

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Hédon*

Quatrième partie
**Gynécologie-obstétrique
du monde**



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

La césarienne en Afrique : exemple de la Guinée

N. KEITA *, F.D. DIALLO, E. GANDAHO, D.W.A. LENO
(Conakry, République de Guinée)

Résumé

Nous rapportons l'expérience guinéenne en matière de césarienne. Deux types de données sont rapportés, les données nationales tirées du rapport final de l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en République de Guinée publié en juillet 2013, et les données d'une étude hospitalière. Les résultats de l'enquête transversale nationale ont montré qu'au cours de l'année 2012, sur les 438 293 naissances attendues, 141 724 accouchements et 11 624 césariennes ont été recensés, soit un taux global de césarienne de 2,7 %. L'analyse des différents paramètres a montré que les nullipares (30,5 %) et les primipares (28,3 %) sont les plus nombreuses parmi les femmes césarisées et que les césariennes sont le plus souvent pratiquées en urgence dans 84,9 % des cas. Les données hospitalières montrent un taux moyen de césarienne très élevé (36 %). Les femmes césarisées ont un âge moyen de 26 ans. La majorité sont des nullipares et primipares (44,7 %) suivies des paucipares (36,2 %). Parmi les

CHU de Conakry - Hôpital national de Donka - Service de gynécologie et obstétrique -
BP 921 - Conakry - République de Guinée

* Correspondance : namoryk2010@yahoo.fr

indications, les indications de prudence (48,97 %) sont les plus fréquentes avec 23,39 % d'utérus cicatriciel. Le taux moyen de létalité chez les femmes césariées est de 1,29 % et les hémorragies constituent la première cause de décès (3,58 %). La morbidité postopératoire est élevée, autour de 10 %, dominée par l'anémie (6,27). Ces résultats suggèrent l'impératif d'amélioration de la couverture et de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence d'une part, et d'autre part la mise en place d'une évaluation des pratiques dans les hôpitaux du CHU avec l'utilisation des standards en la matière.

Mots clés : césarienne, fréquence, indications, létalité maternelle

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Namory Keita, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

La pratique de la césarienne fait depuis quelques années l'objet de controverses et de discussion. Sa fréquence a augmenté très rapidement dans les pays médicalisés d'Europe et d'Amérique du Nord [1-4], mais aussi dans certains pays en voie de développement ou émergents, exemple du Brésil où les chiffres atteignent voire dépassent 50 %.

Ces fréquences élevées ont suscité de nombreuses études évaluatives dans le monde, notamment sur les risques et bénéfices, les causes de l'inflation de cette intervention, la légitimité de certaines de ses indications, les différences entre les césariennes en urgence et celles qui sont programmées, les techniques de césarienne, sans oublier l'issue des césariennes en termes de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale.

En Afrique, si les taux populationnels de césariennes sont généralement très bas en raison de la faible accessibilité financière et géographique aux services obstétricaux offrant ce type d'intervention, les taux hospitaliers, particulièrement dans les institutions sanitaires de niveau III, sont très élevés : ils peuvent atteindre voire dépasser largement 20 % dans certains pays et même atteindre dans certains hôpitaux 50 % des accouchements [5].

L'objectif de ce travail est de présenter l'expérience de la Guinée, pays situé sur la côte ouest de l'Afrique, sur cette pratique obstétrico-chirurgicale qui constitue un déterminant majeur de la réduction de la mortalité maternelle.

I. MÉTHODOLOGIE

I.1. Source des données

Dans un premier temps, nous avons effectué une revue documentaire nationale qui nous a permis de retrouver sur le site web du ministère de la Santé et du plan les annuaires statistiques de 2010, 2011, 2012, et les résultats d'une enquête transversale publiée en 2013 portant sur l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence en République de Guinée. Cette dernière enquête a permis de réaliser une évaluation des prestations de soins obstétricaux et néonataux d'urgence destinés à la prise en charge des complications obstétricales et néonatales dans les formations sanitaires publiques et privées sur toute l'étendue du territoire national.

Ainsi, sur 513 formations sanitaires éligibles pour l'étude, 502 (97,85 %) ont été enquêtées dans les huit régions administratives du pays. Parmi elles, les formations sanitaires qui disposaient de registres exploitables étaient au nombre de 491 (97,8 %) ; les autres formations sanitaires (11) offrent des soins de santé maternelle et néonatale mais ne font aucun enregistrement des patients.

Concomitamment, pour nous permettre d'évaluer certains autres paramètres non pris en compte par l'enquête transversale, nous avons identifié à Conakry les deux maternités du CHU, et les deux maternités communales publiques de Ratoma et de Matam qui font la majorité des accouchements dans la ville de Conakry. Dans les quatre maternités, nous avons procédé à un enregistrement systématique du nombre total d'accouchements et de césariennes par an durant les 7 dernières années

(2007-2013). À la maternité de l'hôpital de Donka, la plus grande des deux maternités du CHU de par son infrastructure et la fréquence élevée de ses activités, nous avons revu rétrospectivement tous les registres de naissance, de comptes rendus opératoires, de décès maternels et les dossiers de césariennes réalisées entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2012.

I.2. Analyse des données

Les données provenant de ces différents documents ont fait l'objet de tri. Ont été ainsi pris en compte, les informations démographiques et médicales incluant l'âge, la parité, le nombre d'accouchements attendus et effectivement réalisés, la fréquence globale des césariennes et les fréquences régionales, les indications de césarienne, le délai médian de prise de décision pour la césarienne. Spécifiquement, en ce qui concerne l'étude hospitalière, après codage, la saisie des données a été effectuée sur le logiciel Épi Info™ et l'analyse des données avec le logiciel SPSS. Ceci a permis le calcul d'un certain nombre d'indicateurs : l'évolution des taux de césariennes dans le temps, les indications, les types de césarienne, les techniques utilisées, la morbi-mortalité maternelle et fœtale. Pour faciliter l'analyse des indications de césarienne, nous les avons classées en trois catégories proches des classifications de Maillet et de Boisselier : **indications obligatoires**, regroupant les disproportions fœto-pelviennes, le placenta praevia, les présentations anormales, la rupture utérine ; **indications de prudence**, (utérus cicatriciels, présentation du siège, souffrance fœtale, enfants précieux) ; **indications de nécessité** (dystocies dynamiques, pathologie hypertensive, autres pathologies maternelles) [5-8].

II. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en deux parties : les données nationales provenant des annuaires statistiques et de l'enquête transversale et les données hospitalières qui complètent les données nationales dans certains aspects très spécifiques.

II.1. Données nationales

Les résultats de l'enquête transversale ont montré qu'au cours de l'année 2012, sur les 438 293 naissances attendues, 141 724 accouchements et 11 624 césariennes ont été recensés, soit un taux global de césarienne de 2,7 % (Tableau I). Ce tableau montre une importante disparité entre Conakry, la capitale, où le taux est de 8,5 % et les autres régions du pays qui sont tous en dessous des chiffres recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui se situent entre 5 et 15 %. L'analyse des différents paramètres a montré que les nullipares (30,5 %) et les primipares (28,3 %) sont les plus nombreuses parmi les femmes césarisées. Ces résultats indiquent aussi que la plupart des femmes césarisées sont d'origine urbaine (85,7 %) et ont été très peu référées par un autre établissement de santé. Soixante-douze virgule neuf pour cent des femmes sont venues directement de leur domicile vers la structure qui les a prises en charge pour leurs césariennes. Le délai médian écoulé entre la pose de l'indication de la césarienne et sa réalisation est inférieur à 30 min dans les hôpitaux régionaux et les centres de santé améliorés. Dans les autres types d'hôpitaux, ce délai excède 30 min et les raisons principales évoquées sont l'indisponibilité du bloc opératoire et de ressources humaines sur place. Les césariennes ont surtout été pratiquées en urgence (84,9 %) et par des médecins

Tableau I - Accouchements et césariennes en Guinée en 2012

Régions	Accouchements attendus	Nombre total des accouchements	CÉSARIENNES	
			Effectif des accouchements par césarienne	Pourcentage
Boké	46 060	15 627	946	2,1
Conakry	49 972	37 525	4 229	8,5
Faranah	39 726	9 844	824	2,1
Kankan	77 358	19 798	1 001	1,3
Kindia	70 949	18 959	1 577	2,2
Labé	44 939	8 066	678	1,5
Mamou	37 790	6 151	511	1,4
N'Nzérékoré	72 259	25 754	1 858	2,6
National	438 293	141 724	11 624	2,7
Milieux				
Urbain		95 450		
Rural		46 274		
National		141 724		

Source : évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence en République de Guinée, juillet 2013

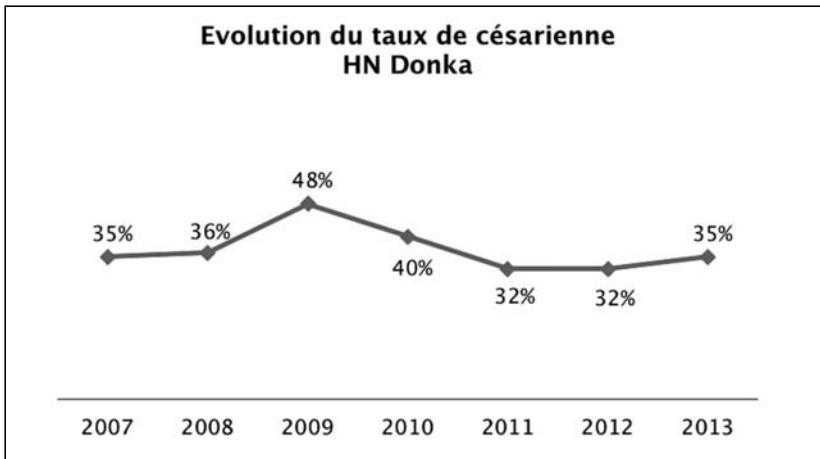
obstétriciens ou faisant fonction d'obstétriciens (46,7 %). Cependant, d'autres catégories de personnels médicaux tels que les sages-femmes et les infirmiers interviennent dans 9,4% des cas. L'anesthésie générale est presque la règle (94,9 %). L'enquête a également montré que le taux de létalité due aux complications obstétricales directes sans indication sur la part spécifique de la césarienne est de 1,6 %, et une mortalité intra-partum et néonatale très précoce de 39 ‰.

Les principales causes de décès maternels ainsi que d'autres indicateurs sont abordés dans l'étude hospitalière.

II.2. Données hospitalières

Entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2013, 42 728 femmes ont accouché à l'hôpital national de Donka. Parmi elles 15 379 ont eu une césarienne, soit un taux de césarienne de 36 %. Le profil épidémiologique des femmes césarisées a montré un âge moyen de 26 ans, une majorité de nullipares et de primipares (44,7 %) suivies des paucipares (36,2 %). Les multipares et grandes multipares ne représentent que 19 % de la population de femmes césarisées. L'évolution de la fréquence de césarienne de 2007 à 2013 est montrée dans le graphique 1. Une augmentation importante des taux de césariennes est observée en 2009 suivie d'une chute progressive entamée en 2010

Graphique 1 - Évolution des taux de césariennes à l'hôpital national de Donka (2007-2013)



(année de mise en œuvre de la politique nationale de gratuité des soins obstétricaux) et d'une stabilisation de la fréquence dans les années suivantes. S'agissant des indications (Tableau II), les indications de prudence (48,97 %) représentent plus du double des indications obligatoires (22,80 %). Parmi elles l'utérus cicatriciel représente 23,39 %. Sur le plan des techniques chirurgicales utilisées, la technique de Misgav Ladach avec 89 % des cas a été la plus pratiquée dans les deux dernières années (2011-2012). Le taux moyen de létalité chez les femmes césarisées est de 1,29 %. Malgré que ce taux soit au-dessus du maximum acceptable qui est de 1 %, il a baissé régulièrement pour atteindre 0,65 % en 2012 après être passé par un pic de 1,51 % en 2011. En 2013, le taux a atteint 1,08 %. Les hémorragies constituent la première cause de décès (3,58 %), suivies des complications de l'hypertension artérielle (2,89 %). La morbidité postopératoire reste élevée, autour de 10 %, dominée par l'anémie (6,27 %) et les complications hémorragiques (1,09 %). Les complications infectieuses à type de fièvre et d'abcès pariétal y contribuent pour 0,29 %. Le pronostic néonatal est sévère, avec 14,5 % de décès périnatal.

Tableau II - Indications de césarienne à l'hôpital national de Donka

INDICATIONS DE CÉSARIENNE	NOMBRE DE CÉSARIENNES (n = 4 766)	POURCENTAGE
OBLIGATOIRE	1 087	22,80
Disproportion fœto-pelvienne	432	9,06
Placenta praevia	189	3,96
Présentations anormales	377	7,91
Rupture utérine	86	1,86
PRUDENCE	2 334	48,97
Utérus cicatriciel	1 115	23,39
Siège	356	7,46
SFA	777	16,30
Enfant précieux	86	1,80
NÉCESSITÉ	1 345	28,22
Dystocie dynamique	276	5,79
HTA et complications	503	10,55
Autres	566	11,87

III. DISCUSSION

Le taux de césarienne de 2,7 % pour l'ensemble du pays est faible et insuffisant pour assurer la prise en charge chirurgicale des causes évitables de mortalité et de mortalité maternelles. Cette situation est due au fait que la Guinée est largement en deçà des normes en matière d'indicateurs de SONU.

La disponibilité des formations sanitaires SONU est très faible, avec un manque à gagner de 97 sur 112 formations sanitaires à pourvoir. Les formations sanitaires SONU, en plus d'être peu nombreuses, sont inégalement réparties, l'utilisation des services SONU est elle aussi très faible. La proportion d'accouchements en formations sanitaires SONU est de 7,1 %, les besoins satisfaits en SONU de 12,2 % [1]. Par contre, les taux très élevés au CHU semblent abusifs surtout lorsqu'on analyse la structure des indications. En effet, les indications de prudence sont largement en tête avec un taux d'indication pour utérus cicatriciel élevé. La plupart des césariennes sont pratiquées pendant la garde en urgence par des jeunes obstétriciens en cours de formation pour lesquels certains gestes obstétricaux sont de réalisation difficile : accouchement du siège, version/grande extraction du 2^e jumeau, extractions instrumentales. L'étude de Cissé *et al.*, au Sénégal en 2004, avait déjà mis en exergue cet aspect de l'abandon par les gynécologues-obstétriciens des manœuvres pour un accouchement par voie basse mais aussi la crainte plus théorique que pratique des reproches des parents et des poursuites judiciaires [5]. Notre taux de césarienne itérative est comparable à celui observé dans l'étude de Deneux *et al.* [3]. Il est inférieur à ceux de certains auteurs africains [7-12]. La qualité des services est aussi à un niveau peu satisfaisant avec une létalité obstétricale directe élevée, une proportion de décès maternels et une mortalité intra-partum et néonatale très précoce au-dessus des normes admises. Le taux de mortalité est plus élevé lorsque l'indication de la césarienne est un syndrome hémorragique (hématome rétroplacentaire, placenta praevia), une rupture utérine ou une complication hypertensive. Pour certains auteurs, l'impact du degré de l'urgence sur la morbidité maternelle est mal connu car il reste difficile de différencier la morbidité liée à la procédure et celle liée à l'indication de la césarienne [13, 14].

CONCLUSION

En Guinée, les taux nationaux de césariennes sont largement en dessous des normes prescrites par l'OMS. Cependant, il existe une inflation des césariennes au CHU avec un taux anormalement élevé d'indication de prudence et une morbidité et une létalité maternelles qui baissent peu dans le temps. Devant cette situation, il faut d'une part améliorer la couverture et la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), mais aussi mettre en place une évaluation des pratiques dans les hôpitaux avec l'utilisation des standards en la matière.

Bibliographie

- [1] Évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence en République de Guinée. Rapport final, Ministère de la santé publique, Conakry (Guinée) juillet 2013.
- [2] Blondel B, Le long N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012;41:151-66.
- [3] C. Deneux-Tharoux. Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012;41:697-707.
- [4] National institutes of health. National institutes of health consensus development conference statement. Vaginal birth after caesarean, new insights. March 8-10, 2010. *Obstet Gynecol* 2010;115:1279-95.
- [5] Cissé CT, Ngom PM, Guissé A. Réflexions sur l'évolution des taux de césarienne en milieu africain : exemple du CHU de Dakar entre 1925 et 2001. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2004;32:210-7.
- [6] Bouillon D, Fournier G, Gueye A *et al.* Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Sénégal. *Cahiers Santé* 1994;4:399-406.
- [7] Maillet R, Schaal JP, Slookgi J.C *et al.* Comment réduire les taux de césarienne en CHU ? *Rev Fr Gynecol Obstet* 1991;28:556-562.
- [8] Boisselier P, Monghioracos P, Marpeaux L *et al.* Évolution dans les indications de césarienne de 1977 à 1983. À propos de 18 605 accouchements. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1987;16:251-60.
- [9] Cissé CT, Ewangnignon E, Terolbe I, Diadihou F. Réflexions sur l'évolution des taux de césarienne en milieu africain : exemple du CHU de Dakar entre 1925 et 2001. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999;16:251-60.
- [10] Tshilombo KM, Mputu L, Nguma M, Wolomby M, Tozin R, Yanga K. Accouchement chez la gestante zaïroise antérieurement césarisée. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1991;20:568-74.
- [11] Van Walt WA, Cronje HS, Bam RH. Vaginal delivery after one caesarean section. *Gynecol Obstet* 1994;46:271-7.
- [12] Benzineb N, Bellasfar M, Bougera B *et al.* Accouchement par voie basse après césarienne. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1998;93:282-4.
- [13] Bloc F, Dupuis O, Massardier J, Gaucherand P, Doret M. Abuse-t-on des césariennes en extrême urgence ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39:133-138.
- [14] Beucher G, Dolley P, Levy-Tissier S, Florian A, Dreyfus M. Bénéfices et risques maternels de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée en cas d'antécédent de césarienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012;41:727-734.