épreuve utérine n'augmente pas la morbidité maternelle.

Mais pour Mesleh RA (31) il faut exiger un protocole avant d'autoriser la voie basse et un sénior capable de manier la direction du travail en cas de dystocie doit être présent.

Une solution beaucoup plus à long terme est proposée par Trujillo-Hernandez en 2002 (32) qui prône une diminution des indications de césarienne chez les primipares pour diminuer la césarienne itérative. Chanrachakul B et ses collaborateurs (26) partagent aussi le même avis en disant qu'il faut diminuer les césariennes non obligatoires chez les primipares pour atteindre ce même objectif.

I.8.2 La dystocie

C'est la deuxième indication retrouvée dans notre étude avec un taux de 15,67 %.

Ont été groupés dans cette indication les dysproportions foeto-pelviennes, les défauts d'accommodation, les défauts d'engagement, les dilatations stationnaires, les échecs d'extraction instrumentale.

La dystocie est définie comme l'ensemble des phénomènes qui s'opposent au bon déroulement de l'accouchement par les voies naturelles. Elle peut être définie aussi comme une absence de dilatation cervicale et/ou de progression de la présentation pendant un certain temps ou encore par une lenteur particulière de ces événements (33).

La disproportion foeto-pelvienne, classiquement responsable de près de la moitié des dystocies ne peut être reconnue avec certitude ni par les mensurations fœtales ni par celles du bassin.

Carbonne F. dit qu'il y a trois traitements de la dystocie afin de diminuer les césariennes dans cette indication, sans augmenter davantage la morbidité maternelle et infantile (32) :

- La direction du travail, souvent prônée de manière précoce et systématique et qui s'apparente plutôt dans ce cas à un traitement préventif de la dystocie dynamique, ou bien utilisée de manière thérapeutique en cas d'anomalie de la progression du travail ;
- La prolongation du travail, que ce soit avant ou après avoir démarré les mesures correctrices de la dystocie. Cette composante de temps permet la

correction d'anomalies mécaniques (rotation, adaptation, modelage de la présentation...) aussi bien que dynamiques ;

- Les autres mesures proposées et évaluées pour améliorer la progression du travail sont:

- Les changements de position maternelle et la déambulation,
- L'accompagnement des parturientes,
- Les modifications des modalités de l'analgésie péridurale.

Pour réduire le nombre de césarienne par dystocie, des auteurs aboutissent à des conclusions plus favorables.

Gerber et ses collaborateurs montrent qu'en l'absence de limite préétablie de durée pour la seconde phase du travail, l'accouchement par voie basse peut être obtenu dans plus de 90% des cas (34). L'attente en expectative est de règle tant qu'il n'y a pas de signe de souffrance fœtale.

Petrou et ses collaborateurs ont montré une diminution des accouchements difficiles en faisant débiter tardivement les efforts expulsifs par rapport à un début précoce des efforts expulsifs à dilatation complète surtout chez la primipare (35).

Pour cela il faut donc être patient tout en surveillant la survenue d'altérations du rythme cardiaque fœtal.

I.8.3 La souffrance fœtale

Elle était en troisième position dans notre étude. Elle a représenté 15.56% des indications. Le diagnostic est posé sur un faisceau d'arguments cliniques (bradycardie fœtale, émission de méconium) et cardiotocographique (altération du rythme cardiaque fœtal).

Elle était aussi l'indication la plus fréquente lors de l'étude menée par Andriamady (36) au CHU maternité de Befelatanana en 1998 avec un taux de 38.1%. Messaoudi F (25) a trouvé un taux de 24.7% à l'hôpital militaire de Tunis en 2007 et Ramaroson S un taux de 28,57 % en 2001 à la maternité de la clinique Ankadifotsy Antananarivo (16).

I.8.4 Les pathologies maternelles

Elle a constitué aussi une indication fréquente de césarienne dans notre centre avec un taux de 15.67%. Ces pathologies maternelles sont très variables pouvant être : le diabète gestationnel ; une insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle et les toxémies gravidiques, les condylomes cervicovaginales, les utérus polomyomateux).

Selon Poulain (6), les pathologies maternelles représentent 34% des indications de césarienne en dehors du travail. L'augmentation de ces taux est liée à un meilleur dépistage et une grande surveillance des pathologies maternelles.

L'étude menée par Dumont A (37) montre bien cette augmentation car les $\frac{3}{4}$ des césariennes ont été faites pour des pathologies maternelles.

I.8.5 L'échec de déclenchement

Il représente 9.4% des indications. Ont été inclus dans ce groupe : la stagnation de la dilatation cervicale de plus de deux heures, arrêt de progression du mobile fœtal, la pré rupture utérine après déclenchement du travail.

Il y a plusieurs façons de réaliser un déclenchement artificiel de travail mais la technique employée par notre service est le MISOPROSTOL en intra vaginal. Pourtant Dodd JM (38) a bien montré que les bénéfiques par prise orale étaient supérieurs à ceux par voie intra- vaginale.

L'échec de déclenchement dans notre étude pourrait être en relation soit à la forme générique du MISOPROSTOL, soit à une précipitation de déclenchement par rapport au terme, soit à une mauvaise appréciation des différentes mécaniques obstétricales (bassin, mobile fœtal).

I.8.6 Les anomalies du bassin

Un pourcentage non négligeable de césarienne (7,06%) a été réalisé pour cette raison. Le tiers seulement était programmé avant le travail. Pour les 2/3 restantes, il s'agit probablement des cas référés ou des cas qui n'ont pas été suivis dans notre centre.

A été classée dans ce groupe toute anomalie du bassin que ce soit en forme ou en mensuration.

I.8.7 Les présentations dystociques

Elles ont été dominées par la présentation du siège. L'indication opératoire a été posée en cas de présentation du siège chez une primipare ou en présence d'utérus cicatriciel ou encore en cas d'association de pathologie maternelle survenant au cours de la grossesse. Seulement le tiers de ces césariennes a été programmé, le reste étant indiqué en cours de travail. Cela est probablement dû à la priorisation de la voie basse devant cette présentation. Elle représentait 8.16% des indications lors de notre étude. Ramaroson S (17) a trouvé un taux à 36.51% des indications à Ankadifotsy en 2001. La présentation du siège chez une primipare est une indication fréquente de césarienne.

Selon Poulain (6), pour envisager la voie basse, il faut impérativement :

- S'assurer de la parfaite coopération de la patiente.
- S'assurer de la possibilité d'effectuer une césarienne sur place (présence d'un anesthésiste et d'un médecin capable d'effectuer une réanimation néo-natale, présence d'un obstétricien connaissant les manoeuvres en cas d'accouchement compliqué).
- Faire une radiopelvimétrie de façon à n'envisager l'accouchement par les voies naturelles qu'en cas de bassin parfait
- Estimer le poids foetal : entre 2 000 et 4 000 g. Compte tenu des imprécisions des estimations pondérales, certaines équipes utilisent le critère du diamètre bipariétal : une valeur supérieure à 98 mm impose la césarienne
- Exclure la majorité des foetus prématurés
- Préciser le type de siège et la position de la tête foetale : hyperextension.
- Surveiller très soigneusement les conditions du travail : ainsi une rupture prématurée des membranes est-elle un facteur défavorable si elle n'est pas suivie d'une franche entrée en travail dans les 10 heures qui suivent et c'est dès lors l'indication d'une césarienne. Enfin, la dilatation doit être brillante, rapide, régulière : quand elle dépasse 10 à 12 heures il faut prévoir une augmentation du risque de la mortalité fœtale et décider une césarienne.

I.8.8 Les pathologies annexielles

Elles représentaient 6.84% des indications. Nous avons classé dans ce groupe : les placenta prævia, l'hématome rétroplacentaire, et l'anamnios.

Dans L'étude menée par Messaoudi F en Tunisie (25) le taux de césarienne pour placenta praevia était de 12.7%.

Le placenta praevia représente la quasitotalité des pathologies annexielles dans notre étude, le tiers était programmé avant le travail. L'indication au cours du travail est souvent dans un contexte hémorragique ou de souffrance fœtale.

Pourtant, Selon Georges boog (39), en cas de placenta praevia, la voie basse est contre-indiquée par la plupart des auteurs dans toutes les variétés recouvrantes et par certains dans les localisations marginales postérieures. Mais il a bien souligné la fréquence de conversion du site placentaire jusqu'à 34-35 semaines d'aménorrhées. Il a évoqué également le traitement des formes asymptomatiques dépistées par l'échographie du deuxième trimestre qui comporte :

- Un cerclage du col au deuxième trimestre ;
- La répétition de l'échographie toutes les 6 à 8 semaines, voire tous les 15 jours en fin de grossesse, jusqu'à la conversion en situation normale ou jusqu'à l'accouchement ;
- L'arrêt des rapports sexuels ;
- Un repos à partir de 30-32 semaines.

I.8.9 Les ruptures utérines et pré-ruptures utérines

Elles ont représenté 2.64% des indications. Une seule rupture utérine secondaire à une version par manœuvre externe faite en ambulatoire après laquelle la parturiente a survécu, était enregistrée. Les pré-ruptures sont le plus souvent rencontrées lors d'une épreuve utérine sur utérus cicatriciel. Il faut signaler que le risque de rupture utérine après une césarienne antérieure est de 3/1000 (40) à 8/1000 (41).

I.8.10 Les indications pour convenance personnelle

Huit femmes soit 1.76% des cas ont choisi la césarienne comme voie d'accouchement sans raison médicale. Les auteurs signalent l'émergence de cette indication dans le monde entier. En guise d'exemple, la césarienne pour convenance personnelle est autorisée par la loi allemande (42).

Il faut quand même mettre une balise devant cette situation en donnant des informations complètes sur le rapport bénéfice/risque de la césarienne notamment sur la chance ultérieure d'accoucher par voie basse ; ces informations seront suivies d'un consentement écrit et éclairé (43).

Par ailleurs, lors d'une étude publiée en 2000, Van Eygen L (44) a trouvé une mortalité de 1.6% (18/1093 femmes) après césarienne sans indication médicale dans les 42 jours postopératoires. Donc vigilance avant de poser cette indication.

I.8.11 Les pathologies fœtales et autres

Les pathologies fœtales étaient représentées par le retard de croissance intra-utérin et la souffrance fœtale chronique.

Enfin, d'autres indications de la césarienne ont été retrouvées, à savoir : antécédent obstétrical chargé, terme dépassé, primipare âgé.

I.9 Nature de l'intervention

Dans notre service durant l'année 2007, 73,73% des césariennes ont été réalisées au cours du travail et 26,26% programmés avant le travail. La majorité des patientes dont la césarienne a été programmée ont été des gestantes qui ont suivi régulièrement leur grossesse dans notre centre.

Cette proportion est loin de celle trouvée par Melchiorre et ses collaborateurs en 1997 dans leur étude au cours de laquelle 54,6% des césariennes ont été réalisées avant le travail, dont la moitié sur utérus cicatriciel. Les 2/3 des cas restants réalisés au cours du travail sont constitués par des primipares (6).

I.10 Technique d'anesthésie

Dans notre étude, 89,62% des parturientes ont été césarisées sous rachianesthésie ; 6,62% sous anesthésie péridurale et 3,31% sous anesthésie générale. L'indication de l'anesthésie générale était les grandes urgences dominées par les

hémorragies, les refus de la patiente pour l'anesthésie locorégionale et l'échec des anesthésies locorégionales.

Ce taux d'utilisation d'anesthésie générale est largement inférieur à celui trouvé par une étude menée à Singapour en 2002-2003, où, sur 2583 césariennes 20,4% étaient césarisées sous anesthésie générale. Une comparaison de l'anesthésie générale et de l'anesthésie locorégionale faite par Martin TC et ses collaborateurs à Antinga et Barbuda a prouvé de nombreux avantages au profit des anesthésiés locorégionales (45).

De plus, selon Pierre F (2) l'anesthésie locorégionale doit être préférée autant que possible dans le cadre de l'anesthésie pour césarienne.

Notons que lors de notre étude deux parturientes ont été césarisées sous rachianesthésie associée à une anesthésie péridurale. Ces deux cas sont survenus après échec d'anesthésie péridurale. Ce qui n'est pas conforme à la technique de périrachianesthésie décrite dans la littérature (6).

I.11 Caractéristiques fœtales à la naissance

I.11.1 Indice d'APGAR

Les 91,51 % des enfants nés par césarienne durant l'année 2007 dans notre service avaient un indice d'Apgar entre 10 et 8 à la première minute.

5,28% des enfants avaient un score entre 7 et 4.

Cinq enfants morts in utero soit 0,88% ont été accouchés par césarienne. L'un était décédé suite à une rupture utérine mais pour les quatre autres il s'agit d'autres indications. Cela mérite une analyse sérieuse car selon Perotin F et Body G (46) même si une expulsion rapide doit être assurée en cas de mort fœtal in utero, il ne faut pas se précipiter pour éviter un éventuel échec de déclenchement qui va obliger de réaliser une césarienne. La césarienne vaginale ou la césarienne abdominale extrapéritonéale serait une bonne option pour ces cas (1).

I.11.2 La nécessité de gestes de réanimation

Une trentaine d'enfants nés par césarienne (7,6%), durant cette période nécessitaient des gestes de réanimation (ventilation en masque, massage cardiaque externe). Plus de 91% des enfants n'ont nécessité aucune geste de réanimation.

I.11.3 Le poids des enfants à la naissance

Dans notre étude 12,55% des enfants avaient un poids de naissance inférieur à 2500g. Cela est en relation avec le pourcentage élevé de césarienne réalisé avant terme.

Une proportion importante (20,26%) avait un poids supérieur à 3500g. Cela concorde avec le pourcentage élevé de disproportion foeto-pelvienne dans l'indication opératoire.

I.12 Les suites opératoires

I.12.1 La durée d'hospitalisation

Dans notre étude la durée moyenne d'hospitalisation était de 6,21jours. Cette durée est plus courte par rapport à celle trouvée par Garel (47) en France en 1990 qui est de 10,5 jours et celle trouvée par Ramarosan en 2001 à Ankadifotsy qui est de 8,5 jours (17).

I.12.2 Le pronostic maternel et néonatal

i.Le pronostic maternel

➤ La mortalité maternelle

Nous n'avons pas eu de décès maternel en relation avec la césarienne durant l'année 2007.Ce résultat semble réconfortant car notre centre constitue un centre de référence dont le taux d'utilisation est satisfaisant aussi bien pour les cabinets et cliniques privés que pour les centres hospitaliers de niveau inférieur. .

Par ailleurs, les études faites aussi bien à Madagascar qu'en Afrique ont trouvé des taux de mortalité maternelle élevés. Randriamanantsoa (48) à l'HJRA en 1995 a

trouvé un taux de 0.67% ; Picaud (49) à Libreville a relevé un taux de mortalité maternelle de 1%. La mortalité est encore plus élevée dans d'autres études, comme celle réalisée à Fianarantsoa (15) où ce taux a été de 3.55 %.

➤ Morbidité maternelle

Dans notre étude, elle ne représente que 2.64% des cas.

Deux éventrations post opératoires, cinq infections dont deux étaient des suppurations pariétales ainsi que cinq autres complications dont quatre engorgements mammaires, un syndrome palustre ont été retrouvées chez ces femmes césariées.

Dans 97 % des cas, les suites opératoires ont été simples. Ce résultat satisfaisant est le reflet des efforts du centre dans l'amélioration de la qualité des soins (règles d'asepsie et antibioprophylaxie) et de prise en charge. Toutefois il faut reconnaître que le risque de morbidité est 3 fois plus élevé au cours d'une césarienne par rapport à la voie basse (2).

Si l'endométrite est la complication infectieuse la plus fréquente selon Lopez SC et ses collaborateurs (50), notre étude a trouvé une plus grande fréquence des suppurations pariétales. Ceci peut être considéré comme le reflet d'un retard à la décision de césarienne après rupture prolongée des membranes surtout pour les cas référés, ou bien ces complications infectieuses peuvent être liées à des fautes d'asepsie avant et/ou pendant l'opération. Notons que 3 syndromes infectieux dont le foyer n'est pas étiqueté ont été groupés dans « autres complications ».

Certaines études ont montré un taux de morbidité maternelle beaucoup plus important. Andriamady (51) au CHU de Befalatanana avait un taux de 19.5%, Lalaonirina à Antsirabe (52) un taux de 4.8%.

ii. Le pronostic néonatal

➤ Mortalité néonatale

Nous avons déploré deux décès périnataux.

Le risque de mortalité néonatale au cours de la césarienne est 69% plus élevé par rapport à l'accouchement par voie basse (53).

➤ Morbidité néonatale

Lors de notre étude elle survient dans 0,88% des cas.

Les complications que nous avons rencontrées ne sont pas nombreuses, Citons: Trois ictères néonatals, et une conjonctivite purulente.

II. SUGGESTIONS

A partir de notre étude, nous allons émettre quelques suggestions dans le but de diminuer le taux de césarienne sans augmenter la mortalité néonatale.

Nos suggestions vont concerner deux cibles particulières.

II.1 *Les femmes en âge de procréer*

Il faut renforcer les communications pour le changement de comportement (CCC) afin de :

- Déconseiller les grossesses chez les femmes âgées de moins de 19 ans du fait de l'immaturation du bassin.
- Sensibiliser les femmes enceintes sur l'importance des consultations prénatales régulières et effectuées par les agents de santé.
- Inciter les femmes à accoucher de préférence en milieu hospitalier ou du moins dans les centres de santé.
- Favoriser le recours aux méthodes contraceptives permanentes voire définitives chez les multipares.
- Faire connaître les conséquences néfastes de la césarienne afin de limiter les demandes de césarienne sans raison médicale.

II.2 *Les personnels de santé*

- Il faut organiser des séances de recyclage et de formation continue concernant :
 - Les normes et recommandations internationales
 - Les protocoles de prise en charge en Obstétrique d'ordre internationale
 - Les indications de la césarienne
 - Les différentes techniques en Obstétrique (Extraction instrumentale, Embryotomie pour le fœtus mort in utero, césarienne extra péritonéale ...).
 - L'utilisation et l'interprétation des méthodes d'exploration en Obstétrique notamment la cardiotocographie et l'échographie.
- Il faut qu'ils adoptent un protocole de prise en charge pour le centre ou encore mieux d'ordre national.

- Il faut équiper tous les centres chirurgicaux :
 - De personnel qualifié en Obstétrique
 - De matériel pour évaluation et surveillance de l'état materno-fœtal (Echographie Doppler, Cardiotocographie avec capteur interne, PH au scalp, Amnioscope,)
- pour éviter une décision de césarienne prématurée.