

PRATIQUE DE LA CÉSARIENNE A L'HOPITAL DE DISTRICT DE TESSAOUA (NIGER) : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

A. AMADOU ISSA, M. OUMARA, Z. LANKOANDE SALIFOU, B. OUSMANE KOKA, S.I. GUEDE, M. NAYAMA

RESUME

Objectif : Il s'agissait d'analyser la pratique de la césarienne à l'hôpital de district de Tessaoua afin de déterminer sa fréquence et les caractéristiques sociodémographiques des patientes. Cette étude contribuerait à l'amélioration du pronostic maternel et périnatal.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective à visé descriptive sur une période de 24 mois (1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2020) portant sur toutes les patientes ayant accouché par césarienne et leurs nouveaux nés dans le service. Les données de 650 cas de césariennes ont été recueillies. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Epi Info 7.1.9.

Résultats : La fréquence de la césarienne était de 21,02%. L'âge moyen des patientes était de 25,65 ans. La tranche d'âge de 15 à 20 ans était la plus concernée (25,69%, 167 cas). Plus de trois patientes sur dix étaient primipares (33,23%, 216 cas). Les patientes étaient non scolarisées (69,23%, 450 cas) et sans emploi (93,39%, 607 cas). La grossesse était mal suivie (moins de 4 CPN) dans 90,77% (590 cas) de cas. Elle été référée dans 65,07% (423 cas) des cas. La césarienne était pratiquée en urgence dans 90% (585 cas) des cas. La prééclampsie/éclampsie (18%, 117 cas), les présentations dystociques (15,85%, 103 cas), l'hématome rétroplacentaire (12,92%, 84 cas), et les disproportions foeto-pelviennes (11,39%, 74 cas) étaient les principales indications des césariennes. La césarienne était réalisée par un médecin généraliste ayant des Capacités en Chirurgie de District dans 86,15% (560 cas) des cas. Nous avons enregistré 0,77% (5 cas) de décès maternel et un taux mortalité périnatale de 14,81% (101 cas).

Conclusion : La césarienne est une intervention courante dans notre service. Le faible taux de scolarisation, l'absence de suivi optimal des grossesses, le faible niveau du plateau technique et les conditions non programmées de la réalisation de l'intervention entravent le rendement de cette opération largement pratiquée dans notre service.

Mots-clés : Césarienne ; Morbidité maternelle ; Morbidité foetale ; Niger.

Tirés à part : ABDYOU AMADOU I, hôpital de district de Tessaoua (Niger)

SUMMARY

Practice of caesarean section at the Tessaoua District Hospital (Niger): epidemiological and socio-demographic aspects.

Objective : The aim was to analyze the practice of caesarean section at the Tessaoua district hospital in order to determine its frequency and the socio-demographic characteristics of the patients. This study would contribute to improving maternal and perinatal outcomes.

Methodology : This was a retrospective study with a descriptive aim over a period of 24 months (January 1st, 2019 to December 31, 2020) covering all patients who gave birth by cesarean section and their newborns in the department. Data from 650 cesarean section cases were collected. The analysis was carried out using Epi Info 7.1.9.

Results : The frequency of cesarean section was 21.02%. The average age of the patients was 25.65 years. The age group of 15 to 20 years was the most affected (25.69%, 167 cases). More than three out of ten patients were primiparous (33.23%, 216 cases). The patients were out of school (69.23%, 450 cases) and unemployed (93.39%, 607 cases). The pregnancy was poorly monitored (less than 4 CPN) in 90.77% (590 cases) of cases. It was referred in 65% (423 cases) of cases. Caesarean section was performed urgently in 90% (585 cases) of cases. Preeclampsia/eclampsia (18%, 117 cases), obstructed presentations (15.85%, 103 cases), retroplacental hematoma (12.92%, 84 cases), and foeto-pelvic disproportions (11.39%, 74 cases) were the main indications for cesarean sections. The cesarean section was performed by a general practitioner with District Surgery skills in 86.15% (560 cases) of cases. We recorded 0.77% (5 cases) of maternal deaths and a perinatal mortality rate of 14.81% (101 cases).

Conclusion : Cesarean section is a common procedure in our department. The low enrollment rate, the absence of optimal monitoring of pregnancies, the low level of the technical platform and the unscheduled conditions for carrying out the intervention hamper the performance of this operation which is widely practiced in our department.

Keywords: Caesarean section; Maternal morbidity; Fetal morbidity; Niger.

AMADOU ISSA A., OUMARA M., LANKOANDE SALIFOU Z., OUSMANE KOKA B., GUEDE S.I., NAYAMA M. Pratique de la césarienne à l'hôpital de district de Tessaoua (Niger) : aspects épidémiologiques et socio-démographiques. Journal de la SAGO, 2024, vol.25, n°3, p.50-56.

INTRODUCTION

La césarienne est un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus [1]. Elle demeure l'intervention la plus pratiquée en obstétrique et constitue un indicateur sanitaire [2, 3]. La fréquence de l'accouchement par césarienne varie selon les études et les régions du monde avec un taux de 4,1 % en Afrique et 44,3 % en Amérique latine et dans les Caraïbes, 4 à 62% en Chine et 7 à 49% en Inde [4]. Son taux a largement augmenté ces dernières années dans le monde du fait des progrès de l'obstétrique et l'anesthésie réanimation. Selon l'OMS le taux optimal devrait être compris entre 10 à 15% des accouchements [5]. Au Niger, pour réduire la mortalité et morbidité maternelle et périnatale liés aux accouchements, le gouvernement du Niger a inscrit la protection de la mère et de l'enfant en tête de ses priorités sanitaires [6]. De ce fait la gratuité de la césarienne était effective depuis Février 2006. Grâce à la formation en chirurgie de district, l'opération césarienne est réalisée dans nos hôpitaux de district par des médecins généralistes formés à cet effet. Nous avons alors initiée cette étude pour déterminer la fréquence de la césarienne et analyser les caractéristiques sociodémographiques des patientes et le pronostic de cette pratique obstétricale à l'hôpital de district de Tessaoua (hôpital de niveau 2).

I. PATIENTES ET METHODES

Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive sur une période de 2 ans allant du 1er Janvier 2019 au 31 décembre 2020. Cette étude s'est déroulée à l'Hôpital de District de Tessaoua qui est un hôpital de 2e niveau de référence selon la pyramide sanitaire de notre pays. Etaient incluse dans l'étude, toutes les patientes admises dans le service ayant bénéficié d'une césarienne durant la période d'étude avec un terme de grossesse supérieur ou égal à 22SA. Etaient également inclus les nouveau-nés issus de ces césariennes. La collecte des données a été effectuée à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie à cet effet. Les données ont été recueillies à partir des dossiers obstétricaux des patientes, le registre de conte rendu opératoire et les dossiers néonataux. Les variables étudiées étaient : les caractéristiques sociodémographiques des patientes (âge, profession, statut matrimonial, parité, Antécédents), la qualité du suivi prénatal (nombre de consultation prénatale, nombre d'échographie obstétricale), les conditions d'admission (Mode d'admission, moyen de transport), la prise en charge dans notre service, les pronostics maternel et périnatal.

Les données ont été saisies et analysées avec les logiciels EXCEL 2016 et Epi Info 7.1.9. La saisie des textes a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft office WORD 2016. Les difficultés rencontrées étaient les dossiers incomplets avec l'absence de certains renseignements.

II. RÉSULTATS

Fréquence

Au cours de la période d'étude, 3093 accouchements avaient été effectués dont 650 étaient par césarienne soit une fréquence de 21.02%.

Caractéristiques sociodémographiques

La moyenne d'âge de nos patientes était de 25,65 ans avec des extrêmes de 13 et 49 ans. La tranche d'âge inférieure à 20 ans était la plus retrouvée avec 25,84% (168 cas). La majorité de patientes était sans emploi (93,39%, 607 cas) et non scolarisées (69,23%, 450 cas). On notait une prédominance des primipares 33,23% (216 cas) suivies des grandes multipares (parité ≥ 5) avec 30,61% (199 cas) et des extrêmes allant de 1 à 15. Les patientes avaient un antécédent de césarienne dans 17,38 % (113 cas) des cas. Seul 9,23% (60 cas) des patientes avaient effectué au moins 4 CPN. Cinquante-sept patientes (8,77%) ont été vues pour la première fois en salle de naissance. Au moins une échographie obstétricale a été réalisée chez 150 patientes soit 23,08%. Le tableau I présente les caractéristiques socio-démographiques et le suivi obstétrical des patientes. Concernant le mode d'admission, 65% des patientes était référée (423 cas) et le moyen de transport le plus utilisé était l'ambulance dans 38% des cas. Les patientes provenaient des maternités de la ville de Tessaoua dans 56,31% des cas et le reste provenait des villages environnants. Pour ces patientes la durée entre la décision de référer et l'arrivée au lieu de la prise en charge variait de 15mn à 87mn de route par ambulance.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques le suivi obstétrical des patientes

Variables	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Age (ans)		
<15	1	0,15
15-19	167	25,69
20-24	157	24,15
25-29	106	16,31
30-34	95	14,62
35-39	96	14,72
>39	28	4,31
Profession		
Sans profession	607	93,39
Fonctionnaires	31	4,77
Elèves/Étudiantes	6	0,92
Libérales	6	0,92
Parité		
Primipares (1)	216	33,23
Paucipares (2-3)	150	23,08
Multipares (4-5)	85	13,08
Grandes multipares (<5)	199	30,61
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	450	69,23
Primaire	78	12,00
Secondaire	61	9,39
Supérieur	9	1,38
Ecole coranique	52	8,00
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	113	17,38
Avortement	50	7,69
Mort-né	65	10,00
Nombre de CPN		
0	57	8,77
1 à 2	251	38,62
3	282	43,38
≥ à 4	60	9,23

Pronostic maternel

Le motif d'admission est dominé par les métrorragies du 3^e trimestre et l'éclampsie avec respectivement 14,92% et 14,00%, suivi des présentations dystociques (13,69%) (Tableau II). Les indications de la césarienne ont été analysées : Chez 583 patientes (90%), la césarienne avait été réalisée en urgence et chez 67 patientes (10%) il s'est agi d'une césarienne programmée. La prééclampsie /éclampsie (18%), les présentations dystociques (15,85%), l'hématome retro-placentaire (12,92%), les disproportions foeto-pelviennes (DFP) (11,38%) et les Asphyxies du per partum (10,15%) étaient les principales indications de la césarienne (Tableau III). La césarienne a été pratiquée par un médecin capacitaine en chirurgie de district dans 86,15% de cas. L'incision de Joel Cohen (72,46%) et l'hystérotomie segmentaire transverse arciforme (HSTA) (95,85%) étaient utilisées chez la majorité des patientes. Les gestes associés sont dominés par 3 cas d'hystérectomie (0,46%), 21 cas de ligature section bilatérales des trompes (3,23%). Dans 75,08% des cas, la césarienne a été pratiquée sous Anesthésie générale (AG) (Tableau IV).

Tableau II : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Variables	Nombre de cas	%
Métrorragie 3 ^e trimestre	97	14,92
Crise d'éclampsie	91	14,00
Présentation dystociques	89	13,69
Utérus cicatriciel	81	12,46
Accouchement dystocique	78	12,00
Syndrome de pré rupture	45	6,92
Asphyxie per partum (APP)	39	6,00
Dysproposition foeto-pelvien	32	4,92
Placenta praevia	19	2,93
Prééclampsie	15	2,31
Travail d'accouchement	10	1,54
Césarienne prophylactique	9	1,39
HRP	8	1,23
Rétention de J2	7	1,08
Procidence du cordon battant	7	1,08
Hauteur utérine excessive	6	0,92
Bassin rétréci	10	1,53
Perte de LA depuis 48 h	2	0,31
Grossesse prolongée	2	0,31
MIU	2	0,31
Infertilité secondaire	1	0,15
Total	650	100

Tableau III : Gestes techniques de la césarienne

Variables	Nombre de cas	%
Qualité de l'opérateur		
Médecin capacitaine en chirurgie de District	560	86,15
Résident en chirurgie	90	13,85
Types d'incision		
Incision de Joel Cohen (IJC)	471	72,46
IMSO	178	27,39
IJC+IMSO	1	0,15
Types d'hystérotomie		
HSTA	623	95,85
Hystérotomie corporéale	10	1,54
Hystérotomie segmento corporéale en T renversé	17	2,61
Gestes associés à la Césarienne		
Aucun	624	96,00
LSBT	21	3,23
Hystérectomie	3	0,46
Myomectomie	2	0,31
Types d'anesthésie		
AG	488	75,08
RA	160	24,61
RA+AG	2	0,31

Concernant la morbidité maternelle, dans 89,07% de cas aucune complication n'a été notée. L'anémie du post partum et l'infection puerpérale et du site opératoire étaient retrouvées dans respectivement 4,92% et 2,16% de cas. Cinq patientes étaient décédées soit un taux de létalité de 0,77%. L'anémie (3 cas), l'hémorragie du post partum immédiat (1 cas), et l'OAP (1 cas) ont été les causes de décès dans notre série. Un contexte d'hématome retroplacentaire (HRP) était noté chez deux patientes (40%), de placenta préavis hémorragique chez une patiente (20%), et d'éclampsie chez une patiente (20%). Pour la cinquième patiente ayant présenté l'hémorragie du post partum, le contexte du décès n'a pas été renseigné. La durée moyenne d'hospitalisation des patientes était 5,25 jours avec des extrêmes de 2 à 30 jours. Dans 68,31% des cas elles avaient séjourné entre 3 à 6 jours (Tableau V).

Tableau IV : Pronostic maternel chez les patientes

Variables	Nombre des cas	%
Morbidités		
Aucune	579	89,07
Anémie post partum	32	4,92
Infection post partum	14	2,16
HPPI	1	0,15
Autres	24	3,70
Mode de sortie		
Vivantes	645	99,23
Décès	5	0,77
Causes de décès maternels		
Anémie	3	60
HPP	1	20
OAP	1	20
Durée de séjour		
< 3	2	0,31
3 à 6	444	68,31
7 à 9	140	21,54
≥ 10	64	9,84

Pronostic périnatal

La prématurité et la détresse respiratoire étaient les principales morbidités retrouvées chez les nouveau-nés avec respectivement 3,11% et 2,29%. Cinq-cents quatre-vingt et un (581) nouveaux nés étaient sortis vivants de la maternité soit 85,9% des cas. Le taux de mortalité représentait 10,41% (71 cas) et la mortalité néonatale était de 4,40% (30 cas), soit une mortalité périnatale de 14,81% (101 cas) (Tableau VI).

Tableau V : Paramètres des nouveaux - nés

Paramètres des nouveaux nés	Nombre de cas	%
Score d'APGAR à la 5e mn		
0	71	10,41
1 à 3	22	3,23
4 à 6	77	11,29
7 à 10	512	75,07
Morbidités		
Aucune	563	92,14
Prématurité	19	3,11
Détresse respiratoire	14	2,29
Malformation	8	1,31
Infection néonatale	7	1,15
Mode sortie		
Vivant	581	85,19
Mort- nés	71	10,41
Décès néonataux	30	4,40
Total	682	100

III. DISCUSSION

Fréquence

Dans notre série, la fréquence de la césarienne était de 21,02%. Ce taux est largement inférieur à celui d'Amadou gaoh H [7] au district sanitaire de Dakoro en 2021 (57,31%), de Nayama M. et al [8] à la Maternité Issaka Gazobi de Niamey en 2009 (55,50%), de Nebnomyidboumbou Norbert et al [9] au Burkina Fasso en 2020 (34,8%), de Keressa D et al [10] en Éthiopie en 2020 (31,1%). Et de Alexandre Faisal et al [11] à Sao Pauo en 2017 (28,4%). Par contre notre taux est supérieur à celui de Swende TZ et al [12] au Nigéria en 2008(10,5%), de Oinam J et al [13] en Inde en 2020 (18,5%) et de Picaud A et al [14] au Gabon en 1990(1,79%). Sombé I et al [15] ont apporté dans leur série, une fréquence 52% dans les hôpitaux de districts, 25% dans les centres hospitaliers universitaires et 23% dans les centres hospitaliers régionaux. Cette différence pourrait s'expliquer par la différence du plateau technique. Pour notre série, il s'agit d'un taux intra hospitalier. Le taux de césarienne rapporté à l'ensemble des accouchements de la zone géographique du district est très faible (2,03%). Cela pouvait s'expliquer par des dysfonctionnements des centres de santé périphériques et le système de référence des patientes réduisant ainsi la chance à certaines patientes de bénéficier de la césarienne. Notre service est une structure de niveau 2 et est de ce fait plus fréquenté que les structures de niveau 1, tandis que les structures niveau 3 ont une fréquentation plus élevée.

Aspects sociodémographiques

L'âge moyen de nos patientes était de 25,65 ans avec des extrêmes allant 13 à 49 ans. Nos résultats sont similaires à ceux de la plupart des auteurs avec une moyenne d'âge variant de 26 à 29,7 ans [7-9, 13]. Dans notre série, plus d'une patiente sur quatre (25,69%) avec un âge compris entre 15 à 19 ans. Cela s'explique par la jeunesse de la population et le taux élevé de mariage précoce au Niger. Pour Oinam J et al [13], la majorité des patientes était de la tranche d'âge de 30 à 35 ans, tandis que Nebnomyidboumbou N et al [9] ont observé une prédominance de la tranche d'âge 25-29 ans avec 32,7% des cas. Dans une étude, faite par Sulehri SA et al en 2022 il a été constaté que les femmes âgées de 26 à 30 ans (39,25%) présentaient le taux de césarienne le plus élevé [16]. Dans notre série, plus de neuf patientes sur dix (93,39%) étaient sans emploi, elles étaient non scolarisées dans près de sept cas sur dix (69,23%). L'absence de toute activité génératrice de revenu contrastant avec un faible taux de scolarisation et un faible niveau socio-économique des patientes était observé par la plupart des auteurs [9, 16, 17]. Par contre, Restuaji B et al [17] en Indonésie ont observé dans leur série 65,1% des patientes avec un niveau d'étude supérieur. Certains auteurs ont conclu que le niveau d'éducation élevé est fortement associé aux taux de césarienne en raison des fréquentes visites pour des soins prénatals pendant leur grossesse [16]. Par contre Restuaji B et al n'ont pas trouvé de corrélation entre le niveau d'éducation et le taux de césarienne. La faible scolarisation peut être un handicap pour comprendre l'utilité du suivi prénatal. Cette prédominance des femmes non scolarisées dans notre série est réalisée en zones rurales où le taux de scolarisation des femmes est le plus faible. Il ressort de notre étude que la parité varie entre 0 et 15 avec une moyenne de 4,10. Les primipares représentent 32,31% des patientes césarisées, elles semblent, selon les différentes statistiques nationales, particulièrement exposées au risque de césarienne. Ce taux est inférieur à ceux d'Amadou Gaoh H [7] au DS de Dakoro en 2021 qui a notifié 34,1%. Des auteurs ont observé des taux plus élevés chez les multipares variant de 36,8% à 56,5% [16,17]. Concernant le suivi prénatal : Les patientes ont effectué au moins 1 CPN dans 88,92% des cas. Notre résultat est supérieur à celui d'Amadou Gaoh H [7] avec 83,3%. Keressa D et al [10] ont rapporté 85,5% des cas. Nayama M. et al [8] dans une maternité de référence du Niger ont observé 69,90 des patientes avaient effectué au moins 3CPN, alors que dans notre série ce taux était de 43,38% des cas. Seul 9% des patientes ont

réalisé au moins 4 CPN dans notre série. L'OMS recommande huit CPN au cours de la grossesse avec un minimum de quatre CPN. Le suivi prénatal est le moment idéal où les grossesses à risque sont détectées en vue d'une prise en charge précoce. Une CPN de qualité permet de détecter certaines anomalies pouvant rentrer dans le cadre des césariennes prophylactiques. Les césariennes programmées ont un pronostic plus favorable que les césariennes d'urgence.

Pronostic maternel

Le motif d'admission est dominé par l'hémorragie du 3e Trimestre avec 14,95%. Seul 10% des patientes ont bénéficié d'une césarienne prophylactique, dans neuf cas sur dix (90%) il s'agissait d'une césarienne en cours du travail. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Nayama M. et al [8] qui ont noté 14,80% de césarienne prophylactique et 85,20% de césarienne au cours du travail. La même tendance est observée par la plupart des auteurs Africains avec une proportion de césarienne d'urgence variant de 83,6 à 99,8% [7, 9, 12].

Dans notre étude la prééclampsie et l'éclampsie représentent la première indication de césarienne avec 18%. Notre taux est supérieur à celui d'Amadou Gaoh H [7] qui ont rapporté 13,40% des cas. Des auteurs comme TZ Swende [12] et Munirdeen A Ijaiya et coll [18] au Nigéria, ont rapporté dans leurs séries que la disproportion-foeto pelvienne a constitué la principale indication de césarienne avec respectivement 39,3% et 30,8%. La prééclampsie/éclampsie était citée en 3e position des indications (9,3%) dans la série de Munirdeen A Ijaiya et coll [18]. Concernant la morbidité maternelle, est était dominée par l'anémie qui était la première cause de morbidité chez nos patientes et représentait 60% des causes des décès maternels. Des complications post césarienne ont été observées dans 15,5 % des cas dans l'étude de Nebnomyidboumbou N et al [9] au Mali, notamment une suppuration pariétale (3,6 %). L'anémie post césarienne était liée soit à une anémie chronique, soit à une anémie aigue par perte sanguine avant ou au cours de l'intervention. La mortalité maternelle au décours de la césarienne dans notre série était de 0,77% (5 cas). Notre taux est inférieur à ceux de la majorité des auteurs avec un taux de mortalité allant 1,05 à 2,1% [12,18,41]. La mortalité maternelle est corrélée au niveau socio-économique et la modernité du plateau technique. Sombié I et al [15] au Burkina Faso ont observé une diminution significative du taux de maternelle passant de 1 à 2 % en 2008 à 0,15 % en 2014. La mortalité maternelle après césarienne se situe entre 0,01 et

0,3% [20,21] dans les pays développés. Le risque de décès est en grande partie due à la pathologie ayant conduit à la césarienne (complications de la prééclampsie, rupture utérine), à l'intervention elle-même (hémorragies, infections post opératoires, accidents anesthésiques) et à la qualité de la réanimation post opératoire. Un contexte d'hématome retroplacentaire (HRP) était noté chez deux patientes (40%), de placenta préavis hémorragique chez une patiente (20%), et d'éclampsie chez une patiente (20%). Pour la cinquième patiente, le contexte du décès n'a pas été renseigné. Actuellement la mortalité après césarienne a baissé considérablement même si elle est 4 à 8 fois supérieure à celle de l'accouchement par voie basse. Le risque de décès est cependant moins élevé pour les césariennes programmées (RR= 3) que pour les césariennes d'urgences (RR= 9) [21-23].

Pronostic foetal

La morbidité néonatale était dominée par la prématurité (3,11%) et la détresse respiratoire (2,29%) dans notre étude. La mortalité périnatale était de 14,81% dont 10,41% des cas de mortinaissance et 4,40% des cas en période néonatale. Notre taux de mortinaissance est supérieur aux résultats de Mongo V et al [19] et de Nebnomyidboumbou N et al [9] qui trouvés respectivement 6,6% et 0,8%. Mongo V et al [19] ont rapporté que les facteurs de risque associés à la mortinatalité au Bénin étaient le mode d'admission par référence (P=00011), l'anesthésie générale, (p=00371), l'hypotrophie foetale (p=00001), hématome rétro placentaire (p=00083) et la procidence du cordon (p=00229). Pour réduire les mortinaissances par césarienne ces auteurs ont suggérés de renforcer la consultation prénatale recentrée, d'améliorer l'accès à des soins obstétricaux de qualité et fournir des soins obstétricaux complets. Dans notre service, le pronostic périnatal est surtout influencé par l'insuffisance du matériel appropriés de réanimation et le retard dans la prise en charge qui peut s'observer sur les 3 niveaux de retard. Pour diminuer la tendance de la mortalité périnatale il faut doter ces structures en équipement et personnel approprié (gynécologue, pédiatres) et améliorer la qualité de la CPN.

CONCLUSION

La césarienne est une pratique courante dans notre service, et est pratiquée en par des médecins généralistes ayant une capacité en chirurgie de district. Le profil sociodémographique est celui d'une patiente jeune, non scolarisée,

sans emploi et ne fréquentant pas les services de suivi prénatal. Ces faits ont conduit à une prise en charge tardive avec une césarienne pratiquée en urgence chez plus huit patientes sur dix. En dépit de l'absence des moyens modernes de réanimation maternelle et néonatale de notre service, la morbi-mortalité maternelle et périnatale sont plus satisfaisantes que dans la plupart des études Africaines. Cependant des efforts restent à fournir pour améliorer le pronostic materno-foetal par une meilleure accessibilité des patientes aux soins prénatals per-natal et post natal ainsi que la modernisation du plateau technique.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

REFERENCES

1. **Merger R. ; Levy K, Melchior J.** Précis d'obstétrique, 6ème ed Masson, Paris, 1989; 533 P
2. **Diallo M.** Etude comparative de morbi-mortalité materno-foetale de la césarienne programmée vs césarienne d'urgence au centre hospitalier national de Pikine (Sénégal). Jaccr Africa 2020 ; 4(2) : 148-162.
3. **Abouzahr C.** Improve Access to Quality Maternal Healthservice, exposé fait à la consultation technique sur la maternité sans risque, Sri Lanka, 18-23 Octobre 1997
4. **Renata Josi.** University of applied Science and Arts of Southern Switzerland (SUPSI), Manno,Switzerland, Caesarean section epidemic: Tackling the rise of unnecessary cuts. Eur J Midwifery 2019 ; 3 (March) :6. DOI: <https://doi.org/10.18332/ejm/105892>.
5. **Harlow BL, Frigoletto FD, Cramer DW, Evans JK.** Epidemiologic predictors of cesarean section in nulliparous patients at low risk. Radius Study Group. Routine Antenatal Diagnostic Imaging with Ultrasound Study. Am J Obstet Gynecol 1995 ; 172 : 156-162.
6. **Programme national de développement sanitaire 1994-2000 :** MSP. Niamey, 2000 ; 34p.
7. **Amadou G H.** Pratique de la césarienne au District Sanitaire de Dakoro à propos d'une étude rétrospective de 619 cas sur 12 mois (1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2020). Thèse de doctorat en médecine. Faculté des sciences de la santé de l'UAM de Niamey 2021.

8. **Nayama M, Babana-Abdoulaye A, Garba M, Idi N, Malam-Issoufou M, Oumara M** et al. Indication et pronostic des césariennes à la maternité Issaka Gazoby de Niamey, Niger. A propos d'une étude rétrospective de 788 cas sur 4 mois Janvier 2009 au 30 Avril 2009. Annales de l'université Abdou Moumouni 2014, XVII-A :154-164.
9. **Nebnomyidboubou N, Wenceslas D, Martin L, Savadogo-Komboigo B.E, Rodrigue S, Wendlassida S.I.B** et al. Caesarean section at Koudougou regional hospital centre: Indication and prognosis. *Int. j. rep. contr. obstet gynecol* 2020; 1 9 (12): 4792- 4798 .
10. **Keressa D , Gelana F, Bedasa T ,Henock A.** Cesarean Section and Associate Factors at Aira Hospital, Oromia Région, Wertern Ethiopia: A Retrospective record review 08 Apr 2020-*Int. J. Biomed Eng* 2020; 1.6 (1): 1- 6.
11. **Alexandre F.C, Paulo R.M, Julieta Q, Kely S.** The relationship between indicators of socioeconomic status and cesarean section in public hospitals. *Revista De Saude Publica* 3 2017; 51 (14): 1-11 .
12. **Swende TZ.** Emergency Caesarean Section in a Nigerian Tertiary Health Center. *Niger J Med* 2008; 17 (4): 396-398.
13. **Oinam J, Shantibala K, Yumnam N.S.** Prevalence of caesarean section and womens' attitude towards caesarean section in Manipur, North-Eastern India .*International Journal of Community Medicine and Public Health* 2020 Fev: Vol 7, N°2 ; 694-700 ; <http://www.ijcmph.com>.
14. **Picaud A, Niomei-Nze R, Kouvahe A.** Les indications de la césarienne et leur évolution au Centre Hospitalier de Libreville. *Rev. Fr. Gynecol.Obstet* 1990; 85(6) : 393-98.
15. **Sombié I, Ziemlé C M, Blaise G, Savadogo L, Sanou G, Dadjoari M.** Trends in caesarean section rates and places of delivery in Burkina faso. *Santé publique* 2017 ;29 (1) : 133-139.
16. **Sulehri SA, shawaar D e, Sheikh DI.** Socio-demographic, obstetric and non-obstetric factors influencing the incidence of cesarean section (C-section). *Euro journal of medical and life sciences* 2022; 5 (2): 395-402.
17. **Restuaji B.K. Umam, Nur I. Purnamasari, Putu Sudayasa I, Saimin J.** Sociodemographic Factors of Elective and Emergency Cesarean Delivery in the Referral Hospital: A cross-sectional study: *Indones J Obstet Gynecol* 2022; 10 (4):190-193.
18. **Munirdeen A I, Aboyeji PA.** Caesarean delivery: The Trend Over a Ten-Year Period at Ilorin, Nigeria. *Nigerian Journal of Surgical Research* 2001; 3 (1):11-18.
19. **Mongbo V, Ouendo E-M, Agueh V, Kpozehouen A, Sopoh G-E, Saizonou J** et al. Factors associated with post-cesarean stillbirth in 12 hospitals in Benin: a cross-sectional. *Pan Afr med j* 2016; 2:117.
20. **Maillet R, Schaal J P, Sloukji J C** et Al. Comment réduire les taux de césarienne en CHU. *Rev.Fr.Gynecol.Obstet.*, 1991 ; 86 : 294-300.
21. **Bambara M, Fongane E, Dao B, Ouattara S, Ouattara H, Lankoandé J** et al. La césarienne en milieu africain : à propos de 440 cas à la maternité du CHUSS de Bobo Dioulasso (Burkina Faso). *Médecine d'Afrique Noire* 2007 ;- N° 5406 : 343-8.
22. **Kizonde K, Kinekinda X, Kimbala J, Kamwenyi K.** La césarienne en milieu africain. Exemple de la maternité centrale Sendwe de Lubumbashi - R.D. Congo. *Médecine d'Afrique Noire* 2006 ; N° 5305 : 293-8.
23. **Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.** Directive clinique sur l'accouchement vaginal après une césarienne. Directives cliniques No 155, Ottawa (Ont.), SOGC, Février 2005.