L'aspect du liquide amniotique

Tableau 22 : Répartition selon l'aspect du liquide amniotique

Liquide amniotique	Nombre	Pourcentage
Clair	50	26,06
Teinté	29	14,92
Méconial	22	11,17
Purée de pois	10	4,78
Inconnu	81	43,08
TOTAL	**192**	**100%**

On note une prédominance de liquide amniotique clair, soit 26,06%.

« Inconnu » veut dire que le caractère du liquide amniotique n'a pas été mentionné dans le dossier.

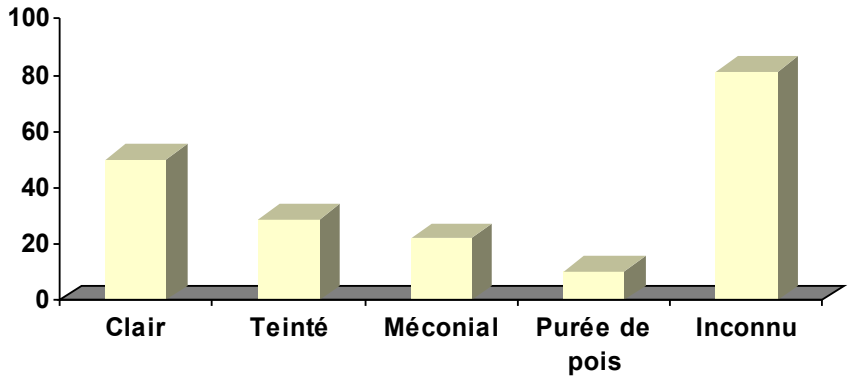

Figure 19 : Aspect du liquide amniotique des césarisées

IV.4.5. La mortalité périnatale

Selon la définition internationale, la mortalité périnatale est celle qui frappe le fœtus depuis le début de la 28ème semaine d'aménorrhée et le nouveau-né jusqu'au sept jours inclus. Sur les 188 observations, nous avons relevé :

- 43 mort-nés
- 9 morts apparentes non réanimés
- 3 morts survenant dans 0 à 7 jours

Au total, il y a 55 cas de mortalité périnatale, soit 28,64%.

Tableau 23 : Répartition des mortalités périnatales selon les indications de césarienne.

Indication	Nombre	Pourcentage
Rupture utérine	13	23,63
Présentation dystocique	12	21,81
Placenta praevia	6	10,90
Dystocie osseuse	11	20,00
Dystocie dynamique	10	18,18
Eclampsie	1	1,82
Souffrance fœtale	1	1,82
Gros fœtus	1	1,82
TOTAL	**55**	**100%**

La rupture utérine est donc la plus grande responsable de décès fœtal, elle vient en premier lieu avec 23,63%. Sur ces 13 cas de rupture utérine recensés, tous les nouveau-nés sont tous morts in-utéro, donc 100% de mortalité.

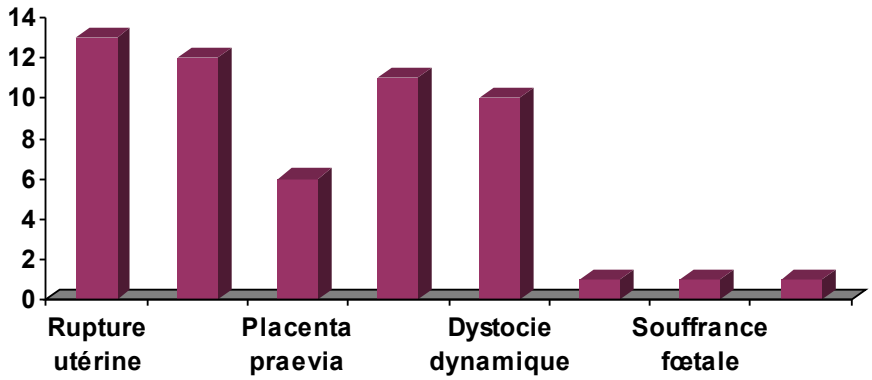

Figure 20 : Mortalités périnatales selon les indications de césarienne

- Les présentations dystociques ont causé 12 mort-nés, soit 21,81%.

- La dystocie dynamique a occasionné 10 cas de mort-nés, c'est-à-dire 18,18%.
- La dystocie osseuse est à l'origine de 11 mort-nés, soit 20%.
- La placenta praevia a été responsable de 6 mort-nés, soit 10,90%.

Parmi ces 55 mort-nés, il y a 2 cas présentant de malformations congénitales :

- Une hydrocéphalie
- Une hydrocéphalie avec un bec de lièvre et absence de pénis.

IV.4.6. La morbidité néonatale

Dans notre série, chez les 137 nouveau-nés vivants, on n'a pas noté de séquelles ; mais la surveillance des enfants au Centre de Santé Maternelle et Infantile pourra permettre de mieux apprécier la morbidité.

Parmi ces nouveau-nés vivants, un présente une malformation congénitale, type bec de lièvre.

IV.5. Suites opératoires

IV.5.1. La mortalité maternelle

Au cours de la période concernée par l 'étude, nous avons déploré 5 décès dans les suites opératoires soit, un taux de 2,56%. Sur ces 5 patientes décédées :

- Un décès de choc irréversible suite à une rupture utérine.
- Deux décès survenus à la suite d'anémie aiguë.
- Deux autres dans un tableau de choc septique

IV.5.2. La morbidité maternelle

Sur ces 188 concernées, 20 ont présenté une pathologie post opératoire, soit un taux de 10,63% : - 10 cas de suppurations pariétales de la plaie opératoire.

- 1 cas de phlébite.
- 3 cas de paludisme.
- 4 cas de fièvre isolée

-1 cas d'hypertension artérielle persistante.

- 1 cas de fistule urinaire.

Parmi ces cas, 18 cas ont présenté une pathologie infectieuse, soit 80% et 2 cas une affection non infectieuse (20%)

I. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I.1. Habitudes du service

Dans notre étude, nous n'avons recensé aucun cas d'anesthésie péridurale ou de rachianesthésie , toutes les interventions sont pratiquées sous anesthésie générale (AG)du fait de plusieurs facteurs :

- Nos parturientes ne rejoignent la Maternité qu'au moment de l'accouchement ou en situation d'urgence (par exemple pré-rupture de l'utérus) ; donc la technique de l'AG est facile et la mise en œuvre est rapide, nous en avons déjà parlé dans le chapitre précédent la technique de l'AG.

- L'insuffisance de personnel soignant au Centre hospitalier : deux infirmiers anesthésistes et un Médecin réanimateur assurent le service.

- La pénurie et le coût élevé des produits nécessaires à la rachianesthésie ou à l'anesthésie péridurale.

Le type d'incision pariétale utilisée est la laparotomie médiane sous ombilicale (LMSO), idéale avec la pratique de l'AG. La LMSO est rapide, facile, peu hémorragique. Elle peut être utilisée dans les cas d'urgence extrême ou des difficultés prévisibles dans l'abord utérin et dans l'extraction fœtale. Cependant, elle offre un caractère inesthétique souvent mal accepté, mais dans notre série l'important est de sauver la mère et l'enfant.

I.2. Le taux de césarienne

Nous avons enregistré au cours de cette étude 1024 accouchements dont 188 par césarienne, ce qui représente un taux de 18,35%. Ce taux est supérieur à celui trouvé dans le même service en 1988 (9,39%) et 1999 (9,55%) Dans la littérature, des études publiées montrent une différence nette entre les pays.

- Pour PASQUET (56), le taux annuel de césarienne dépasse 25% aux Etats-Unis, avoisine le 20% au Canada, entre 10 et 15% en Europe contre 6 à 7% au Pays bas.

- Selon ALBRECHT (57), ces taux sont respectivement de 15 à 16% en Allemagne.

- A Bangui, ce taux représente le 5,2% selon SEPOUA (58) en 1997

- A Dakar, selon CISSE (59) ce taux est de 11,2% et pour le Fonds des Nations-Unies pour la population (FNUAP), les césariennes doivent représenter 5 à 10% des accouchements. Ici, le taux que nous avons trouvé est supérieur ; cependant, plusieurs pays développés le dépassent (France, Allemagne, Etats-Unis)

Ce taux plus élevé à Fianarantsoa est dû à :

. L'absence de Médecin spécialiste en Gynécologie Obstétrique pour résoudre certains accouchements difficiles au lieu de les opérer.

. L'éloignement du Centre de Santé par rapport à leur domicile, donc pas de Consultation Prénatale (CPN) ou CPN irrégulière.

. L'absence de moyen de transport, et surtout, les obstacles financiers et sociaux. Il est plus difficile pour les femmes de bénéficier de soins de santé maternelle quand elles doivent payer pour ces prestations, pour ces médicaments essentiels et faire face au coût de substitution élevé correspondant au temps perdu pour les tâches ménagères, un emploi non rémunéré, la production d'aliments et les soins aux enfants.

. L'absence de monitoring et d'échographie permettant de déterminer dans les meilleurs délais la souffrance fœtale.

Donc, ces facteurs aggravent la situation des femmes et entraînent l'augmentation du taux de césarienne pour sauver la mère et l'enfant.

I.3. Les facteurs épidémiologiques

I.3.1. L'âge

La césarienne se voit à tout âge, et cela pour des différentes raisons.

- Beaucoup de femmes Malgaches ont tendance à se marier très tôt vers l'âge de 15 ans, alors que le bassin est immature, 16% des femmes dans notre étude sont dans ce cas.

- Des primipares âgées : la fréquence de la césarienne chez les parturientes âgées pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité des contractions utérines, l'arrêt de progression de la dilatation entraînant la souffrance fœtale. L'organisme des primipares âgées ne s'habitue pas à l'accouchement, d'où la fréquence élevée de la césarienne.

- La cure de stérilité.

- La fréquence de mort habituelle du fœtus dont les causes sont plus nombreuses et inconnues.

I.3.2. La parité

Dans notre étude, les primipares et les paucipares sont les plus touchées, elles représentent 76,58% des cas de césariennes.

Dans la population des femmes en âge de procréer, les primipares et les paucipares sont les plus nombreuses, car leur constitution anatomique (insuffisance de développement du bassin et de l'utérus) et leur inexpérience en matière d'accouchement favorisent l'augmentation des risques de survenue de complications motivant une césarienne.

I.3.3. La provenance et le mode d'admission

69,20% des césarisées viennent de la périphérie à peu près à 40 km de la ville, et 33,52% des opérées sont des évacuées. Or, les parturientes n'arrivent à l'Hôpital qu'au moment du travail ou après un travail laborieux de plusieurs heures à quelques jours chez elle, ou après un échec des accoucheuses traditionnelles nécessitant un traitement d'urgence, d'où le retard de prise en charge et le retard d'évacuation sanitaire entraînant une augmentation du taux de césarienne.

Pour les évacuées, la difficulté de moyens de transport, l'insuffisance de moyens financiers aggravent aussi la situation et aboutissent à la souffrance fœtale et à la fatigue maternelle.

I.3.4. Le niveau de scolarisation

Les analphabètes et les femmes de niveaux primaires occupent les 59,03% des cas de césariennes dans notre série. Ce niveau de scolarisation plus bas est un des facteurs contribuant à l'augmentation de césariennes. Certaines femmes se voient refuser l'accès aux soins nécessaires pour des motifs culturels de réclusion, ou parce que la décision d'y avoir recours revient à d'autres membres de la famille.

Un niveau de scolarisation élevé aide à la bonne utilisation des services de santé et à la prise en considération des prestations prénatales qui y sont dispensées. Une femme qui a pu étudier est mieux à même améliorer non seulement sa santé mais aussi celle de ceux qui l'entourent.

I.3.5. La profession

Les femmes ayant une activité professionnelle non rémunérée sont plus nombreuses (78,24%) et vivent dans un bas niveau socio-économique.

Dans les pays en développement, ce niveau socio-économique bas limite leur accès à l'instruction et à une alimentation équilibrée, ainsi qu'aux ressources économiques nécessaires pour payer les prestations de soins de santé.

Un travail physique excessif conjugué à une mauvaise alimentation contribuent aussi aux issues défavorables de ces grossesses en entraînant une opération césarienne (60)

I.3.6. La consultation prénatale (CPN)

Bien que la grossesse ne soit pas une maladie mais un processus physiologique normal, elle présente certains risques pour la santé et à la survie de la femme et de l'enfant qu'elle porte.

Une mauvaise surveillance prénatale est un facteur prédisposant à la souffrance fœtale et à des complications néfastes au moment de l'accouchement. Donc, il est indispensable de faire la CPN car elle permet de prendre soin de leur santé, d'éviter les risques de la grossesse et de l'accouchement, de prendre des mesures adéquates au moment du travail, de mettre au monde des enfants en bonne santé, de bien acheter et préparer sainement la nourriture familiale et de protéger l'environnement dans leur foyer(61)

I.3.7. L'utilisation de décoction (Tambavy)

La prise de cette décoction est une habitude des femmes enceintes dans la région de Fianarantsoa au cours de la grossesse, elles l'utilisent dans diverses situations :

- Au cours d'un vomissement gravidique (rôle antiémétique)
- Pour diminuer ou calmer certaines douleurs (rôle antispasmodique)
- Pour faciliter l'accouchement. (ocytocique)

Cette prescription de décoction est faite par la matrone mais l'automédication est très fréquente.

Cette consommation abusive de décoction est une source de nombreuses complications surtout au moment de l'accouchement.

- Complications fœtales : souffrance fœtale.
- Complications maternelles = dilatation stationnaire, mauvaise contraction utérine, rupture utérine.

I.3.8. La durée du séjour hospitalier

Les parturientes ayant une complication post opératoire ont une durée de séjour hospitalier longue, soit 10,63% des femmes césarisées et cela pose un problème pour payer les frais d'hospitalisation et les médicaments utilisés, nécessaires.

I.4. Les principales indications de césariennes

Dans notre série, les indications de la césarienne sont dominées par le groupe des césariennes obligatoires qui représentent 51,60% des cas, puis le groupe des césariennes de prudence (26,58%), enfin le groupe des césariennes de nécessité (21,81%)

I.4.1. La disproportion fœto-pelvienne

Elle représente 20,21% des cas. Ce taux est plus faible à celui de CISSE (59) au CHU de Dakar qui est de 26,1%. Elle est due à un rétrécissement du bassin maternel et/ou d'un fœtus de gros poids. Elle est difficilement diagnostiquée par un seul examen clinique. En effet, les signes cliniques sont peu fiables pouvant conduire à des indications trop larges.

Cette disproportion pose deux problèmes :

- Un problème de diagnostic précis : le bassin doit être jugé cliniquement normal, autrement, la parturiente est classée dans la catégorie bassin chirurgical ou bassin limite cliniquement ; la hauteur utérine doit être normale pour éliminer les disproportions cliniquement évidentes.

- La possibilité d'association de plusieurs phénomènes : une dystocie dynamique secondaire à une dystocie mécanique.

En plus, la dystocie osseuse est surtout associée à la petite taille des femmes Malagasy. Elle est plus répandue au sein de la population où la malnutrition est endémique, en particulier dans les régions où l'alimentation des fillettes et des femmes obéit à divers tabous et traditions.

Ce risque est encore plus grand quand les filles se marient très jeunes et sont censées prouver leur fécondité, souvent avant même d'avoir atteint leur plein développement.

Le retard de croissance au cours de l'enfance à la suite d'une malnutrition sévère expose aussi les femmes à un risque de dystocie (60)

I.4.2. Les anomalies de présentation

Elles représentent 36 cas, soit 19,14%. Les présentations transversales occupent la majeure partie, soit 48,65%.

A cause du manque de moyens d'investigation, d'échoradiopelvienne, l'anomalie de présentation n'a pas pu être diagnostiquée avant le travail (62). Mais certaines anomalies faciles à diagnostiquer ou tout au moins à soupçonner, constituent une meilleure indication de la césarienne prophylactique.

Les anomalies de présentation concernent les 30% des femmes évacuées en urgence des postes médicaux environnants dans notre étude, parfois ayant déjà subi des tentatives infructueuses de version, le plus souvent déjà compliquées d'épaule négligée ou au stade de rupture utérine. Donc il est conseillé à ces femmes d'entrer à l'Hôpital quelques jours avant le terme.

Pour certaines indications comme la présentation de l'épaule, nous avons enregistré 3 cas survenus après accouchement d'un premier jumeau. Cela constitue une faute technique qui est consécutive à la non maîtrise des différents temps de l'accouchement gémellaire, ou à une carence de diagnostic de la grossesse gémellaire avant le travail (63)

I.4.3. Le placenta praevia hémorragique

Nous avons recensé un taux de 7,45%. Ce taux est supérieur à celui rapporté à Dakar par CISSE (23) qui est de 5,4%, et il est plus bas par rapport à :

- RAKOTONDRAMANITRA (64) : 7,5%
- RAKOTOARINESY (65) : 9,72%
- RAKOTOVAO (17) : 20,50%
- PICAUD (66) : 16,7%
- RAKOTOHELISON (67) : 14,2%

Le risque de placenta praevia augmente avec l'âge et avec la parité confirmé par la statistique dans notre étude.

Cette fréquence relativement élevée est due au fait que les femmes Malgaches font des grossesses très rapprochées, ce qui favorise une insertion vicieuse du placenta au niveau du segment inférieur.

Ce placenta praevia peut provoquer des mauvaises accommodations du fœtus, d'où la fréquence des présentations vicieuses associées au placenta praevia. Il est défavorable à la mère aussi bien qu'à l'enfant surtout la variété centrale qui est dangereuse. Dans notre série, il est responsable de 10,90% de morts-nés.

I.4.4. La rupture utérine

Sur ces 188 césariennes, nous avons recensé 13 cas de rupture utérine, soit 6,92%. Ce taux est plus faible que celui de SEPOUA à Bangui (58) qui est de 11,7% en 1997, et plus élevé que celui de CISSE (59) à Dakar qui est de 3,1%.

Plusieurs facteurs ont contribué à l'augmentation du taux de rupture utérine, parmi lesquelles :

- L'antécédent de césarienne : nous avons recensé 3 cas, soit 23,07%. Malheureusement le type d'hystérectomie n'a pu être précisé.

- Le retard de prise en charge et le retard d'évacuation : les parturientes n'arrivent au Centre de Santé qu'à un stade avancé de la dilatation cervicale.

- La pauvreté au niveau individuel (revenu familial bas) et au niveau du système sanitaire (la suppression de la gratuité des soins) : les parturientes ne cherchaient à réunir les moyens permettant de faire face au coût de la césarienne que lorsque la décision opératoire était prise.

- La difficulté de moyens de communication (véhicule, durée de trajet plus longue, la route secondaire cahoteuse).

- L'utilisation abusive de décoction entraînant une contracture de l'utérus.

Parmi ces facteurs favorisant la rupture utérine, l'âge et la parité n'étaient pas directement en cause, les tests statistiques n'étant pas significatifs.

I.4.5. L'utérus cicatriciel

Nous avons trouvé 33 cas, soit 17,56% de l'utérus cicatriciel. Ce taux est plus élevé à celui trouvé au CHU de Dakar entre 1996 et 1997 selon CISSE C.T (68) qui est de 11,2%.

Par contre, nos indications pour la première césarienne ne diffèrent pas de celles enregistrées dans les pays développés.

En moyenne, plus de 50% des primocésariennes concernent les primipares, cela explique la prédominance des paucipares dans les séries publiées sur l'accouchement des utérus cicatriciels.

Dans 25% d'utérus cicatriciel, cette première césarienne avait comme indication une anomalie du bassin, obligeant le plus souvent à refaire une césarienne itérative (69) Pour le reste, la décision d'intervenir a été prise le plus souvent d'emblée. Nous constatons une certaine tendance à respecter la règle selon laquelle une femme antérieurement césarisée doit l'être systématiquement lors d'une grossesse ultérieure.

Pour réduire ce taux de césarienne sur un utérus cicatriciel trop élevé, les mesures les plus efficaces sont l'utilisation de définitions strictes, le respect des indications de césariennes et la comparaison des taux de césariennes d'un établissement à ceux des autres ou d'un Obstétricien à ceux de ses collègues (70)

Mais en raison des contraintes, liées à la pratique obstétricale, dans un pays en développement (faible couverture et qualité de soins prénatals, absence de cardiotocographe, manque d'informations sur l'indication de la césarienne antérieure et le type de cicatrice utérine), le risque de rupture utérine nous conduit souvent à réaliser des césariennes prophylactiques de prudence, peut-être de manière excessive.

I.4.6. La dystocie dynamique

La fréquence des dystocies dynamiques était de 34 cas, soit de 18,08% des césarisées. Sur ces 34 cas :

- 11 césariennes réalisées par un non-engagement à dilatation complète, soit 32,35%. Ce pourcentage est supérieur à celui rapporté par ALAMI M.H qui a trouvé 20% (71)

- 14 césariennes pour une dilatation stationnaire, soit 41,18% et une fatigue maternelle.

- 9 césariennes réalisées sur une dystocie de démarrage, soit 26,47%.

Parmi les causes favorisant la survenue de la dystocie dynamique, on peut citer :

- La rupture précoce des membranes entraînant une anomalie de dilatation et une souffrance fœtale ; le travail est prolongé.

- La poussée à dilatation incomplète, surtout chez les primipares entraînant un oedème du col et un arrêt de dilatation.

- La dystocie du col souvent conséquence de la mauvaise direction du travail effectuée par certaines sages-femmes.

- L'hypertonie utérine par utilisation intempestive de la perfusion d'ocytocique ou par consommation abusive de décoction.

- Les troubles fonctionnels des contractions utérines.

- Le rétrécissement isolé du détroit moyen apparemment inexpliqué selon MAYER (72) et MORIN P (73)

- Le manque de moyen d'investigation (radio-pelvimetrie) pour étudier les principaux diamètres du bassin maternel (71)

- La variété de position de la tête ne pouvant être connue qu'au cours de travail.

I.5. Les caractéristiques fœtales

I.5.1. Le poids à la naissance

Dans notre étude, nous avons recensé 25 nouveau-nés, soit 13,02% ayant un poids à la naissance inférieur à 2500g. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), un bébé ayant un poids à la naissance au-dessous de 2500g a moins de chances de survie et moins de probabilités d'être en bonne santé (61)

C'est comme dans tous les pays en développement, la malnutrition maternelle, avant la conception ou pendant la grossesse est responsable des faibles poids à la naissance. En plus, la santé de la mère avant et durant la grossesse joue un rôle dans le

retard de croissance intra-utérine du fœtus. Donc, il est nécessaire de suivre la Consultation Prénatale pour déceler et traiter les carences nutritionnelles, ainsi que les maladies endémiques comme le paludisme pour avoir un développement intra-utérin fœtal suffisant (60)

I.5.2. L'état des enfants à la naissance

Sur ces 188 césarisées, nous avons relevé :

- 43 mort-nés et 9 morts apparents non réanimés, soit 27,08%. Ce pourcentage est assez élevé. Cela explique le fait que dans la majorité des cas, on est obligé de faire une césarienne sur un enfant déjà mort in-utéro dans un but de sauver la mère. En effet, l'insuffisance en matériels, en personnels qualifiés, en médicaments dans notre formation constitue un handicap sérieux.

Signalons que 42,31% des mort-nés ont des mères évacuées, traduisant ainsi une insuffisance de prise en charge souvent tardive. C'est un grand problème dans la plupart des pays en voie de développement.

- 32, 30% sont nés asphyxiés. Il faut noter un taux important de détresse respiratoire néo-natale après un accouchement par césarienne, et les séquelles de l'anoxie néo-natale sont les plus souvent assez graves (crises convulsives, retard psychomoteur...), définitives durant la vie de l'enfant.

Cependant, nous affirmons que la mortalité et la morbidité néonatales sont aussi fonction de l'indication de la césarienne et du degré de souffrance fœtale au moment de l'intervention et surtout après son extraction.

I.5.3. La mortalité périnatale

Nous avons recensé 55 mortalités périnatales, soit 28,64% répartissant comme suit : - 43 mort-nés.

- 9 mort-nés apparents non réanimés.
- 3 morts survenant dans 0 à 7 jours, ces trois sont nés asphyxiés.

La rupture utérine est responsable de 100% de décès fœtaux. Sur les 13 cas, les enfants sont morts in-utéro. Ce lourd pourcentage est dû au fait que l'hémorragie de la mère a retenti sur le fœtus.

Les dystocies mécaniques (dystocie osseuse, disproportion fœto-pelvienne) et les présentations dystociques sont responsables de 41,81% de mortalité périnatale.

Ce type de dystocie n'est pas facile à diagnostiquer mais dans certains cas, il constitue une indication de césarienne prophylactique (74). Un examen obstétrical minutieux bien conduit aurait permis de sauver ces enfants et de faire baisser ce taux élevé (75)

Donc, il suffit de conseiller à ces femmes d'entrer à l'Hôpital quelques jours avant la date présumée d'accouchement, pour surveillance. Et dès le début du travail ou même avant, on pratique une césarienne prophylactique ou au besoin, on pourrait pratiquer une courte épreuve de travail avec une surveillance très stricte des bruits du cœur fœtal.

Les dystocies dynamiques sont responsables de 18,18% de décès fœtal, cette fréquence est due au fait que le plus souvent, ces femmes ne sont dirigées sur le Centre obstétrical que plusieurs heures après la rupture des membranes, ou en état de pré-rupture utérine, compromettant dangereusement les chances de survie du fœtus.

I.6. Les suites opératoires

I.6.1. Mortalité maternelle

Il y a 5 décès post-opératoires, soit 2,65%. Ce taux est presque identique à celui trouvé par AKOTIONGA M. (40) qui est de 2,8%. A Dakar, il est de 3,2% d'après les travaux de BOUILLIN D. (76) et de 5,7% à Conakry pour KEITA (77)

Trois décès sont survenus à la suite d'anémie aiguë, et les deux autres après un tableau de choc septique. L'anémie peut avoir plusieurs causes parfois inter-reliées. Elle est due à une hémorragie au cours de l'opération, à la multiparité avec grossesse rapprochée ou à la malnutrition.

Une mauvaise alimentation avant et pendant la grossesse contribue de diverses façons à la mauvaise santé de la mère, à des problèmes obstétricaux et à des issues défavorables de la grossesse.

Ce taux élevé d'anémie s'explique aussi par le retard au diagnostic ayant amené les femmes à être opérées au stade de rupture utérine.

Quant au choc septique, il pourrait être lié aux faibles revenus de ces patientes qui n'avaient pas les moyens d'acheter des antibiotiques. De plus, la rupture des poches des eaux plus de 6 à 12 heures est une source d'infection aggravant la situation.

Ensuite, cette forte mortalité peut être due aussi à :

- Une évacuation des formations sanitaires éloignées avec une durée de trajet plus longue et la route secondaire cahoteuse.
- Un manque de communication (pas de route, pas de véhicule).
- Un mode de transport dans de mauvaises conditions (sur brancard, charrette)
- Une suppression de la gratuité des soins à l'Hôpital.
- Une pauvreté au niveau individuel et au niveau du système sanitaire.

I.6.2. La morbidité maternelle

Sur ces 188 césariennes de notre échantillon, 20 cas ont présenté une morbidité post-opératoire, soit un taux de 10,63%.

Ce chiffre est plus faible que celui de 47% trouvé par TOURE (78) en Côte d'Ivoire en 1996, et à Ouagadougou par AKOTIONGA M.(40) qui est de 50% en 1996.

D'après notre étude, l'infection occupe la première place car 80% de ces 20 cas ont présenté une pathologie infectieuse.

Cette prédominance de l'infection dans le service peut s'expliquer par la mauvaise hygiène, la pauvreté grandissante et les infections sexuellement transmissibles non traitées avant la grossesse. Par ailleurs, les patientes arrivent avec une poche des eaux rompue depuis plus de 12 heures et une infection débutante.

Les suppurations pariétales se voient chez 50% des patientes césarisées (10 cas) malgré l'antibiothérapie. Ce taux élevé s'explique par le fait que la plupart des césariennes ont été effectuées en urgence sur des patientes vivant en milieu rural mal préparées déjà infectées et incapables d'honorer leurs ordonnances d'antibiotiques.

En plus, la non-observance du traitement post-opératoire par le manque de moyens, une mauvaise alimentation, les soins non gratuits alourdissent la morbidité.

Enfin, l'âge, l'analphabétisme, le bas niveau socio-économique, la multiparité, la mauvaise surveillance prénatale et le traitement mal suivi sont autant de facteurs rendant précaire l'état de nos patientes en période post-opératoire.