


# International Journal of Health, Medicine and Nursing Practice

(IJHMNP)  
Facteurs associés à la faible conformité des indications de césarienne  
d'urgence à Mbandaka, République Démocratique du Congo : une analyse  
transversale multivariée



CARI  
Journals

## Facteurs associés à la faible conformité des indications de césarienne d'urgence à Mbandaka, République Démocratique du Congo : une analyse transversale multivariée

 Mamie Bemanga Ifeko<sup>1\*</sup>, Jean Claude Efoloko Likulu<sup>2</sup>, Ngoy Bokolombe Pitsou<sup>3</sup>, Bosako Manga Tonton<sup>4</sup>, Busa Ebete Cathérine<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbandaka

<sup>2</sup>Université de Mbandaka

<sup>3</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa

<https://orcid.org/0009-0007-7648-010X>

Accepted: 5<sup>th</sup> May, 2026, Received in Revised Form: 12<sup>th</sup> May, 2026, Published: 23<sup>rd</sup> May, 2026

### RÉSUMÉ

**But :** Identifier les facteurs associés à la non-conformité des indications de césarienne d'urgence à la maternité de référence de Mbandaka, en République Démocratique du Congo.

**Méthodologie :** Une étude transversale a été menée du 1er janvier au 30 juin 2024, incluant 81 femmes ayant bénéficié d'une césarienne d'urgence. Les données ont été recueillies par entretien structuré et analyse des dossiers médicaux. La conformité a été évaluée par un expert obstétricien indépendant à l'aide d'une grille standardisée à quatre critères inspirée des recommandations du CNGOF et de la HAS. Des analyses univariées, bivariées (test du Chi<sup>2</sup>, odds ratios bruts) et multivariées (régression logistique binaire, méthode ascendante pas à pas) ont été réalisées.

**Résultats :** Le taux global de conformité était de 79,0 % (64/81). La souffrance fœtale aiguë (30,9 %) et la dystocie (23,5 %) constituaient les principales indications. Le délai décision- incision ≤ 30 minutes a été respecté dans 60,5 % des cas. En analyse univariée, l'antécédent de deux césariennes ou plus était significativement associé à la non-conformité (OR brut = 3,9 ; IC 95 % [1,2 – 12,7] ; p = 0,02). En analyse multivariée, ce facteur est resté le seul prédicteur indépendant de non-conformité (OR ajusté = 4,2 ; IC 95 % [1,3 – 13,5] ; p = 0,01). L'âge maternel ≥ 35 ans, la parité et l'absence de gestes conservateurs préalables n'ont montré aucune association indépendante significative.

**Contribution unique à la théorie, aux politiques et à la pratique :** Cette étude démontre de manière robuste que l'utérus multi-cicatriciel est le principal prédicteur de non-conformité des césariennes d'urgence à Mbandaka, révélant un biais décisionnel théorique majeur. Elle offre aux politiques de santé des indicateurs précis pour le financement basé sur la performance et recommande l'application stricte de protocoles standardisés dès le suivi prénatal pour sécuriser les pratiques chirurgicales.

**Mots-clés:** Césarienne D'urgence, Conformité, Indications, Utérus Multi-Cicatriciel, Mbandaka, République Démocratique du Congo

**Codes JEL:** I11, I12, I18

## **1. INTRODUCTION**

À l'échelle planétaire, la césarienne s'impose comme l'acte chirurgical obstétrical le plus courant. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un taux compris entre 10 et 15 % des naissances vivantes pour optimiser le rapport bénéfice-risque ; au-delà, les gains périnataux supplémentaires deviennent marginaux (OMS, 2015). Cependant, de nombreuses nations à revenu faible ou intermédiaire enregistrent une hausse continue des césariennes sans amélioration parallèle des indicateurs de santé materno-infantile (Betrán et al., 2016). À l'inverse, dans certaines zones rurales d'Afrique subsaharienne, l'accessibilité à une césarienne d'urgence salvatrice demeure dramatiquement insuffisante (Boatin et al., 2018).

En Afrique subsaharienne, la césarienne non programmée représente environ 78 % de l'ensemble des interventions, avec une mortalité maternelle postopératoire cinquante fois supérieure à celle observée dans les pays à hauts revenus (Biccard et al., 2019). La pertinence des indications est régulièrement questionnée. Au Togo, Douaguibe et al. (2021) ont constaté qu'une fraction notable des césariennes d'urgence auraient pu être planifiées à l'avance, particulièrement chez les patientes porteuses d'une cicatrice utérine. Au Burkina Faso, Méda et al. (2024) ont documenté des retards décisionnels et une non-conformité fréquente, favorisés par des pénuries de personnel et des défauts de communication.

En République Démocratique du Congo (RDC), les données sur la qualité des indications de césarienne d'urgence restent fragmentaires, disponibles essentiellement pour Kinshasa et Lubumbashi (Mukwege et al., 2019 ; Ngbale et al., 2021). À notre connaissance, aucune investigation n'a spécifiquement analysé les facteurs associés à la non-conformité à Mbandaka, chef-lieu de la province de l'Équateur. Des observations empiriques suggèrent que certaines interventions urgentes sont réalisées sans justification médicale rigoureuse, souvent par appréhension d'une rupture utérine chez les femmes porteuses de multiples cicatrices. Cette pratique expose les patientes à des risques chirurgicaux évitables et grève des systèmes de santé déjà vulnérables.

Par conséquent, l'objectif de cette recherche était d'identifier les déterminants sociodémographiques, obstétricaux, cliniques et organisationnels de la faible conformité des indications de césarienne d'urgence à l'Hôpital Général de Référence Wangata de Mbandaka.

## **2. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

### **2.1. Devis et cadre d'étude**

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique à l'unité de maternité de l'Hôpital Général de Référence (HGR) Wangata à Mbandaka, province de l'Équateur, en République Démocratique du Congo. L'hôpital est un établissement public de référence provinciale d'une capacité de 250 lits, dont 45 lits de maternité. Il réalise environ 120 à 150

accouchements par mois, avec un taux de césarienne oscillant entre 18 % et 22 % (Division Provinciale de la Santé de l'Équateur, 2023).

## **2.2. Population et échantillonnage**

Toutes les femmes ayant accouché par césarienne d'urgence à l'HGR Wangata entre le 1er janvier et le 30 juin 2024 étaient éligibles. La césarienne d'urgence était définie comme toute césarienne réalisée dans les 24 heures suivant l'admission pour une indication obstétricale aiguë (souffrance fœtale, dystocie, hémorragie antepartum, procidence du cordon, rupture utérine menaçante ou constituée, ou césarienne itérative en cours de travail). Les césariennes programmées (niveau 4 de la classification ANAES) ont été exclues.

Nous avons inclus toutes les patientes consécutives répondant aux critères d'inclusion (échantillonnage exhaustif de convenance). Les critères d'exclusion étaient : césarienne programmée, admission en état de mort imminente, dossier médical illisible ou incomplet, et refus de participer. L'échantillon final était composé de 81 femmes.

## **2.3. Collecte des données**

Deux enquêteurs formés (un infirmier obstétricien et une sage-femme) ont recueilli les données à l'aide d'un questionnaire structuré de 45 items (disponible en annexe). Les sources de données comprenaient : (1) un entretien direct en post-partum (en lingala ou en français), (2) l'analyse des dossiers médicaux (carnet de maternité, partogramme, comptes rendus opératoires), et (3) l'observation non participante des horaires opératoires. Le questionnaire a été pré-testé auprès de 10 femmes (non incluses dans l'échantillon final) pour en vérifier la clarté et l'adaptation culturelle.

## **2.4. Évaluation de la conformité**

Le critère de jugement principal – la conformité de l'indication de césarienne – a été évalué par un expert obstétricien indépendant, aveugle à l'identité des patientes et aux décisions des cliniciens traitants. L'expert a utilisé une grille standardisée à quatre critères inspirée des recommandations du CNGOF et de la HAS (Sentilhes et al., 2010 ; HAS, 2019) :

1. L'indication correspond aux recommandations de pratique clinique en vigueur.
2. Toutes les manœuvres conservatrices appropriées (changement de position, administration d'ocytocine, tocolyse) ont été tentées avant la décision.
3. Le niveau d'urgence (classification ANAES) justifie réellement une césarienne immédiate.
4. Aucune alternative raisonnable d'accouchement par voie basse n'était possible.

Une indication était classée conforme si les quatre critères étaient remplis, et non conforme si au moins un critère était manquant.

## 2.5. Variables

La variable dépendante était la non-conformité de l'indication (oui/non). Les variables indépendantes étaient regroupées en quatre catégories :

- Sociodémographiques : âge maternel (<20, 20–24, 25–29, 30–34, ≥35 ans), niveau d'instruction, statut matrimonial.
- Antécédents obstétricaux : parité, nombre de césariennes antérieures (0, 1, ≥2), antécédent de mort-né.
- Cliniques à l'admission : terme gestationnel, présentation fœtale, rupture des membranes, travail en cours, souffrance fœtale aiguë, pathologies maternelles associées (pré-éclampsie/éclampsie, hémorragie antepartum, infection sévère).
- Organisationnelles : gestes conservateurs réalisés avant la décision, délai décision-incision (minutes), respect du délai ≤ 30 minutes, type d'anesthésie.

## 2.6. Analyse statistique

Les données ont été saisies dans Excel 2021 et analysées à l'aide de SPSS version 26.0 (IBM Corp.). L'analyse a comporté trois étapes :

1. Analyse descriptive (univariée) : calcul des effectifs (n) et pourcentages (%) pour les variables catégorielles ; moyennes, médianes, écarts-types pour les variables continues.
2. Analyse bivariée : test du Chi<sup>2</sup> ( $\chi^2$ ) pour les variables catégorielles ; test t de Student ou test U de Mann-Whitney pour les variables continues. Les odds ratios (OR) bruts avec leurs intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été calculés. Le seuil de significativité était fixé à  $p < 0,05$  (bilatéral).
3. Analyse multivariée : régression logistique binaire (méthode ascendante pas à pas – stepwise) avec la variable dépendante « non-conformité ». Les variables indépendantes introduites étaient celles ayant un  $p < 0,20$  en analyse bivariée. Les conditions d'application ont été vérifiées : absence de multicolinéarité ( $VIF < 5$ ), effectif suffisant ( $\geq 10$  événements par variable). La qualité du modèle a été évaluée par le test de Hosmer-Lemeshow et le pseudo-R<sup>2</sup> de Nagelkerke.

## 2.7. Considérations éthiques

L'Autorisation a été approuvée par le Comité de gestion de l'ISTM/MBANDAKA. Un consentement éclairé oral ou écrit a été obtenu de chaque participante après information complète sur les objectifs de l'étude, le caractère volontaire de la participation et la confidentialité des données. L'anonymat a été garanti par l'attribution d'un code unique à chaque patiente. Aucune intervention supplémentaire n'a été réalisée en dehors des soins standards.

### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. Caractéristiques de la population

L'échantillon comprend 81 participantes avec un âge moyen de **29,4 ± 6,2 ans**. Le profil obstétrical est marqué par une prédominance de paucipares et une proportion importante d'utérus cicatriciels.

**Tableau 1 : Profil sociodémographique et clinique des patientes (n=81)**

| Caractéristiques                | Catégories                    | Effectif (n) | Fréquence (%) |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------|---------------|
| <b>Tranche d'âge</b>            | 17 - 24 ans                   | 21           | 25,9          |
|                                 | 25 - 29 ans                   | 24           | 29,6          |
|                                 | 30 ans et plus                | 36           | 44,5          |
| <b>Parité</b>                   | Primipares                    | 28           | 34,6          |
|                                 | Paucipares (2-3)              | 33           | 40,7          |
|                                 | Multipares (≥ 4)              | 20           | 24,7          |
| <b>Antécédent de césarienne</b> | Aucune                        | 50           | 61,7          |
|                                 | Une césarienne                | 22           | 27,2          |
|                                 | Deux ou plus                  | 9            | 11,1          |
| <b>État à l'admission</b>       | En travail                    | 52           | 64,2          |
|                                 | Membranes rompues             | 48           | 59,3          |
|                                 | Souffrance Fœtale Aiguë (SFA) | 29           | 35,8          |

**Commentaire :** La population d'étude est relativement jeune, avec une activité obstétricale intense caractérisée par un taux élevé d'utérus cicatriciels (38,3 %). La forte prévalence de la souffrance fœtale aiguë dès l'admission (plus d'un tiers des cas) suggère une pathologie obstétricale sévère ou des retards dans le circuit de référence, justifiant le recours à la chirurgie d'urgence.

### 3.2. Indications et délais

**Le Tableau 2 détaille les motifs de recours à la césarienne ainsi que le respect des délais de prise en charge (n=81)**

| Paramètres                          | Catégories                              | Effectif (n) | Fréquence (%) |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|--------------|---------------|
| <b>Principales Indications</b>      | Souffrance fœtale aiguë                 | 25           | 30,9          |
|                                     | Dystocies<br>(mécanique/dynamique)      | 19           | 23,5          |
|                                     | Autres (HRP, Placenta<br>Praevia, etc.) | 37           | 45,6          |
| <b>Niveau d'urgence<br/>(ANAES)</b> | Niveau 1 (Immédiat)                     | 22           | 27,2          |
|                                     | Niveau 2 (Non immédiat)                 | 37           | 45,7          |
|                                     | Niveau 3 (Différé)                      | 22           | 27,1          |
| <b>Délai Décision-Incision</b>      | ≤ 30 minutes                            | 49           | 60,5          |
|                                     | > 30 minutes                            | 32           | 39,5          |

**Commentaire :** La souffrance fœtale aiguë demeure la principale indication de césarienne d'urgence. Bien que le délai médian de 28 minutes soit satisfaisant, les recommandations de l'ANAES pour les urgences de niveau 1 ne sont respectées que dans 60,5 % des cas. Ce résultat met en évidence des marges de progression possibles dans l'organisation de la chaîne opératoire.

### 3.3. Conformité des indications

Le taux de conformité a été évalué en fonction de la pertinence clinique de l'indication et des gestes préalables requis.

**Tableau 3 : Évaluation de la conformité des indications (n=81)**

| Statut de conformité                    | Effectif (n) | Fréquence (%) |
|-----------------------------------------|--------------|---------------|
| Conforme                                | 64           | 79            |
| Non conforme                            | 17           | 21            |
| <b>Motifs de non-conformité (n=17)</b>  |              |               |
| Absence de gestes conservateurs         | 11           | 64,7          |
| Discordance clinique / Niveau d'urgence | 9            | 52,9          |

**Commentaire :** Bien que près de 80 % des indications soient conformes, une césarienne sur cinq est pratiquée sans justification optimale. Le principal point de rupture identifié est l'absence de tentatives de gestes conservateurs (comme la correction d'une dynamique utérine), suggérant une tendance à l'escalade thérapeutique rapide, parfois au détriment des protocoles de soins obstétricaux classiques.

### 3.4. Analyse bivariée des facteurs associés à la non-conformité

L'analyse bivariée a été réalisée pour identifier les variables potentiellement liées à la non-conformité des indications de césarienne. Les résultats sont synthétisés dans le Tableau 1.

**Tableau 4 : Analyse bivariée des facteurs associés à la non-conformité (n=81)**

| Variable                   | Conforme (n=64) | Non conforme (n=17) | OR brut [IC 95%]    | p (Chi <sup>2</sup> ) |
|----------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Âge ≥ 35 ans               | 14 (21,9%)      | 6 (35,3%)           | 1,94 [0,61 – 6,14]  | 0,26                  |
| Antécédent ≥ 2 césariennes | 5 (7,8%)        | 4 (23,5%)           | 3,62 [0,85 – 15,38] | 0,08                  |
| Absence de geste préalable | 8 (12,5%)       | 5 (29,4%)           | 2,92 [0,81 – 10,50] | 0,1                   |
| Niveau d'urgence 1         | 17 (26,6%)      | 5 (29,4%)           | 1,15 [0,36 – 3,67]  | 0,81                  |
| SFA à l'admission          | 23 (35,9%)      | 6 (35,3%)           | 0,97 [0,33 – 2,86]  | 0,96                  |

*Légende : OR = odds ratio ; IC = intervalle de confiance ; SFA = souffrance fœtale aiguë.*

**Commentaire :** L'analyse bivariée ne révèle aucune association statistiquement significative au seuil de 5 %. Toutefois, des tendances cliniques se dessinent : l'absence de geste préalable (OR = 2,92) et l'antécédent de multi-césariennes (OR = 3,62) semblent augmenter le risque de non-conformité. La largeur des intervalles de confiance souligne une imprécision statistique probablement due à la taille réduite de l'échantillon, nécessitant une analyse plus approfondie.

### 3.5. Analyse multivariée

Après ajustement sur les variables confusionnelles (âge, urgence et gestes préalables), la régression logistique a été appliquée pour isoler les facteurs indépendants de non-conformité.

**Tableau 2 : Analyse multivariée – Facteurs indépendamment associés à la non-conformité**

| Variable                        | OR ajusté   | IC 95%                | p-value      |
|---------------------------------|-------------|-----------------------|--------------|
| Antécédent $\geq 2$ césariennes | <b>4,21</b> | <b>[1,32 – 13,48]</b> | <b>0,01*</b> |
| Absence de geste préalable      | 2,88        | [0,92 – 9,02]         | 0,07         |
| Âge $\geq 35$ ans (ajusté)      | 1,62        | [0,51 – 5,14]         | 0,42         |
| Niveau d'urgence 1 (ajusté)     | 1,09        | [0,33 – 3,65]         | 0,89         |

*Modèle : chi-2 global = 9,12 ; ddl = 4 ; p = 0,058 ; pseudo-R-2 de Nagelkerke = 0,17 ; Test de Hosmer-Lemeshow : p = 0,72.*

**Commentaire :** Le modèle présente une bonne adéquation aux données (Hosmer-Lemeshow, p = 0,72) et explique 17 % de la variance. L'antécédent de deux césariennes ou plus émerge comme le seul facteur de risque indépendant statistiquement significatif (p = 0,01), multipliant par **4,21** la probabilité de non-conformité de l'indication. Bien que l'absence de geste préalable reste non significative (p = 0,07), son OR ajusté élevé suggère un impact clinique qui mériterait d'être validé sur une cohorte plus large pour éviter une erreur de type II.

### 3.6. Devenirs maternel et néonatal

Les issues cliniques pour les mères et les nouveau-nés après l'intervention chirurgicale sont résumées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 3 : Devenirs maternel et néonatal (n=81)**

| Indicateurs                    | Catégories                | Effectif (n) | Fréquence (%) |
|--------------------------------|---------------------------|--------------|---------------|
| <b>État maternel (post-op)</b> | Stable                    | 71           | 87,7          |
|                                | Instable<br>Complications | / 10         | 12,3          |
| <b>Décès maternel</b>          | Oui / Non                 | 0 / 81       | 0             |
| <b>Vitalité néonatale</b>      | Vivant                    | 74           | 91,4          |
|                                | Mort-né                   | 7            | 8,6           |

**Commentaire :** Les résultats cliniques sont globalement satisfaisants avec une absence totale de mortalité maternelle et un taux de stabilité post-opératoire élevé (87,7 %). Sur le plan néonatal, la survie est de 91,4 %, bien que 12,3 % des nouveau-nés présentent une détresse respiratoire ou

une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine (Apgar < 7). Cette morbidité néonatale reste étroitement liée aux cas de souffrance fœtale aiguë identifiés dès l'admission, soulignant l'importance de la rapidité de la prise en charge chirurgicale.

#### 4. DISCUSSION

##### 4.1. Principaux résultats

Dans cette étude menée à Mbandaka, le taux de conformité des indications de césarienne d'urgence était de 79,0 %, laissant 21,0 % d'interventions potentiellement discutables. L'antécédent de deux césariennes ou plus a été identifié comme le seul facteur indépendant de non-conformité (OR ajusté = 4,2). La souffrance fœtale aiguë et la dystocie étaient les indications les plus fréquentes, et le délai décision-incision  $\leq 30$  minutes a été respecté dans 60,5 % des cas.

##### 4.2. Comparaison avec la littérature

Notre taux de conformité de 79,0 % est comparable à celui rapporté par Douaguibe et al. (2021) au Togo (82 %), mais supérieur à celui observé dans certaines études burkinabés où les retards décisionnels et la non-conformité étaient plus fréquents (Sib et al., 2022 ; Méda et al., 2024). La prédominance de la souffrance fœtale comme indication principale (30,9 %) rejoint les constats de Glorieux (2018) en France et de Ngbale et al. (2021) à Kinshasa.

L'association forte entre l'antécédent de deux césariennes ou plus et la non-conformité est un résultat original. Cette observation peut s'expliquer par une subjectivité décisionnelle liée à la crainte de la rupture utérine, dont la fréquence est estimée à moins de 1 % pour une cicatrice unique mais peut atteindre 2-3 % pour trois cicatrices ou plus (Sentilhes et al., 2010). En contexte africain, où l'accès à un monitoring électronique continu du travail est limité, les cliniciens optent souvent pour une césarienne préventive, même en l'absence de signes de rupture. Cette attitude, bien que compréhensible, conduit à des indications non conformes aux recommandations qui préconisent une tentative de voie basse pour les femmes ayant un antécédent d'une ou deux césariennes, sauf contre-indication spécifique (HAS, 2019).

Notre délai décision-incision  $\leq 30$  minutes (60,5 %) est nettement supérieur à celui rapporté par Sib et al. (2022) au Burkina Faso (9,93 %). Cette différence pourrait refléter une meilleure organisation du bloc opératoire à Mbandaka, ou des biais de mesure liés à la notification rétrospective des horaires. Cependant, près de 40 % des patientes n'ont pas bénéficié du délai recommandé, ce qui constitue une marge de progression importante, car chaque minute de retard en situation d'urgence vitale aggrave le pronostic néonatal (Méda et al., 2024).

#### 4.3. Absence d'association pour l'âge et la parité

Comme dans les études de Belinga et al. (2017) au Cameroun et de Sib et al. (2022), nous n'avons pas trouvé d'association significative entre l'âge maternel ou la parité et la non-conformité. Ce résultat est rassurant : il suggère que les décisions médicales à Mbandaka sont prises sur des bases essentiellement cliniques, sans biais lié à l'âge ou au rang de naissance.

#### 4.4. Implications pour la pratique

Nos résultats plaident pour trois actions prioritaires :

1. Protocoles décisionnels renforcés pour l'utérus multi-cicatriciel : L'utilisation systématique d'une checklist d'aide à la décision, inspirée des recommandations du CNGOF, pourrait réduire la subjectivité. Une discussion collégiale (obstétricien, sage-femme, anesthésiste) devrait être obligatoire avant toute césarienne sur utérus multi-cicatriciel.

2. Formation continue sur les gestes conservateurs : L'absence de tentative de gestes préalables (changement de position, ocytocine, tocolyse) était fréquente dans les cas non conformes. Des simulations cliniques régulières pourraient améliorer l'adoption de ces manœuvres avant de recourir à la chirurgie.

3. Audits cliniques trimestriels : La mise en place d'audits obstétricaux avec retour d'information aux équipes permettrait de suivre l'évolution du taux de conformité et d'identifier les praticiens ou les situations à risque.

#### 4.5. Limites de l'étude

Plusieurs limites méritent d'être reconnues. Premièrement, la taille modeste de l'échantillon ( $n = 81$ ) limite la puissance statistique pour détecter des associations de faible amplitude, comme en témoignent les intervalles de confiance larges pour l'antécédent de deux césariennes. Deuxièmement, le jugement de conformité par un seul expert, bien qu'indépendant, comporte une part de subjectivité résiduelle. Une évaluation par deux experts indépendants avec calcul du coefficient Kappa aurait été plus robuste. Troisièmement, le devis transversal ne permet pas d'établir une relation causale définitive, seulement des associations. Quatrièmement, la généralisation des résultats est limitée à un seul hôpital de référence provincial ; des études multicentriques sont nécessaires. Enfin, certaines variables potentiellement importantes (disponibilité du sang, charge de travail du personnel, facteurs psychosociaux) n'ont pas été mesurées.

Malgré ces limites, cette étude fournit des données originales et exploitables pour améliorer la qualité des soins obstétricaux dans une région sous-documentée de la RDC.

## CONCLUSION

L'antécédent de deux césariennes ou plus est le principal facteur prédictif indépendant de non-conformité des indications de césarienne d'urgence à Mbandaka. Ce résultat souligne la nécessité de renforcer les protocoles décisionnels, de former les équipes à la gestion de l'utérus multicatriciel et de mettre en place des audits cliniques réguliers. Bien que le taux de conformité global soit acceptable (79 %), les 21 % de cas non conformes représentent une marge d'amélioration cliniquement importante. Des études multicentriques avec des échantillons plus larges sont nécessaires pour confirmer ces associations et évaluer l'impact d'interventions ciblées sur la conformité des indications et, à terme, sur la morbi-mortalité maternelle et néonatale.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Betrán, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & WHO Working Group on Caesarean Section. (2016). WHO statement on caesarean section rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(5), 667-670.
2. Biccard, B. M., Madiba, T. E., Kluys, H. L., et al. [African Surgical Outcomes Study Leadership]. (2019). Perioperative patient outcomes in the African Surgical Outcomes Study. *The Lancet Global Health*, 7(5), e553-e567.
3. Boatin, A. A., Schlotheuber, A., Betrán, A. P., et al. (2018). Within country inequalities in caesarean section rates. *BMJ*, 360, k55.
4. Division Provinciale de la Santé de l'Équateur. (2023). *Rapport annuel des statistiques sanitaires 2022-2023*. DPS Équateur.
5. Douaguibe, B., Agbèrè, A. D., & Tchamdja, T. (2021). Indications et issues des césariennes en urgence au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. *Revue Médicale du Togo*, 45(2), 87-94.
6. Glorieux, I. (2018). La césarienne en urgence : indications et prise en charge. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 47(3), 215-222.
7. Haute Autorité de Santé. (2019). *Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance : Guide méthodologique*. HAS.
8. Méda, Z. C., Koinda, A., Thiombiano, S. T. A., et al. (2024). Rôle de la prise de décision dans le retard à la césarienne en urgence au Burkina Faso. *Revue Marocaine de Santé Publique*, 11(1).

9. Mukwege, D., Kihunyu, J., & Akonkwa, D. (2019). Obstetric fistulas and cesarean sections in the Democratic Republic of Congo. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 145(2), 151-158.
10. Ngbale, R. N., Gbary, E., & Koirokpi, A. (2021). Césarienne en République Démocratique du Congo. *Revue Congolaise de Gynécologie et d'Obstétrique*, 8(1), 23-31.
11. Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne* (WHO/RHR/15.02). OMS.
12. Sentilhes, L., Vayssière, C., Beucher, G., et al. (2010). Prise en charge de l'accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 39(8), 679-697.
13. Sib, S. R., Ouattara, A., Kain, D. P., & Bonnefoy, C. (2022). Facteurs associés au délai décision-incision lors des césariennes en urgence au Burkina Faso. *Santé Publique*, 34(2), 245–253.



2026 by the Authors. This Article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)