



# Consultation pré-anesthésique en obstétrique. Évaluation de la pratique systématique dans deux maternités d'Abidjan, Côte d'Ivoire.

## Preoperative anesthesia consultation in obstetrics. Evaluation of the systematic practice in two maternity hospitals in Abidjan, Ivory Coast.

C M J BEKOIN-ABHE <sup>(1)\*</sup>, E S SOLIE <sup>(1)</sup>, M P MOBIO <sup>(1)</sup>, K T COULIBALY <sup>(1)</sup>, E M C OLAMA <sup>(1)</sup>, Y D TETCHI <sup>(2)</sup>

(1) UFR des Sciences Médicales d'Abidjan, Service de Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Cocody, Côte d'Ivoire

Soumis le 09 Décembre 2022  
Accepté le 12 Février 2023

### RESUME

**Introduction :** La consultation pré-anesthésique (CPA) est un dossier médical primordial de la prise en charge des parturientes. Notre objectif était d'évaluer la pratique systématique dans deux maternités d'Abidjan. **Méthodes :** C'est une étude prospective descriptive, réalisée du 1er janvier au 31 mars 2021, dans les maternités du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody et de la Formation Sanitaire Urbaine Communautaire (FSUCOM) de Yopougon-Wassakara, incluant les femmes enceintes au troisième trimestre, reçues en CPA obligatoire ou systématique. **Résultats :** Le nombre de parturientes colligées était de 345. L'âge moyen des parturientes était de 28±6,5 ans (14—42). Les parturientes exerçaient surtout dans le secteur informel (43,5%) et 25,8% étaient célibataires. Les nullipares étaient de 37,1%. L'âge gestationnel était compris entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée (73%) et la CPN était de bonne qualité (73,3%). La CPA obligatoire était de 65,2% et la CPA systématique de 34,8%. Les indications de césariennes (82%) étaient maternelles (57,2%). Les antécédents médicaux (11,3%) montraient une prédominance de l'HTA au cours de la CPA obligatoire. Les parturientes étaient classées ASA I, surtout au cours de la CPA systématique. Les modes d'accouchement étaient de 69% de césarienne et 31% d'accouchement par voie basse. Nous avons noté 0,6% de décès maternels, 14% de décès fœtaux avec 91,8% de décès dans le groupe obligatoire et 8,2% de décès dans le groupe systématique. **Conclusion :** Parmi les moyens permettant de réduire la morbidité et la mortalité périopératoires, la consultation pré-anesthésique systématique occupe une place de choix.

**Mots clés :** Consultation pré-anesthésique; Côte d'Ivoire; Obstétrique.

### ABSTRACT

**Background:** The preoperative anaesthesia consultation (PAC) is a key medical record in the management of parturients. Our objective was to evaluate the systematic practice of PAC in two maternity hospitals in Abidjan. **Methods:** A prospective descriptive study was performed from January 1 to March 31, 2021, in the maternity units of the Cocody teaching hospital and the « Formation Sanitaire Urbaine Communautaire » (FSUCOM) of Yopougon-Wassakara, including pregnant women in their third trimester, who received mandatory or systematic preoperative anaesthesia consultation. **Results:** The number of parturients was 345. The average age was 28±6.5 years (14—42). Parturients were mainly in the informal sector (43.5%) and 25.8% were single. Nulliparous women accounted for 37.1%. Gestational age was between 37 and 41 weeks of amenorrhea (73%) and antenatal consultation was of good quality (73.3%). Mandatory PAC were 65.2% and systematic PAC were 34.8%. The indications for cesarean section (82%) were mainly maternal (57.2%). The medical history (11.3%) showed a predominance of hypertension during mandatory PAC. The parturients were classified as ASA I, especially during systematic PAC. The modes of delivery were cesarean section in 69% and a vaginal delivery in 31%. We noted 0.6% of maternal deaths, 14% of fetal deaths with 91.8% of deaths in the mandatory group and 8.2% of deaths in the systematic group. **Conclusion:** The systematic preanesthetic consultation has a place of choice to reduce perioperative morbidity and mortality.

**Keywords:** Ivory Coast; Obstetrics; Preoperative anesthesia consultation.

### INTRODUCTION

La consultation pré-anesthésique (CPA), élément fondamental de la sécurité anesthésique, est un temps d'échange, d'information et de recueil de consentement dans la relation médecin-patient [1]. En obstétrique, la CPA comporte des particularités maternelles et fœtales, pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant [2]. En France [3], la CPA est programmée au cours du huitième mois de grossesse, soit entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée dans le cadre d'une grossesse physiologique. La problématique fondamentale de la CPA adaptée à la population obstétricale, réside dans l'explication du mode d'analgésie pour l'accouchement et de la technique d'anesthésie, en cas de césarienne. En Côte d'Ivoire, la CPA obstétricale est effectuée seulement, lorsque l'accouchement nécessite une anesthésie ou une analgésie. En considération des recommandations françaises [3] rejoignant les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement de 2010

[4], le but de notre étude était d'évaluer la pratique systématique dans deux maternités d'Abidjan.

### MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive, d'une durée de trois mois, allant du 1er janvier au 31 mars 2021, effectué dans le service de gynéco-

Du Service de Réanimation du CHU de Cocody,  
Cocody, Côte d'Ivoire

\*Auteur correspondant :

Dr. Chake Maria Josiane BEKOIN-ABHE

Adresse : UFR des Sciences Médicales d'Abidjan  
Service de Réanimation, CHU de Cocody  
Cocody, Côte d'Ivoire

Téléphone : 00225 07 49 02 00 25

E-mail : maria.bekoin@yahoo.fr

obstétrique du CHU de Cocody et la maternité de la FSUCOM (Formation Sanitaire Urbaine Communautaire) de Yopougon-Wassakara, communes appartenant à la ville d'Abidjan, capitale économique et administrative de la Côte d'Ivoire. Le choix a été motivé par l'importance des références des parturientes entre ces deux structures, dans un rayon d'environ 200 km, Yopougon étant une commune résidentielle et industrielle à caractère populaire et Cocody, étant essentiellement résidentielle. Les femmes enceintes constituaient notre population d'étude. Étaient incluses dans notre étude, les femmes enceintes à partir du troisième trimestre de la grossesse, reçues en CPA pour une césarienne urgente ou élective ou pour accouchement sous péridurale, et celles interrogées à l'occasion d'une consultation prénatale (CPN), quel que soit le mode d'accouchement prévu et durant la période de l'étude. Les parturientes vues en CPA pour une césarienne urgente ou élective portaient étaient porteuses d'une grossesse à terme, et celles interrogées en CPN, avaient une grossesse d'au moins 29 semaines d'aménorrhées.

La méthode d'échantillonnage de notre étude comprenait une phase de recrutement et une phase de suivi. La phase de recrutement a permis de colliger toutes les parturientes consultant en CPA ou en CPN, ainsi que celles pour qui, une CPA é été demandé dans le contexte de l'urgence. Cette phase présentait deux modalités : la CPA obligatoire (CPA programmée et CPA urgente) et la CPA systématique. La CPA programmée prenait en compte les femmes pour lesquelles était posée l'indication d'une césarienne élective ou d'une analgésie pour leur accouchement, et qui bénéficiaient d'une CPA à la demande des obstétriciens. La CPA urgente concernait les parturientes pour lesquelles une CPA était demandée avec une indication de césarienne en urgence. La CPA systématique était faite en collaboration avec les médecins obstétriciens, les sages-femmes à l'occasion d'une CPN dans le cadre de notre étude et quel que soit le mode d'accouchement). Chaque parturiente affectée dans l'une des modalités était considérée comme telle, quelle que soit l'évolution de la grossesse.

La phase de suivi s'était faite par appel téléphonique avec les coordonnées de la patiente ou de son correspondant, enregistrés lors de la CPA sur la base de la date prévue d'accouchement. Les informations concernaient le mode d'accouchement, la technique anesthésique réalisée, la survie maternelle et néonatale. Les variables étudiées étaient sociodémographiques (âge, profession, situation matrimoniale), obstétricales prénatales (gestité, parité, âge gestationnel, qualité de la CPN dite bonne si le nombre était supérieur ou égale à 4), anesthésiques (type de CPA, antécédents médicaux, anomalies de l'examen clinique, facteurs prédictifs d'intubation difficile, préparation pré-anesthésique, indications de la césarienne, classe ASA, examens complémentaires, consentement, technique anesthésique) et obstétricales per natales (lieu de l'accouchement, mode d'accouchement, mortalité maternelle et fœtale). Les fiches de CPA, les carnets de suivi de la grossesse, le dossier médical et obstétrical, les registres du bloc et d'accouchement, la fiche d'anesthésie et les appels par contact téléphonique ont permis de

documenter la fiche d'enquête préétablie. Pour les considérations éthiques, chaque parturiente ou son correspondant a été informée que les informations recueillies serviraient à des travaux de recherche scientifique et seraient traitées de manière anonyme. Les résultats en valeurs qualitatives ont été exprimés en fréquences et en pourcentages ; ceux en valeurs quantitatives en moyennes avec leur indice de dispersion.

## RESULTATS

Durant la période de notre enquête, nous avons noté 2294 accouchements dont 1605 (70%) par voie basse et 689 (30%) par césarienne, 2555 naissances dont 2254 naissances vivantes (88,2%) et 267 mort-nés (10,5%) et 34 décès in-partum (1,3%) et 10 décès maternels (0,4%) au CHU de Cocody. A la FSUCOM de Yopougon-Wassakara, 1645 CPN ont été effectuées, tout âge gestationnel confondu. Pour notre étude, 345 parturientes ont été colligées dont 245 au CHU de Cocody et 100 à la FSUCOM de Yopougon-Wassakara.

L'âge moyen des parturientes était de  $28 \pm 6,5$  ans avec des extrêmes de 14 et 42 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 25 à 31 ans (37,3%). La majorité des parturientes exerçaient dans le secteur informel (43,5%) et 33% étaient des ménagères. On notait 25,8% de parturientes célibataires. La médiane de la gestité était de 3 et les extrêmes de 1 et 10. Les primigestes étaient de 28,7%. La médiane de la parité était de 2 et les extrêmes de 0 et 8. Les nullipares étaient de 37,1%. La plupart des parturientes ayant été consulté (73%), étaient à terme avec un âge gestationnel compris entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée (SA). La CPN de bonne qualité, était constatée dans 73,3% des cas (Tableau I).

La CPA obligatoire était de 65,2% (50,1% de CPA urgente et 15,1% de CPA programmée) et la CPA systématique, de 34,8%. Les indications de césariennes (82%) maternelles (57,2%) et fœtales (42,8%), étaient illustrées par la figure 1. Le tableau II montrait que les antécédents médicaux étaient de 11,3% avec une prédominance de l'HTA retrouvée au cours de la CPA obligatoire. L'examen clinique a détecté 36,2% d'anomalies physiques, prédominantes au cours de la CPA obligatoire (31%). Les parturientes classées ASA II (75%), surtout au cours de la CPA systématique. les recommandations pour la préparation préopératoire ont été demandées pour 66,7% des parturientes, dont 91,3% en CPA obligatoire et 21,7% en CPA systématique, les recommandations pouvant être associées. Le consentement éclairé était acquis pour 99,7% des parturientes dans le choix de la technique d'anesthésie, dont les modalités sont illustrées par la figure 2, quel que soit le type de CPA.

Pour le mode d'accouchement, nous avons noté 69% de césarienne et 31% d'accouchement par voie basse. La figure 3 montrait 74,2% d'accouchement par voie basse chez les parturientes vues au cours de la CPA systématique. Concernant l'issue vitale materno-fœtal, nous avons noté 0,6% de décès maternels pour la CPA obligatoire, survenus dans un contexte d'urgence. Aucun décès maternel n'a été relevé pour la CPA systématique. Il a été noté 14% de décès fœtaux pour 350 naissances, soit 140 décès fœtaux pour 1000 nais-

sances. La figure 4 montrait 8,2% de décès fœtal pour la CPA systématique contre 91,8% pour la CPA obligatoire.

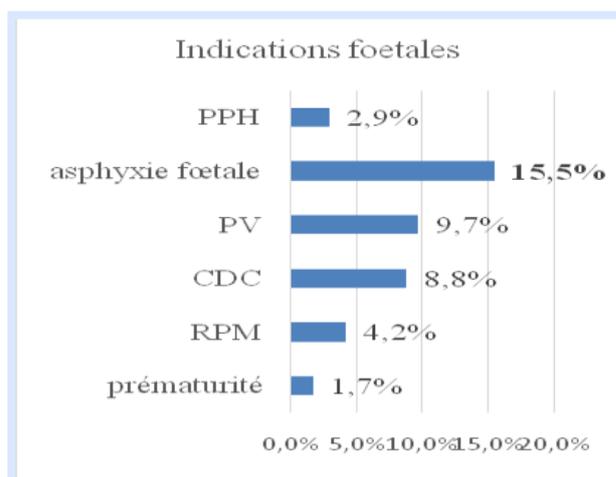
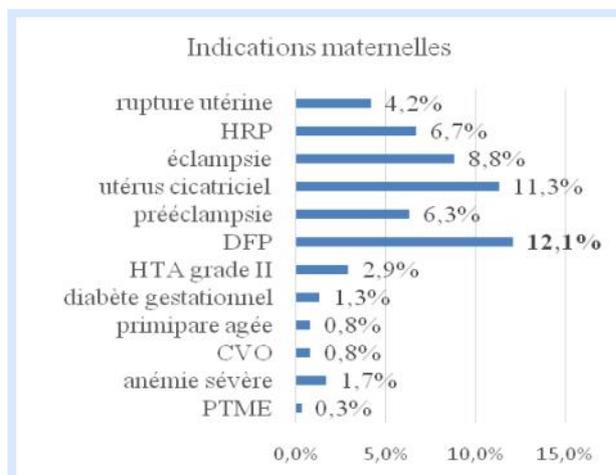
**Tableau I :** Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales prénatales des parturientes

Variable	Effectif n=345	Proportion %
<b>Age (année)</b>		
< 18	10	3
18—24	92	26,7
25—31	129	37,3
32—38	93	27
≥ 39	21	6
<b>Secteur d'activité</b>		
<i>Secteur informel</i>	114	33
<i>Ménagère</i>	41	11,9
<i>Salariée</i>	40	11,6
<i>Etudiante</i>	150	43,5
<b>Statut matrimonial</b>		
<i>Union légale</i>	118	34,1
<i>Union libre</i>	138	40,1
<i>Célibataire</i>	89	25,8
<b>Gestité</b>		
<i>Primigeste</i>	99	28,7
<i>Multigeste</i>	246	71,3
<b>Parité</b>		
<i>Nullipare</i>	128	37,1
<i>Primipare</i>	80	23,3
<i>Multipare</i>	137	39,6
<b>Age gestationnel</b>		
29—36	84	24,3
37—41	252	73,1
≥ 42	9	2,6
<b>Consultation prénatale</b>		
0	3	1
1—3	252	73
≥ 4	90	26

## DISCUSSION

En Afrique subsaharienne, un certain nombre de pays ont réduit de moitié le taux de mortalité maternelle depuis 1990. Dans d'autres régions, dont l'Asie et l'Afrique du Nord, des progrès encore plus considérables ont été réalisés. Constatant qu'il est possible d'accélérer le recul de la mortalité maternelle, les pays se sont maintenant fixé une nouvelle cible visant à réduire davantage la mortalité maternelle [5].

La CPA obstétricale contribue à ces perspectives en améliorant la qualité et la sécurité des soins prodigués en anesthésie-réanimation. La tranche d'âge la plus représentée était de 25 à 35 ans, une moyenne de 28 ans.



PTME = prévention de la transmission de la mère à l'enfant, CVO = crise vaso-occlusive, DFP = disproportion foeto-pelvienne, HRP = hématome retro-placentaire, RPM = rupture prématurité des membranes, CDC = circulaire du cordon, PV = présentation vicieuse, PPH = placenta prævia hémorragique

**Figure 1 :** Indications maternelles et fœtales des césariennes quel que soit le type de CPA

Obame et al. [6] rapportaient la même tendance avec un âge moyen de 27 ans, au Gabon. La prédominance de cette tranche pourrait être en rapport avec la population africaine, majoritairement jeune. Cette tranche d'âge représentait aussi la période optimale de procréation. La plupart de nos parturientes exerçaient des activités dans le secteur informel, parmi lesquelles, les ménagères étaient majoritaires dans 33% des cas. Bellinga et al. au Cameroun [7], retrouvaient dans leur étude, la même prépondérance de cette catégorie avec 52,3% de ménagères. Nous pourrions rattacher cette tendance au faible taux de scolarisation dans la population féminine et au taux de chômage élevée. Nos parturientes vivaient principalement en couple dans 74,2% des cas. Il nous a paru important de connaître le statut matrimonial de nos parturientes dans la mesure où c'était un facteur ayant des conséquences sur la grossesse. Le fait d'être « mère seule » semblait représenter un facteur de risque de morbidité maternelle,

fœtale et infantile. Plusieurs études montraient que les mères célibataires avaient un taux plus élevé de grossesse à risque que les femmes en couple [8]. L'implication du couple dans le suivi de la grossesse et dans la préparation à l'accouchement serait un élément fondamental pouvant être mis à profit lors de la CPA systématique.

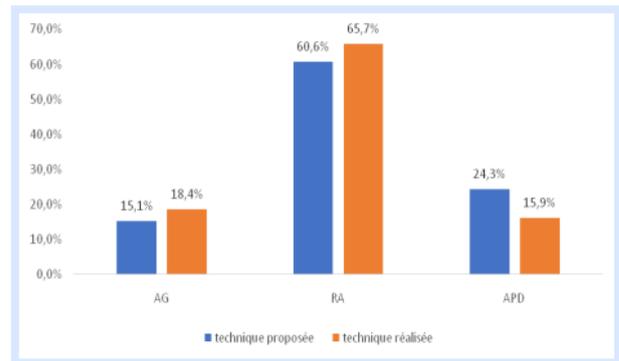
**Tableau II :** Données anesthésiques de la CPA obligatoire versus la CPA systématique

Variable	CPA obligatoire Effectif (%)	CPA systématique Effectif (%)
<b>Antécédents</b>		
<i>HTA</i>	29 (96,7)	1 (3,3)
<i>Allergie</i>	-	2 (100)
<i>Asthme</i>	6 (54,5)	5 (45,5)
<i>Epilepsie</i>	1 (100)	-
<i>Hémoglobinopathie</i>	13 (86,7)	2 (13,3)
<i>Diabète</i>	7 (100)	-
<i>Infection à VIH</i>	8 (80)	2 (20)
<i>Infection à VHB</i>	3 (20)	12 (80)
<b>Anomalies cliniques</b>		
<i>Obésité</i>	16 (66,7)	8 (33,3)
<i>Anémie</i>	57 (90,5)	6 (9,5)
<i>HTA</i>	43 (92,3)	4 (7,7)
<i>Choc hémorragique</i>	2 (100)	-
<i>Troubles de conscience</i>	2 (100)	-
<b>Classe ASA</b>		
<i>ASA II</i>	78 (44,1)	99 (55,9)
<i>ASA IIu</i>	100	-
<i>ASA III</i>	51,2	21 (48,8)
<i>ASA IIIu</i>	100	-
<i>ASA IVu</i>	100	-
<b>Recommandations préopératoires</b>		
<i>Examen paraclinique</i>	184 (97,9)	34 (2,1)
<i>Produits sanguins</i>	20 (100)	-
<i>Avis spécialisés</i>	-	3 (100)
<i>Ajustement du traitement</i>	-	6 (100)
<i>ID prévisible</i>	4 (3,6)	7 (96,4)
<i>Réanimation préopératoire</i>	2 (100)	-

CPA : consultation préanesthésique ; HTA : hypertension artérielle ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine ; VHB : virus de l'hépatite B ; IMC : indice de masse corporelle ; ASA : American Society of Anesthesiologists ; ID : intubation difficile

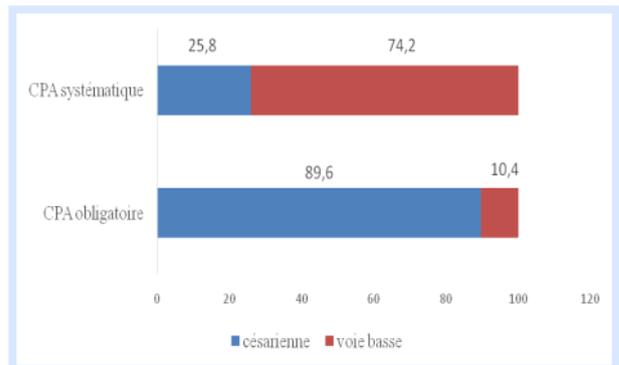
La majorité de nos parturientes étaient multigestes (71,3%). La proportion de nullipares était la plus élevée avec 37,1% des cas. Nos résultats contrastaient avec ceux de Belinga et al. [7] au Cameroun, qui trouvaient une prépondérance de multiparité dans 52,4% des cas. Les parturientes menaient une grossesse à terme dans 73,1% des cas. Nos résultats étaient superposables à ceux de Belinga et al. [7] au Cameroun, qui trouvaient un âge gestationnel moyen de 38,4±3,8 SA. La prédominance des grossesses à terme dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos parturientes étaient reçues dans un contexte de travail d'accouchement donc à terme, le plus souvent.

La CPN de bonne qualité (73%) était proche des résultats obtenus par Obame R et al. [6] au Gabon, qui montraient que 77,3% des parturientes étaient régulièrement suivies. La CPA systématique aurait toute sa place dans ce suivi d'autant plus qu'elle permettrait de renforcer celui-ci avec la particularité d'évoquer une prise en charge anesthésique, qui pourrait s'avérer nécessaire lors de l'accouchement.



AG = anesthésie générale ; RA = rachianesthésie ; APD = analgésie péridurale

**Figure 2 :** Répartition des patientes selon les modalités de la technique d'anesthésie

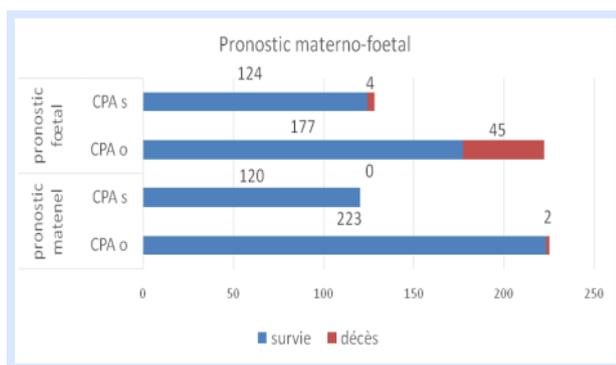


CPA : Consultation pré-anesthésique

**Figure 3 :** Répartition du mode d'accouchement selon le type de CPA

Au cours de la CPA obligatoire, les CPA d'urgence étaient réalisées uniquement au CHU de Cocody, seul endroit de notre étude où la césarienne était pratiquée. Quant aux parturientes ayant bénéficié de la CPA systématique, elles représentaient 34,8% des cas. La prédominance des parturientes reçues en CPA d'urgence au CHU de Cocody, pourrait être liée aux références des structures sanitaires de niveau 1 et 2. Concernant les indications maternelles, l'utérus cicatriciel et l'éclampsie étaient dominants, quel que soit le type de CPA ; quant aux indications fœtales, l'asphyxie fœtale était la plus représentée. Nos résultats étaient similaires à ceux de Some Der et al [9] au Rwanda et Kouamé et al. [10] à Abidjan, qui trouvaient respectivement 15,38% d'asphyxie fœtale et 35,6 % d'utérus cicatriciel. La prédominance des asphyxies fœtales, surtout dans le contexte de l'urgence au cours notre

étude serait liée au manque de moyens modernes de surveillance du travail (tococardiographie, oxymétrie, mesure du pH), au retard de prise en charge, aux conditions de référence des parturientes (parcours, moyens de transport etc.) et à l'indisponibilité immédiate de kit en salle d'opération dans un établissement sanitaire de niveau III. Plusieurs antécédents médicaux ont été retrouvés chez nos parturientes, l'HTA était le plus représentée ; quant aux anomalies cliniques observées, l'anémie était la plus objectivée. Ces antécédents et anomalies cliniques étaient majoritairement retrouvés lors de la CPA obligatoire. La même prédominance clinique était constatée dans l'étude de Itéké et al. [11], à Abidjan, qui avaient déclaré que 11% de leurs patientes étaient hypertendues (73% gravidiques et 27% chroniques) et que l'anémie était la principale anomalie observée en période préopératoire.



CPA o = CPA obligatoire ; CPA s = CPA systématique

**Figure 4 :** Pronostic materno-fœtal selon le type de consultation pré-anesthésique

Nos parturientes étaient relativement en bonne santé dans la majorité des cas, étant classées ASA II. Obame et al. [6] au Gabon, ont observé la même tendance dans leur étude avec une proportion plus élevée de la classe ASA I (90,90%). Quel que soit le type de CPA dans notre série, le taux de technique réalisée en anesthésie générale et en rachianesthésie, était supérieure au taux de technique proposée. Par contre, en analgésie péridurale pour accouchement, la technique réalisée était inférieure à la technique proposée. En ce qui concernait les parturientes reçues en urgence pour césarienne, le consentement pour la technique anesthésique proposée pourrait être souvent influencée par la douleur des contractions utérines. Par ailleurs, devant certaines indications de césarienne et en fonction de l'état clinique, la technique anesthésique proposée primait sur le souhait de la patiente. La rachianesthésie était la technique anesthésique la plus utilisée (65,7%) chez nos parturientes contre 18,4% pour l'anesthésie générale. L'analgésie péridurale a été utilisée dans 15,9% des cas chez les parturientes accouchant par voie basse. Nos résultats étaient superposables à ceux de Obame et al. [6] au Gabon, qui trouvaient une prédominance de la rachianesthésie dans 63,6% des cas ; Kouamé et al. [10] à Abidjan, observaient une proportion plus importante avec 86% des cas. En effet, les techniques d'anesthésie locorégionale devraient être privilégiées en obstétrique, dans les maternités

d'Afrique Noire pour la sécurité maternelle et fœtale. En France, seules 5% des césariennes étaient réalisées sous anesthésie générale pour des urgences extrêmes. Ce pourcentage serait à lier à la généralisation de l'analgésie péridurale pour le travail d'accouchement [6], pratique expliquée à la parturiente au cours de la CPA systématique.

La césarienne était le mode d'accouchement le plus représenté (69%) dans notre série. Nos résultats étaient largement supérieurs à ceux de Belinga et al. [7], qui observaient dans leur étude un taux de césarienne de 11,2%. Ce taux élevé de césarienne dans notre étude pourrait s'expliquer par cette situation de référence des formations sanitaires périphériques, ne disposant pas de blocs opératoires opérationnels. L'anesthésie pour césarienne est grevée d'une morbi-mortalité maternelle élevée, particulièrement dans les situations d'urgence. La mortalité maternelle est 5 à 7 fois plus élevée lors des césariennes que dans les accouchements par voie basse [6]. Une évolution gravidique normale chez une parturiente sans comorbidité ne garantissait pas automatiquement un accouchement eutocique. Par la recherche et la prise en charge systématique des facteurs de risques vitaux materno-fœtaux parfois inattendus, la consultation préanesthésique réalisée à distance participait à l'objectif de sécurisation [6].

Dans notre étude, les deux décès maternels enregistrés, étaient survenus dans un contexte d'éclampsie et de rupture utérine. La mortalité maternelle en Côte d'Ivoire était estimée à 614 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, selon l'Enquête Démographique et de Santé en 2012. Alors que dans les pays développés, ce taux est de 10 décès pour 100 000 naissances vivantes [12]. Nos résultats étaient proches de ceux de Itéké et al. [11] à Abidjan, qui retrouvait cinq décès chez les femmes (0,9%), toutes évacuées pour une urgence absolue. Le pronostic fœtal était défavorable (49 décès périnataux). Nos résultats étaient largement supérieurs à ceux de Belinga et al. [7] au Cameroun, qui montraient une mortalité néonatale précoce de 3,2 pour 1000 naissances dans leur série. La forte mortalité périnatale dans notre étude pourrait s'expliquer par la non-information des parturientes et aux difficultés matérielles de prise en charge obstétricale.

Les limites de notre travail concernaient surtout les biais de sélection (les parturientes colligées n'étant représentatives de la population générale) et les biais de suivi (les parturientes vues en CPA systématique avaient encore un temps de réflexion sur le consentement avant leur accouchement).

## CONCLUSION

Parmi les moyens permettant de réduire la morbidité et la mortalité péri-opératoires, la consultation pré-anesthésique occupe une place de choix. L'étude que nous avons menée chez les femmes enceintes a démontré l'importance de cette consultation pré-anesthésique, aussi bien de manière systématique, qu'obligatoire. L'analgésie péridurale pour accouchement n'étant pas encore vulgarisée en notre pays, la pratique de la CPA systématique des parturientes pourrait permettre l'essor de cette technique en brisant certaines barrières culturelles et la prise en charge de certains problèmes médicaux, impliqués dans la morbi-mortalité materno-fœtale.

## REFERENCES

1. Chassot P G, Albrecht É. Évaluation pré opératoire et prémédication in : Albrecht É, Haberer JP, Bouchser É, Moret V. Manuel pratique d'anesthésie, 3e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2015: 197—22.
2. Boulay G, Simon L, Hamza J. Analgésie et anesthésie au cours de l'accouchement. EMC—Obstétrique 2002; 1—22 [5—049—L—80].
3. Ducloy-Bouthors A-S, Tourres J, Malinovsky J-M, et al. Organisation de l'Anesthésie-Réanimation Obstétricale. *Anesth Réanim* 2016; 2: 206—212.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport 2010 sur les objectifs du Millénaire pour le développement, Nations Unies. Rapport du Secrétaire général, OMS 2010. [internet]. Disponible sur : URL : <https://www.who.int/>. Consulté le 23 septembre 2020.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Mortalité maternelle. Principaux repères. OMS septembre 2019. [Internet]. Disponible sur : URL : <https://www.who.int/>. Consulté le 09 décembre 2022.
6. Obame R, Nzoghe Nguema P, Sima Zué A, Essola L, Sima Olé B. Plaidoyer pour une prise en charge multidisciplinaire des parturientes au Gabon : place du médecin anesthésiste. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2013; 18: 96—100.
7. Belinga E, Essiben F, Ndoua CCN, Yaya FA, Tompeen I, Foumane P. Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques du Travail d'accouchement à la Maternité de l'Hôpital Régional de Bertoua, Cameroun. *Health Sci Dis* 2020; 21(1): 70—4.
8. Ahmed DF. Unimarrried mothers as a high- risk group for adverse pregnancy outcomes. *J. Community Health* 1990; 15(1): 35—44.
9. Some Der A, Ouattara S, Barro D, Traoré A, Bamabara M, Dao B. Audit des césariennes en milieu africain. *Revue Médicale Rwandaise* 2010; 68(4) : 32—7.
10. Kouamé EK, Ouattara A, Yaïch Peté D. Évolution de la pratique de la rachianesthésie pour les césariennes en Côte d'Ivoire. *J Can Anesth* 2013; 60: 1025—6.
11. Yaïch Peté D, Ouattara A, Koffi N, et al. Césariennes en urgence : pronostic materno-foetal au CHU de Cocody d'Abidjan. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2012; 17(1): 60—4.
12. Mosso EA, Ka Dore ED. Côte d'Ivoire : enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011-2012. Calverton (MA) : ICF International ; 2012. 591 p. [internet]. Disponible sur ; URL : <http://www.dhsprogram.com>. Consulté le 23 septembre 2020.