

BURKINA FASO
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Année universitaire 1996/1997

Thèse n°15

CAUSES ET CIRCONSTANCES FAVORISANTES
DES DECES PRECOCS DANS LE SERVICE DE
PNEUMO-PHTISIOLOGIE DU C.H.N.Y.O DU 1ER
JANVIER 1993 AU 31 DECEMBRE 1995

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Décembre 1997

pour obtenir

LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

OUEDRAOGO Mahamadou Lamine

Né le 30 septembre 1967 à Abidjan (RCI)

Directeur de Thèse

Pr. Hilaire TIENDREBEOGO

Co-Directeur

Dr. Laurent SOME

Jury:

Président: Pr. Ag. Blaise SONDO

Membres:

Dr. Laurent SOME

Dr. Alain ZOUBGA

Dr Rigobert THIOBIANO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé
(F.S.S.)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Rambré Moumouni OUMINGA | Anatomie organogénèse et chirurgie |
| Hilaire TIENDREBEOGO | Sémiologie et Pathologie médicale |
| Tinga Robert GUIGUEMDE | Parasitologie |
| Bobilwindé Robert SOUDRE | Anatomie Pathologique |
| Amadou SANOU | Chirurgie |
| Innocent Pierre GUISSOU | Pharmacologie Toxicologie |

Professeur associé

| | |
|-----------------|-----------------|
| Ahmed BOU-SALAH | Neuro-chirurgie |
|-----------------|-----------------|

Maîtres de Conférences Agrégés

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| Julien YILBOUDO | Orthopédie Traumatologie |
| Bibiane KONE | Gynécologie Obstétrique |
| Alphonse SAWADOGO | Pédiatrie |

| | |
|---|-----------------------------|
| Kongoré Raphaël OUEDRAOGO | Chirurgie |
| François René TALL | Pédiatrie |
| Jean KABORE | Neurologie |
| Joseph Y. DRABO | Endocrinologie |
| Blaise SONDO | Santé Publique |
| <u>Maîtres de Conférences associés</u> | |
| Jean TESTA | Epidémiologie-Parasitologie |
| <u>Maîtres-Assistants associés</u> | |
| Rachid BOUAKAZ | Maladies infectieuses |
| <u>Maîtres-Assistants</u> | |
| Lady Kadidiatou TRAORE | Parasitologie |
| Mamadou SAWADOGO | Biochimie |
| Jean LANKOANDE | Gynécologie-Obstétrique |
| Issa SANOU | Pédiatrie |
| Ludovic KAM | Pédiatrie |
| Adama LENGANI | Néphrologie |
| Omar TRAORE N°1 | Chirurgie |
| SI Simon TRAORE | Chirurgie |
| Adama TRAORE | Dermatologie |
| Abdoulaye TRAORE | Santé Publique |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Kampadilemba OUOBA | Oto Rhino Laryngologie |
| Piga Daniel ILBOUDO | Gastro-entérologie |
| Albert WANDAOGO | Chirurgie |
| Daman SANO | Chirurgie |
| Arouna OUEDRAOGO | Psychiatrie |
| <u>Assistants Chefs de cliniques</u> | |
| Tanguet OUATTARA | Chirurgie |
| Sophar HIEN | Chirurgie |
| Timothée KAMBOU | Chirurgie |
| philippe ZOURE | Gynécologie-Obstétrique |
| T.Christian SANOU (in memoriam) | Oto Rhino Laryngologie |
| Madi KABRE | Oto Rhino Laryngologie |
| Doro SERME (in memoriam) | Cardiologie |
| Virginie TAPSOBA | Ophtalmologie |
| Hamadé OUEDRAOGO | Anesthésie-Réanimation physiologie |
| Joachim SANOU | Anesthésie-Réanimation physiologie |
| Alexis ROUAMBA | Anesthésie-Réanimation physiologie |

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| Gana Jean Gabriel OUANGO | Psychiatrie |
| Harouna SANOU | Hématologie |
| M.Théophile COMPAORE | Chirurgie |
| Rabiou CISSE | Radiologie |
| Y. Abel BAMOUNI | Radiologie |
| Blami DAO | Gynécologie Obstétrique |
| Maïmouna OUATTARA/DAO | ORL |
| Alain BOUGOUMA | Gastro-Entéro |
| Alain ZOUBGA | Pneumologie |
| Patrice ZABSONRE | Cardiologie |
| André K. SAMANDOULOUGOU | Cardiologie |
| Nicole Marie ZABRE/KYELEM | Maladies Infectieuses |
| Georges KI-ZERBO | Maladies Infectieuses |
| Rigobert THIOMBIANO | Maladies Infectieuses |
| Boukari Joseph OUANDAOGO | Cardiologie |
| R. Joseph KABORE | Gynécologie-Obstétrique |
| Saïdou Bernard OUEDRAOGO | Radiologie |
| Raphaël DAKOURE | Anatomie-Chirurgie |

Assistants

| | |
|--------------------------------|-------------------------|
| Michel AKOTIONGA | Gynécologie-Obstétrique |
| Robert O. ZOUNGRANA | Physiologie |
| Seydou KONE | Neurologie |
| Idrissa SANOU | Bactério-Virologie |
| Boubacar TOURE | Gynéco-Obstétrique |
| B. SAKANDE | Anatomie Pathologique |
| Lassina SANGARE | Bactério-Virologie |
| Rasmata TRAÔRE/OUEDRAOGO | Bactério-Virologie |
| Raphaël SANOU (in memoriam) | Pneumo-ptisiologie |
| Théophile TAPSOBA | Biophysique |
| Oumar TRAORE N°2 (in memoriam) | Radiologie |

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**Faculté des Sciences et Techniques (FAST)****Professeurs Titulaires**

| | |
|------------------|-----------------------------|
| Alfred S. TRAORE | Immunologie |
| Akry COULIBALY | Mathématiques |
| Sita GUINKO | Botanique-Biologie Végétale |
| Guy V. OUEDRAOGO | Chimie Minérale |

Maîtres de Conférences

Laya SAWADOGO

Physiologie-Biologie
Cellulaire

Boukary LEGMA

Chimie-Physique Générale

Laou Bernard KAM (in memorian)

Chimie

François ZOUGMORE

Physique

Adama SABA

Chimie Organique

Maîtres-Assistants

W. GUENDA

Zoologie

Léonide TRAORE

Biologie Cellulaire

Marcel BONKIAN

Mathématiques
et Statistiques

Longin SOME

Mathématiques
et Statistiques

Aboubakary SEYNOU

Statistiques

Assistants

Makido B. OUEDRAOGO

Génétique

Apolinaire BAYALA (in memoriam)

Physiologie

Jeanne MILLOGO

T.P. Biologie-Cellulaire

Raymond BELEMTOUNGOURI

T.P. Biologie Cellulaire

Gustave KABRE

Biologie

Drissa SANOU

Biologie Cellulaire

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres-de Conférences

Didier ZONGO

Génétique

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FA-SEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE

Economie-Gestion

Assistants

Mamadou BOLY

Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAITA

Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY

Psychologie

Dr Bruno ELOLA

Anesthésie-Réanimation

Dr Michel SOMBIE

Planification

Dr Nicole PARQUET

Dermatologie

Dr Annette OUEDRAOGO

Stomatologie

| | |
|---------------------|----------------------------|
| Dr Adama THIOMBIANO | Législation Pharmaceutique |
| Dr Sidiki TRAORE | Galénique |
| Mr Mamadou DIALLO | Anglais |
| Dr Badioré OUATTARA | Galénique |
| Dr Tométo KALOULE | Médecine du Travail |
| Dr Alassane SICKO | Anatomie |

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

| | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| Pr. Lamine DIAKHATE | Hématologie (Dakar) |
| Pr. Abibou SAMB | Bactério-Virologie (Dakar) |
| Pr. José Marie AFOUTOU | Histologie-Embryologie(Dakar) |
| Pr. Makhtar WADE | Bibliographie (Dakar) |
| Pr. M. K .A. EDEE | Biophysique (Lomé) |
| Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG | Physiologie (Dakar) |
| Pr. Ag. R DARBOUX | Histologie-Embryologie (Bénin) |
| Pr. Ag. E. BASSENE | Pharmacognosie (Dakar) |

O.M.S.

| | |
|------------------------|-------------------------------------|
| Dr Jean-Jacques BERJON | Histologie-Embryologie (Creteil) |
| Dr Frédéric GALLEY | Anatomie Pathologique (Lille) |

| | |
|---------------------|--|
| Dr Moussa TRAORE | Neurologie (Bamako) |
| Pr. Auguste KADIO | Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan) |
| Pr Jean Marie KANGA | Dermatologie (Abidjan) |
| Pr. Arthur N'GOLET | Anatomie Pathologique (Brazzaville) |

Mission Française de Coopération

| | |
|-------------------------|--------------------------------|
| Pr. Etienne FROGE | Médecine Légale |
| Pr AYRAUD | Histologie-Embriologie |
| Pr. Henri MOURAY | Biochimie (Tours) |
| Pr. Denis WOUESSI DJEWE | Pharmacie Galénique(Paris XI) |
| Pr. M. BOIRON | Physiologie |

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

| | |
|--------------------|-------------------------------|
| Pr. Marc VAN DAMME | Chimie Analytique-Biophysique |
| Pr. Viviane MOES | Galénique |

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

| | |
|---|-------------------|
| Doyen | Pr. R. B. SOUDRE |
| Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA) | Pr. I. P. GUISSOU |
| Vice-Doyen à la Recherche et | |

| | |
|--|--------------------------|
| à la vulgarisation (VDR) | Pr . Ag. B. KONE |
| Directeur des Stages de la Section Médecine | Pr. Ag. R. K. OUEDRAOGO |
| Directeur des Stages de la Section de Pharmacie | Dr M. SAWADOGO |
| Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie | Pr. Amadou SANOU |
| Secrétaire Principal | Mr Gérard ILBOUDO |
| Chef de Service Administratif et Financier (CSAF) | Mr Arouna TATIETA |
| Conservateur de la Bibliothèque | Mr Salif YADA |
| Chef de la Scolarité | Mme Kadi ZERBO |
| Secrétaire du Doyen | Mme Mariam DICKO |
| Secrétaire du VDA | Mme KABRE Hakiéta |
| Secrétaire du VDR | Mme BONKIAN Edwige |
| Audiovisuel | Mr Alain Pascal PITROIPA |
| Reprographie | Mr Philippe BOUDA |

DEDICACES

**A mon père,
A ma mère,**

Vous m'avez donné la vie et des années durant vous m'avez protégé.
Cette oeuvre, par laquelle j'entre dans les rangs de ceux qui contribuent à sauver et à protéger la vie des hommes, est le fruit de vos prières.
Je vous l'offre ! Quelle puisse vous honorer !

A mes frères et soeurs

Que ce travail soit pour vous l'expression de mon attachement fraternel.

A Sita

Ton intelligence, ta tendresse et ta compréhension constituent pour moi un atout précieux dans cette lutte quotidienne qu'est la vie.

Au Docteur SANOU Raphaël

Trop brutalement, vous avez été arraché à notre affection
Et avec les plus profonds sentiments d'impuissance et de désolation nous avons attendu votre retour à nos côtés, mais en vain!

Vos immenses qualités humaines, la justesse de vos analyses et votre constante disponibilité ont forcé l'admiration de tous ceux qui vous ont approché.
C'est une fierté et un honneur pour nous, que d'avoir appris à vos côtés.

Ayant débuté le travail ensemble, nous aurions aimé vous compter parmi les présents de ce jour.

Mais hélas!

Que la terre vous soit légère.

A OUEDRAOGO Ayassya et SOHORO Adama

A tous mes promotionnaires

A tous mes amis plus particulièrement KABORE Jean, KABORE Issa, YANOOGO Seydou ,SAWADOOGO Moussa ,BELEM.

A tous les amis d'enfance du quartier Agban- Ebrié à Abidjan.

A NOS MAITRES ET JUGES

Il est dur de travailler pour un maître âpre mais il est plus dur de n'avoir point de maître pour qui l'on travaille

"Oscar WILDE " (1856-1900)

A notre maître et Président du Jury

Monsieur le professeur Agrégé Blaise SONDO

Professeur Agrégé en santé publique.

Pour votre contribution à notre formation et l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse, permettez-nous de vous présenter notre respectueuse gratitude.

A notre maître et juge

Docteur Alain ZOUBGA

Toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

A notre maître et juge

Docteur Rigobert THIOMBIANO

Médecin chef du Service des Maladies Infectieuses du CHNYO.

Toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail et pour toute la sympathie que vous ne cessez de manifester à notre égard. Profonde gratitude.

A notre maître et Directeur de thèse.

professeur de la chaire de pneumo-physiologie

Vous avez accepté malgré vos multiples occupations de diriger notre travail.

Votre souci du travail bien fait, votre rigueur au travail, font de vous une référence.

Soyez assuré, cher maître de notre reconnaissance.

Nous vous rendons un vibrant hommage.

A notre maître et co-directeur

Docteur Laurent SOME

Vous nous avez inspiré ce sujet de thèse et l'avez guidé tout au long de son élaboration. L'atmosphère familiale que vous avez su créer, font de vous un maître attachant. L'apprentissage à vos côtés, guidé par la richesse et la clarté de vos idées, a été pour nous, une source d'enseignement et d'éducation.

Nous espérons que ce travail n'est pas resté en deça de vos attentes.

Soyez assuré cher maître de notre profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

A tout le personnel de la P.PH.

A la D.E.P du Ministère de la Santé

A Monsieur KABORE Nobila

A Monsieur OUEDRAOGO M. IDRISSE

La faculté des sciences de la santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SOMMAIRE

| | pages |
|---|--------------|
| LISTE DES ABREVIATIONS | 1 |
| INTRODUCTION | 2 |
| | |
| I. GENERALITES | 4 |
| 1. Données générales sur la mortalité dans le monde | 4 |
| 2. Principales causes de mortalité dans le monde | 9 |
| 3. Données générales sur la mortalité au Burkina Faso | 11 |
| 4. La politique sanitaire au Burkina Faso | 13 |
| | |
| II. NOTRE TRAVAIL | 14 |
| 1. Enoncé du problème | 14 |
| 2. Objectifs | 15 |
| 2.1 Objectif général | 15 |
| 2.2 Objectifs spécifiques | 15 |
| 3. Méthodologie | 16 |
| 3.1 Le cadre | 16 |
| 3.1.1 Le service de Pneumo-phtisiologie | 17 |
| a) les locaux | 17 |
| b) le personnel | 19 |
| c) l'équipement | 20 |

| | |
|--|----|
| 3.1.2 Le service des urgences médicales | 20 |
| a) les locaux | 21 |
| b) le personnel | 21 |
| c) l'équipement | 22 |
| 3.2 La population d'étude | 22 |
| 3.3 Méthodes et techniques de recherches utilisées | 22 |
| 3.4 Définition des termes | 23 |
| 3.5 Les facteurs limitants de l'étude | 24 |
| 4. Résultats | 25 |
| 4.1 Sur le plan épidémiologique | 25 |
| 4.1.1 Le taux de mortalité globale | 25 |
| 4.1.2 Le taux de mortalité précoce | 26 |
| 4.1.3 La fréquence des décès précoces | 27 |
| 4.1.4 Répartition des décès précoces en fonction de l'âge | 27 |
| 4.1.5 Répartition des décès précoces en fonction du sexe | 30 |
| 4.1.6 Répartition des décès précoces en fonction de la profession | 31 |
| 4.1.7 Répartition des décès précoces en fonction de la provenance | 32 |
| 4.2 Caractéristiques de survenue des décès précoces | 33 |
| 4.2.1 Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation | 33 |
| 4.2.2 Répartition horaire des décès précoces | 34 |
| 4.2.3 Répartition journalière | 35 |

| | |
|---|----|
| 4.2.4 Répartition saisonnière | 36 |
| 4.3 Les causes de décès précoces | 37 |
| 4.3.1 Les causes principales | 37 |
| a) Les affections respiratoires aiguës | 38 |
| b) Les affections respiratoires chroniques | 39 |
| c) Les autres affections | 40 |
| 4.3.2 Les causes immédiates | 42 |
| 4.4 Facteurs et circonstances favorisant des décès précoces | 43 |
| 4.4.1 Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation | 43 |
| 4.4.2 L'itinéraire thérapeutique des patients décédés | 44 |
| 4.4.3 Antécédents pathologiques des patients décédés | 45 |
| 4.4.4 Analyse des résultats des explorations paracliniques | 46 |
| 4.4.5 Analyse de la prise en charge thérapeutique | 47 |
| III. COMMENTAIRES - DISCUSSIONS. | 49 |
| 1. Discussion de la méthodologie | 49 |
| 2. Discussion des résultats | 50 |
| 2.1 Sur le plan épidémiologique | 50 |
| 2.1.1 Sur la mortalité générale du service | 50 |
| 2.1.2 Sur l'âge des patients décédés | 51 |
| 2.1.3 Sur le sexe des patients décédés | 52 |
| 2.1.4 Sur la profession des patients décédés | 52 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.1.5 | Sur la provenance des patients décédés | 53 |
| 2.2 | Sur les caractéristiques de survenue de décès précoces | 53 |
| 2.2.1 | La durée d'hospitalisation | 53 |
| 2.2.2 | La répartition horaire | 55 |
| 2.2.3 | La répartition saisonnière | 56 |
| 2.3 | Sur les causes de décès précoces | 57 |
| 2.3.1 | Les causes principales | 57 |
| 2.3.2 | Les causes immédiates | 59 |
| 2.4 | Sur les facteurs et circonstances favorisant des décès précoces | 59 |
| 2.4.1 | La durée d'évolution de la maladie | 59 |
| 2.4.2 | L'itinéraire thérapeutique | 60 |
| 2.4.3 | La prise en charge des patients décédés | 61 |
| a) | Sur le plan diagnostique | 61 |
| b) | Sur le plan thérapeutique | 63 |

| | |
|---|-----------|
| IV. CONCLUSION | 64 |
| V. SUGGESTIONS - RECOMMANDATIONS | 66 |
| VI RESUME | 68 |
| VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | |
| VIII. ANNEXES | |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|-------------------|---|
| C.H.N.Y.O: | Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo |
| CNLAT: | Centre National de Lutte Antituberculeuse |
| HTA: | Hypertension artérielle |
| OAP: | Oedème aigu du poumon |
| OMS: | Organisation mondiale de la santé |
| P.PH. | Pneumo-Phtisiologie |
| SIDA: | Syndrome d'Immunodéficience Acquisse |
| SIM: | Service d'Information Médicale |
| VIH: | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La mortalité est une composante essentielle de la structure des populations humaines.

Philippe Ariès cité par COLL-BOUVIER(14) écrivait en 1975 sur nos sociétés contemporaines : " la mortalité a cessé d'être admise comme un phénomène naturel nécessaire, elle est un échec ... c'est l'opinion du médecin qui la revendique, comme sa raison d'être. Mais il n'est lui même qu'un porte parole de la société. Quand la mort arrive, elle est considérée comme un accident, un signe d'insuffisance ou de maladresse qu'il faut oublier " , ou qu'il faut étudier sommes-nous tenté d'ajouter.

Pendant des siècles, même en l'absence d'épidémie, de guerre, ou de famine, la mort était sans doute plus aisément admise comme une fatalité inéluctable, un fait naturel dont chacun pouvait être victime à tout moment, même et surtout pendant la petite enfance.

Ne croyant pas qu'il était possible d'en repousser l'échéance, nul ne se souciait vraiment d'en rechercher les causes.

Aujourd'hui la sensibilité contemporaine n'est plus d'accepter cette fatalité, mais d'en rechercher la cause. La mort prématurée est anormale. L'éviter fait partie du rôle de la médecine , qui doit donc en connaître les causes et mettre en oeuvre les moyens d'y faire face.

Aussi face à une mortalité importante observée au service de pneumo-phtisiologie (P.PH.) du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (C.H.N.Y.O), et surtout au vu d'un fort taux de décès précoces, il nous a paru impérieux d'en déterminer les causes et les circonstances favorisantes.

Dans cette étude, nous définirons comme décès précoce, tout décès survenu au cours des trois premiers jours suivant l'hospitalisation.

Cette étude nous semble s'imposer d'autant plus que ces décès surviennent dans un service spécialisé, d'un centre hospitalier de référence nationale, posant avec acuité le problème de la prise en charge tant diagnostique que thérapeutique des malades pour qui le C.H.N.Y.O constitue l'ultime recours.

Ce travail a pour but d'une part de préciser le profil épidémiologique, les principales caractéristiques cliniques et paracliniques, les aspects thérapeutiques chez les malades décédés précocement, et d'autre part d'identifier les facteurs favorisants des décès précoces, en vue de formuler des propositions pour la mise en oeuvre de stratégies de lutte.

I. GENERALITES

1. Données générales sur la mortalité dans le monde.

L'OMS dans un récent rapport sur la santé dans le monde (36) estime le nombre de décès à environ 52 millions au cours de l'année 1995.

Ainsi ,le taux de mortalité est passé de 16,5 décès pour 1000 habitants en 1960 à 9,1 décès aujourd'hui , reflétant l'accroissement de la population mondiale et la proportion croissante des personnes âgées dans les pays développés.

Ce rapport indique également que le taux de mortalité dans le monde en développement a baissé nettement, passant de 20 décès pour 1000 habitants en 1960 à environ 9 décès pour 1000 en 1995, en raison d'une réduction de la mortalité à tous les âges, mais surtout dans les groupes les plus jeunes.

Le taux le plus élevé se situe en Afrique, mais il est surprenant de constater que l'Europe vient immédiatement après. L'explication en est simple: faiblesse de l'espérance de vie en Afrique et très forte proportion des personnes âgées en Europe.

Selon cette même source (36), les indicateurs sanitaires relatifs au sexe et à l'âge ont connu des évolutions significatives comme indiqué ci-après.

1.1 La mortalité selon le sexe

En moyenne, une femme née en 1995 peut espérer vivre 4 ans de plus qu'un homme, à savoir 67,2 ans, contre 63 ans.

C'est en Europe que cette différence est plus élevée (8ans) et en Asie du Sud-Est qu'elle est la plus faible (un an seulement). Elle est de trois ans en Afrique.

L'Afrique et l'Amérique latine ont la plus forte surmortalité masculine pour les enfants. En Asie orientale et dans le centre de l'Asie méridionale, les taux de mortalité infantile sont plus élevés chez les fillettes que chez les garçons.

Sur la base d'une étude récente de la mortalité maternelle, exécutée conjointement par l'OMS et l'UNICEF, on estime à 585 000 le nombre de décès maternels (en rapport avec la grossesse) qui surviennent chaque année dans le monde.

Environ 99% de ces décès se produisent dans les pays en développement: 55% en Asie (où ont lieu environ 60% du total des naissances dans le monde) et 40% en Afrique (dont la part du total mondial des naissances est de 20%).

Ces chiffres contrastent avec ceux des pays développés qui ont 12% des naissances et moins de 1% du total des décès maternels.

1.2 la mortalité selon l'âge

En ce qui concerne la mortalité selon l'âge, l'OMS (36) indique qu'environ 34 millions des 52 millions de décès de 1995 sont survenus aux deux extrémités de la vie: plus de 11 millions d'enfants ont succombé avant d'atteindre l'âge de 5 ans et plus de 22 millions de personnes sont décédées après avoir survécu jusqu'à 65 ans au moins .

En Afrique, plus de 40% de tous les décès ont concerné des enfants de moins de 5 ans.

Entre 1980 et 1995, le taux de mortalité globale a nettement baissé dans le monde, mais pas uniformément dans tous les groupes d'âge. C'est chez les moins de 5 ans, notamment les nourrissons, que la baisse du nombre de décès a été la plus sensible (2,5 millions) .

Elle l'a été beaucoup moins chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents et la mortalité a augmenté chez les adultes de 20 à 64 ans (1,6 millions de décès) .

Selon cette même source(36), la mortalité juvénile, infantile, néonatale et périnatale ont connu des variations significatives comme indiqué ci après:

1.2.1 La mortalité juvénile

La mortalité juvénile est définie comme la mortalité des enfants de moins de 5 ans ou la probabilité de décéder entre 0 et 5 ans. La moyenne mondiale en 1995 a été de 81,7 décès pour 1000 naissances vivantes .

Dans les pays les moins avancés, il a atteint 155,5 pour 1000, soit 18 fois celui d'un pays industrialisé.

Aussi mauvais qu'il soit, ce taux l'est moins qu'il y a 40 ans où, dans les pays les plus pauvres, 287 enfants sur 1000 mouraient avant leur 5ème anniversaire.

Dans l'ensemble du monde, la mortalité juvénile est passée de 134 décès pour 1000 naissances vivantes en 1970 à environ 80 décès en 1995, soit une baisse supérieure à 50%.

1.2.2 La mortalité infantile

Le taux mondial de mortalité infantile a diminué de plus de 37% depuis 1970, passant de 97 décès dans la première année de l'existence pour 1000 naissances vivantes à 60 pour 1 000 en 1995 .

Toujours en 1995 ,les taux de mortalité infantile ont été supérieurs à 100 décès pour 1000 dans 24 pays, dont 17 en Afrique.

Les taux les plus élevés ont été enregistrés en Sierra-Leone(160 pour 1000),en Afghanistan(160 pour 1000), au Mali (154 pour 1000) au Mozambique (143 pour 1000) et au Malawi (139 pour 1000) .

1.2.3 La mortalité néonatale et périnatale

L'OMS estime qu'en 1995, il y a eu dans le monde plus de 5 millions de décès néonataux (décès pendant les quatre premières semaines de l'existence), soit 36 décès pour 1000 naissances vivantes, la plupart dans des pays en développement .

Le taux mondial de mortalité périnatale (décès vers la fin de la grossesse ou au cours de la première semaine d'existence) s'est élevé à 53 décès pour 1000 naissances vivantes en 1995.

2- Les principales causes de mortalité dans le monde.

Sur les 52 millions de décès annuels, 17 millions soit 33% sont dus à une maladie infectieuse. Les maladies infectieuses sont également la cause principale de décès prématurés au monde(36)

La plupart des décès dus à une maladie infectieuse se produisent en Afrique et en Asie du Sud-Est, et une faible proportion seulement dans les Amériques et en Europe (36).

En France en 1993 , de toutes les causes respiratoires d'origine infectieuse les pneumonies constituaient les pathologies les plus "meurtrières" (34).

En Afrique et en Asie, la tuberculose tient une place importante, touchant toutes les tranches d'âge de la population. Avec un taux de létalité globale estimé entre 35 et 40% , près de 3 millions de victimes en ont succombé en 1995.

On estime que sur les quelques 6 millions de femmes malades de tuberculose à un moment donné, au moins un tiers meurt, soit que la maladie n'ait pas été diagnostiquée, soit qu'elle a été mal soignée(33).

Cependant en Afrique , le paludisme reste le problème de santé publique le plus important dans la plupart des pays . Sur une incidence annuelle estimée à 110 millions de cas par an à travers le monde en 1988, 90 millions concernent les pays sub sahariens.

Le paludisme reste la première cause de mortalité dans nos régions avec une mortalité estimée à 2 millions de cas par an, et la première cause d'hospitalisation(33).

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.P.H. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

Les principales causes de mortalité infantile demeurent toujours les maladies infectieuses ,qui ont fait 9 millions de victimes , essentiellement constituées de jeunes enfants ,ayant succombé à la suite d'infection respiratoire aiguë ,de paludisme de maladies du péril fécal ,de rougeole ,de coqueluche ,de méningite méningococcique(33).

Les autres causes de mortalité sont constituées par les cardiopathies , les accidents vasculaires cérébraux et les maladies de l'appareil circulatoire ,qui ont fait en 1995 près de 15 millions de victimes à travers le monde(33).

Les cancers notamment ceux de l'estomac, du col de l'utérus, et ceux liés au SIDA ont fait 6 millions de décès, tandis que plus de 3 millions mouraient du fait de causes externes comme les accidents et les violences(33).

3. Données générales sur la mortalité au Burkina Faso

Dans notre pays, le taux de mortalité générale était estimé à 18 pour mille en 1995(34).

Quant à la mortalité hospitalière, les statistiques sanitaires (40) la situent à 8,7% en moyenne en 1995 pour le C.H.N.Y.O.

En dépit des conditions économiques défavorables, on note une amélioration des indicateurs clés de l'état de santé (31,34):

- L'espérance de vie s'est allongée , en passant de 46,8 ans entre 1986-1987 (31) à 50,7 ans chez l'homme et 53,6 ans chez la femme entre 1994-1995 (16).
- Le taux de mortalité infantile a aussi baissé depuis 1975, en passant de 140 pour mille entre 1986 et 1987 (43) à 122,8 pour mille naissances vivantes en 1996 (34)
- Le taux de mortalité maternelle demeure toujours élevé. Il est de 610 décès pour mille naissances vivantes (17).

Selon les statistiques sanitaires (17) en 1994, le paludisme et les maladies respiratoires constituaient les principaux motifs de consultation et d'hospitalisation dans les formations sanitaires. .

Ces affections constituaient également les principales causes de mortalité.

Les autres causes de mortalité sont constituées par les maladies infectieuses intestinales, les anémies et les malnutritions protéino-caloriques (17).

La pandémie VIH dont l'incidence ne cesse de croître dans notre pays, et la recrudescence périodique des épidémies telle que la méningite, viennent aggraver une situation précaire (17).

4. La politique sanitaire au Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays sahélien, ouest Africain, enclavé et faisant partie des pays les plus pauvres du monde.

Sa croissance démographique annuelle est estimée à 2,6 % avec une population à 90 % rurale, et un taux d'alphabétisation ne dépassant pas 18,2% dont seulement 8,9% pour les filles(35).

Les orientations des secteurs de la santé ont été définies dans le 1er plan quinquenal de développement populaire (1986 - 1990) puis dans le 2ème plan quinquenal(1991-1996).

L'autonomie de gestion des hôpitaux, la décentralisation des services de santé, et le développement spectaculaire du secteur privé ont été notés.

La couverture sanitaire est estimée à 30 %, le nombre d'accouchements assistés par les sage-femmes à 25 % , 61 % des enfants de moins de 2 ans sont complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV.

36 % seulement de la population disposent d'eau potable à moins de 15 km de marche(35).

En 1995, le budget de la santé représentait 4,96 % du budget national(17) donc en deçà des 10% préconisés par l'OMS. Mais cette part accordée à la santé est constamment en baisse depuis 1989.

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.P.H. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

II. NOTRE TRAVAIL

II .NOTRE TRAVAIL

1. ENONCE DU PROBLEME

Le service de P.PH. est un service spécialisé du C.H.N.Y.O , centre de référence nationale.

C'est un service qui en principe est habilité à prendre en charge tous les cas de pathologies pleuropulmonaires aiguës ou chroniques qui lui sont adressés.

C'est donc un service de dernier recours ,où l'on s'attend à trouver des ressources humaines et matérielles, suffisantes et spécialisées ,et où l'on administre des soins de qualité supérieure.

Mais dans ce service nous avons constaté une importante mortalité, parmi laquelle une fréquence apparemment élevée de décès précoces ,c'est à dire des décès survenus au cours des trois jours qui ont suivi l'admission dans le service.

Pourquoi cet état de fait? Ces décès sont ils imputables à la précarité des moyens dont dispose ce service? Ou est-ce dû aux consultations tardives des malades?

Ce service fait il face à des pathologies gravissimes?

C'est l'ensemble de tous ces aspects que nous nous proposons d'étudier par le présent travail , en tentant de cerner les causes et les circonstances favorisantes de ces décès survenus dans ce service durant une période de 3 ans.

Causes et circonstances favorisantes des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

2 - OBJECTIFS

2.1 Objectif Général

Etudier les causes et les circonstances favorisantes des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.N.Y.O de 1993 à 1995.

2.2 Objectifs spécifiques

- (1)- Déterminer la fréquence des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.N.Y.O.

- (2)- Décrire les caractéristiques principales des malades décédés précocement.

- (3)- Identifier les causes principales des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.N.Y.O.

- (4)- Déterminer les causes immédiates des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.N.Y.O.

- (5)- Identifier les facteurs favorisants des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.N.Y.O.

3-METHODOLOGIE

3.1 Le cadre

Le C.H.N. Y.O est l'un des deux hôpitaux nationaux du Burkina Faso.

Il a été mis en service en décembre 1961 .

Il fait office de centre hospitalier de référence nationale et de centre universitaire.

C'est un établissement public à caractère administratif doté d'une personnalité morale, d'une autonomie financière et qui fonctionne depuis le premier janvier 1991 en autonomie de gestion.

Le C.H.N.Y.O est composé de services administratifs chargés de sa gestion et de 21 services cliniques dont celui de P.PH.et des urgences médicales.

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

3.1.1 Le service de P.PH.

Les malades proviennent généralement des formations sanitaires publiques ou privées de la ville ou des provinces avoisinantes et sont adressés au service de P.PH. soit par le service des urgences(y compris ceux provenant du Centre National de Lutte Anti Tuberculeuse (CNLAT), soit par consultation directe.Ce service est soumis au même régime de fonctionnement que les autres services de l'hôpital.

a) Les locaux

Notre étude s'est déroulée dans les locaux du service de P.PH. du C.H.N.Y.O. alors composé de deux pavillons distincts.

-Le pavillon A, communément appelé "pneumo A" , d'une capacité de 32 lits répartis en 6 salles de 2 à 8 lits.

Dans ce service ne sont admis que les cas de pneumopathies non tuberculeuses et les cas de tuberculoses non bacillifères.

Ce service comprend:

- . 2 bureaux pour médecins où se font les activités de consultations.
- . 1 salle de radioscopie et de ponctions pleurales
- . 1 salle de soins
- . 1 bureau pour l'infirmier major
- . 1 salle servant de salle d'archives
- . 1 salle de garde

Le service ne dispose pas de salle de réanimation , ni de salle de radiologie.
Il n'existe ni salle d'endoscopie bronchique ni dépôt pharmaceutique.

- Le pavillon B ou "pneumo B"

C'est un pavillon d'hospitalisation d'une capacité de 32 lits, répartis en 6 chambres de 1 à 8 lits.

Dans ce pavillon ne sont admis que les cas de tuberculoses bacillifères.

Dans ce pavillon sont distribués gratuitement les médicaments antituberculeux dans le cadre du programme national de lutte contre la tuberculose.

Ce service comprend:

- . 1 bureau pour médecin où se font les activités de consultations.
- . 1 salle d'archives servant également comme salle de soins.

Depuis 1996, le service de P.PH. dispose de bâtiments neufs ouverts offrant plusieurs lits d'hospitalisation et de nombreux bureaux pour les médecins et les internes. On note également l'ouverture d'une salle d'endoscopie fonctionnelle et une d'une salle de réanimation non encore équipée.

b) Le personnel

Le personnel était composé au cours de notre période d'étude de:

- 3 médecins dont :
- 2 spécialistes (en pneumologie et en santé publique)
- 1 généraliste
- 6 infirmiers dont 3 infirmiers d'état et 3 infirmiers brevetés
- 2 filles de salle
- 2 brancardiers.

Il n'existait pas d'infirmiers spécialistes de la discipline

Le service reçoit également des internes, des stagiaires internés, des externes, et des élèves de l'Ecole Nationale de Santé Publique(ENSP) dans le cadre de leur formation.

Le service compte actuellement 11 infirmiers dont 6 infirmiers d'état et 2 médecins dont 1 spécialiste en santé publique et 1 généraliste.

Mais le personnel spécialisé fait cruellement défaut (à ce jour le service ne compte pas de médecin pneumologue permanent).

c) L'équipement

L'équipement spécialisé se composait du 1er Janvier 1993 au 31 Décembre 1995:

- d'un appareil de fibroscopie bronchique fonctionnel;
- d'un appareil de radioscopie;
- d'un aspirateur mobile pour les ponctions pleurales évacuatrices.

Le service est doté actuellement d'un 2ème appareil de radioscopie fonctionnel, mais ne dispose ni de matériels de réanimation, ni de possibilité de réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires.

Quant au matériel médical usuel (1 tensiomètre, 1 stéthoscope, 1 thermomètre), il reste dérisoire face aux besoins.

3.1.2 Le service des urgences médicales

Ce service a pour vocation de recevoir des malades ayant une pathologie à caractère urgent, mais dans la grande majorité des cas la pathologie ne relève d'aucune urgence; il joue le rôle d'un service de tri et de consultation.

Il fonctionne de façon permanente avec un régime de garde et de permanence.

-La permanence est assurée par un médecin, un stagiaire interné, un infirmier et 2 garçons de salle. Elle s'étend de 7h à 12h et de 15h à 17h.

-La garde assurée par un stagiaire interné s'étend de 12h à 15h et de 17h à 7h.

Les malades reçus sont adressés au service qui relève de leur pathologie.

Une fiche d'hospitalisation comportant les principales constatations et la prise en charge au niveau des "urgences " est remplie et acheminée avec le patient.

a) Les locaux

Ils étaient composés au cours de la période d'étude:

- d'une salle d'admission avec table d'examen ,faisant également office de salle de soins;
- d'une salle de garde;
- de 2 salles de mise en observation de 5 lits;
- et de 2 bureaux pour médecins .

b) Le personnel

Le service est dirigé par un médecin généraliste qui assure les fonctions de médecin-chef ; outre le médecin-chef ,le service comptait:

- 1médecin généraliste
- 1 infirmier major
- 5 infirmiers soignants
- 3 brancardiers

c) L'équipement

Le matériel très réduit se composait au cours de notre étude, du matériel médical usuel (appareils à tension,thermomètre) en nombre insuffisant et de deux bouteilles d'oxygène. Il n'y avait pas de stock permanent de médicaments d'urgence.

Cependant nous avons observé un changement notable avec le renforcement du personnel , l'amélioration du plateau technique avec l'acquisition d'oxygénateur et de respirateur fonctionnels.

3.2 La population d'étude

La population étudiée concerne tous les malades décédés au cours des 3 jours ayant suivi leur hospitalisation dans le service de P.PH. , soit du 1er janvier 1993 au 31 décembre 1995, et pour lesquels un minimum de renseignements étaient disponibles.(voir méthodes et techniques de recherches utilisées)

3.3 Méthodes et techniques de recherche utilisées

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur 3 ans couvrant la période du 1er janvier 1993 au 31 décembre 1995.

Nous avons défini comme décès précoces, tout décès survenu au cours des trois premiers jours suivant l'hospitalisation.

Tous les cas de décès précoces ont été recensés à partir des registres d'hospitalisations des années 1993, 1994 et 1995 du service de P.PH..

Nous avons procédé ensuite au tri des dossiers concernés.

Certains n'ont pas été retrouvés.Parmi les dossiers effectivement disponibles 10 ont été exclus de l'étude car ils ne répondaient pas aux critères exigés pour l'étude:

- existence d'une fiche d'hospitalisation et/ou dossier clinique avec examen clinique;

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

- notification de l'âge, du sexe, de la profession et de la provenance;
- existence d'une radiographie pulmonaire.

La collecte des données s'est faite à partir de ces dossiers sur un questionnaire joint en annexe (cf annexe I).

Pour chaque dossier un seul diagnostic principal a été retenu. Les diagnostics ont été présentés selon la classification du Service d' Information Médicale (SIM), basée sur la codification de l'OMS.

Les informations recueillies ont été traitées sur le logiciel EPI INFO version 5.1 du SIM du C.H.N. Y.O et pour l'interprétation et l'analyse, nous avons utilisé le test de khi2 au seuil de validité alpha égal à 0.05.

3.4 Définition des termes

- Décès précoces**: tout décès survenu au cours des trois(3) jours qui ont suivi l'admission dans le service.
- **La cause principale du décès, ou diagnostic principal** est l'état morbide ou le traumatisme à l'origine de l'enchaînement qui a conduit au décès, ou à défaut l'affection ayant motivé directement le séjour (14).
- La cause immédiate du décès** est celle qui a directement provoqué le décès(14).
- Ont été considérés comme **circonstances favorisantes** ,tous les facteurs ayant influé dans la survenue des décès précoces.
- Le décès à l'arrivée** est défini comme étant tout décès survenu avant la prise en charge dans le service.

3.5 Les facteurs limitants de l'étude.

Ils sont les suivants:

- Impossibilité de vérification rétrospective.
- Mauvaise tenue des dossiers difficilement exploitables.
- Dossiers souvent incomplets.
- Dossiers non retrouvés

4-RESULTATS

4 - RESULTATS

4.1 - SUR LE PLAN EPIDEMIOLOGIQUE

Au cours de notre étude, nous avons recensé au total 505 cas de décès dont 194 cas de décès précoces. 162 dossiers ont été retrouvés dont 152 exploitables. Tous ces cas observés dans le service de P.PH. du C.H.N.Y.O du 1er Janvier 1993 au 31 Décembre 1995 inclus, ont permis d'établir les statistiques épidémiologiques suivantes.

4.1.1 Le taux de mortalité globale

Les admissions et les décès par an ont été recensés à partir des registres d'hospitalisations du service de P.PH. des années 1993, 1994 et 1995. Ils sont présentés dans le tableau ci-après:

Tableau n° I: Distribution annuelle de la mortalité globale en P.PH. de 1993 à 1995

| PERIODE | Nombre d'admissions | Décès totaux | Taux de mortalité globale(%) |
|---------|---------------------|--------------|------------------------------|
| 1993 | 628 | 168 | 26,75 |
| 1994 | 774 | 163 | 21,05 |
| 1995 | 736 | 174 | 23,64 |
| Total | 2138 | 505 | 23,62 |

Le taux de mortalité globale était toujours supérieur à 20% quelle que soit l'année.

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

4.1.2 Le taux de mortalité précoce

Les cas de décès précoces ont été recensés à partir des registres d'hospitalisations du service de P.PH. de 1993 à 1995. Ils sont présentés dans le tableau ci -après.

Tableau n° II :Distribution annuelle de 152 décès précoces en P.PH.de 1993 à 1995.

| PERIODE | Nombre d'admissions | Nombre de décès précoces | Taux de mortalité précoce (%) |
|---------|---------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 1993 | 628 | 53 | 8,43 |
| 1994 | 774 | 47 | 6,07 |
| 1995 | 736 | 52 | 7,06 |
| Total | 2138 | 152 | 7,1 |

Le taux de mortalité précoce au cours de notre étude était de 7,1% ,soit environ 1 malade admis sur 10 est décédé au cours des trois premiers jours d'hospitalisation.

4.1.3 La fréquence relative de décès précoces

C'est la proportion des décès précoces par rapport au total des décès . Elle est rapportée au tableau n° III.

Tableau n° III: Distribution annuelle de la fréquence relative des décès précoces en P.PH.de 1993 à 1995.

| PERIODE | Décès totaux | Nombre de décès précoces | fréquence de décès précoces(%) |
|---------|--------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1993 | 168 | 53 | 31,54 |
| 1994 | 163 | 47 | 28,83 |
| 1995 | 174 | 52 | 29,88 |
| Total | 505 | 152 | 30,09 |

Près d'un décès sur trois dans le service est survenu dans les trois premiers jours d'hospitalisation.

4.1.4. Répartition des décès précoces selon l'âge

L'âge des décédés variait entre 15 et 90 ans. L'âge moyen était de 40,1 ans.

six classes d'âge ont été retenues: 15-24 ans ; 25-34 ans ; 35-44 ans; 45-54 ans; 55-64 ans et les sujets âgés de plus de 64 ans.

La répartition des décès précoces par tranche d'âge est représentée au tableau n° IV.

Tableau n° IV : Distribution annuelle de 152 décès précoces par tranche d'âge en P.PH de 1993 à 1995.

| PERIODE | TRANCHES D'ÂGES (année) | | | | | | |
|---------|-------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 15 à 24 | 25 à 34 | 35 à 44 | 45-54 | 55-64 | 64 et plus | Total |
| | nombre (%) | nombre (%) | nombre (%) | nombre (%) | nombre (%) | nombre (%) | nombre (%) |
| 1993 | 6 (11,32) | 15 (28,3) | 14 (26,41) | 4 (7,54) | 6(11,32) | 8 (15,09) | 53 100 |
| 1994 | 7 (14,89) | 13 (27,6) | 11 (23,4) | 5 (10,6) | 5 (10,6) | 8 (17,02) | 47 100 |
| 1995 | 4 (7,69) | 17 (32,7) | 16 (30,8) | 4 (7,6) | 4 (7,69) | 6 (11,53) | 52 100 |
| Total | 17(11,18) | 45 (29,60) | 41 (26,97) | 15 (9,86) | 15(9,86) | 22 (11,47) | 152 100 |

Les sujets âgés entre 25 et 34 ans représentaient 29,60% de l'effectif.

On note cependant une importante mortalité chez les sujets âgés de 35 à 44 ans et chez les plus de 64 ans. Les sujets de plus de 60 ans représentaient 20,4 % de l'effectif (31 cas) La répartition des décès précoces par tranche d'âge de 1993 à 1995 est illustrée par la figure n° 01.

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

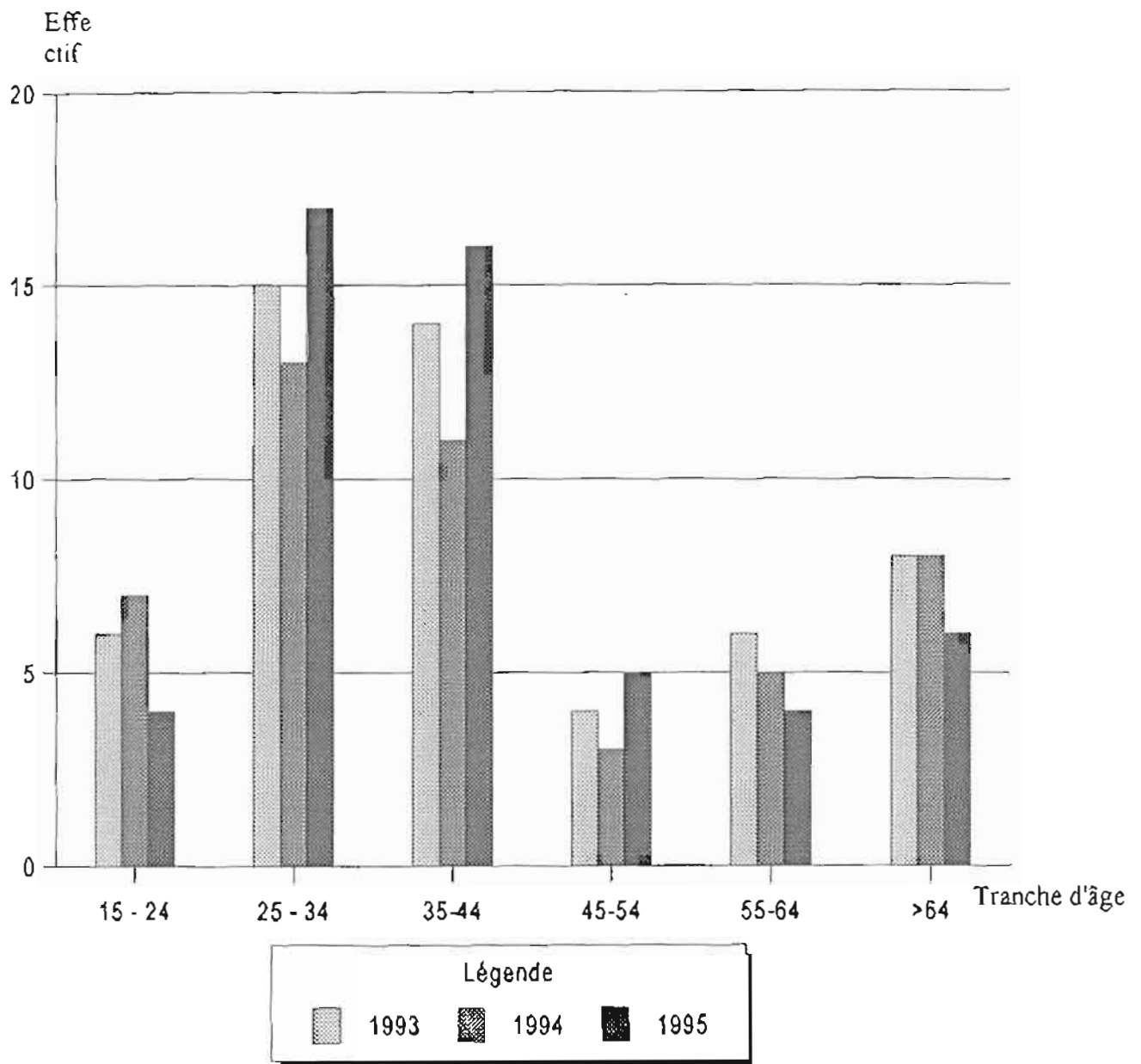


Figure n° 01 : Distribution annuelle de 152 décès précoces par tranche d'âge de 1993 à 1995.

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.P.H. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

4.1.5 Répartition des décès précoces selon le sexe

La distribution globale en fonction du sexe donne:

-Pour le sexe masculin: 116 cas , soit 76,31%.

-Pour le sexe féminin: 36 cas , soit 23,69%.

Soit un sex-ratio H/F de 3,2

4.1.6 Répartition des décès précoces selon la profession.

La répartition des décès précoces selon la profession est illustrée par la figure n°02

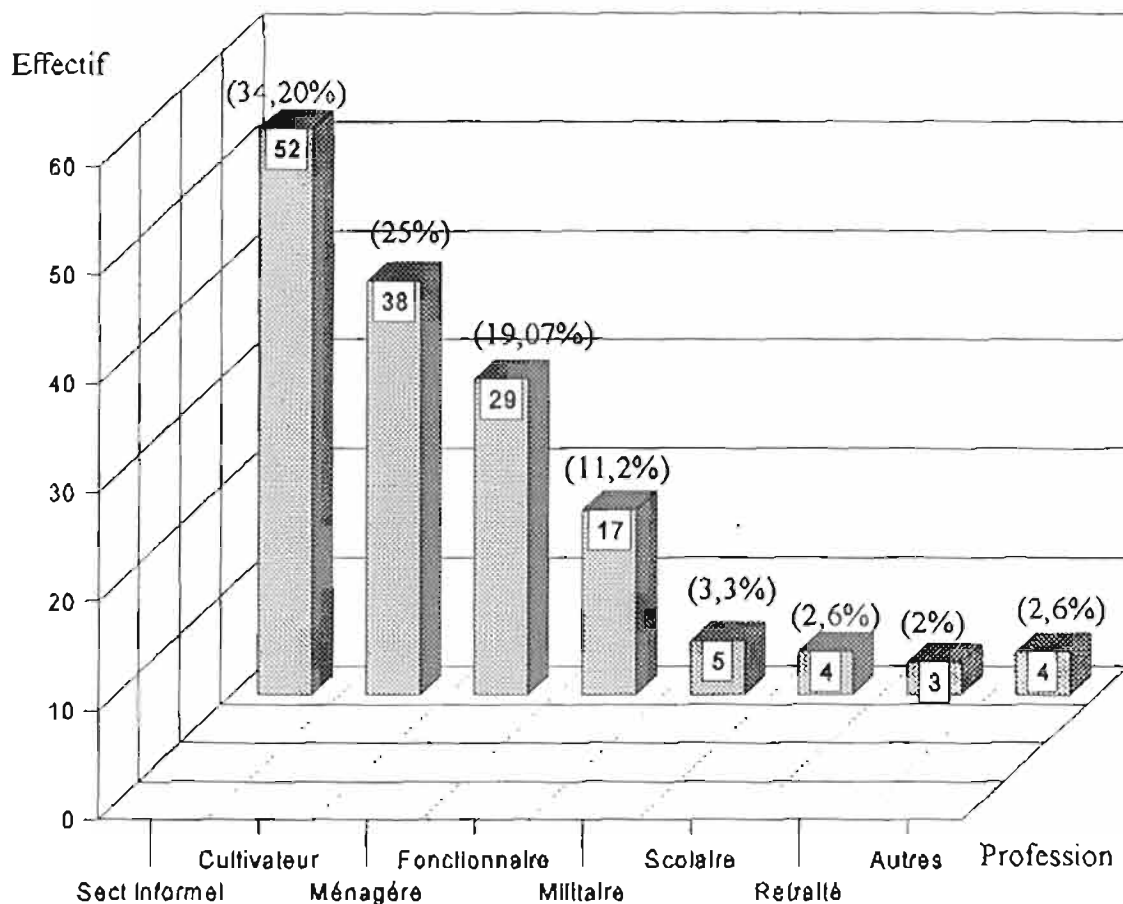


Fig. n° 02: Répartition de 152 cas de décès précoces en fonction de la profession

Les travailleurs du secteur informel et les cultivateurs représentaient 59,2% de l' effectif.

4.1.7 Répartition des décès précoces en fonction de la provenance des patients

91,4% des patients décédés résidaient à Ouagadougou

8,6% ont été référés d'une autre province.

Les provinces retrouvées sont celles de:

- l'Oubritenga avec 3 cas, soit 2 %
- du Gourma avec 3 cas, soit 2 %
- du Yatenga avec 2 cas, soit 1,3 %
- du Sanmatenga 2 cas, soit 1,3 %
- du Nahouri, du Ganzourgou et du Namentenga avec 1 cas pour chaque province, soit 0,6%.

4.2 Caractéristiques de survenue des décès précoces

4.2.1. La répartition en fonction de la durée d'hospitalisation

Les cas de décès précoces ont été classés en trois (3) rubriques en fonction de la date de survenue du décès. Ainsi trois classes ont été retenues comme indiqué dans le tableau suivant:

Tableau n° V: Répartition de 152 décès précoces en fonction de la durée d'hospitalisation en P.PH.

| DUREE D'HOSPITALISATION(jours) | DECES PRECOCES | |
|-----------------------------------|----------------|-----------------|
| | Nombre | Pourcentage (%) |
| Décès survenus au 1er jour(J1) | 62 | 40,8 |
| Décès survenus au 2ème jour(J2) | 52 | 34,2 |
| Décès survenus au 3ème jour(J3) | 58 | 25 |
| TOTAL | 152 | 100 |

114 patients, soit 75% des cas de décès précoces ont eu lieu au cours des deux premiers jours d'hospitalisation, dont 40,8% au premier jour.

Parmi les 62 cas de décès du premier jour, 41 cas l'ont été à l'arrivée soit 27% des cas de décès précoces.

4.2.2 Répartition horaire des décès précoces

L'heure du décès a été notifiée 115 fois soit 75,65%. Nous avons classé nos décès précoces selon quatre périodes nyctémérales:

- 7h à 12h;
- 12h à 15h;
- 15 h à 17h;
- 17h à 7h.

Les périodes de 7h à 12h et de 15h à 17h constituent les horaires d'ouverture normales tandis que la garde est assurée de 12h à 15h (garde de jour) et de 17h à 7 h (garde de nuit)

La répartition horaire des décès précoces est illustrée par la figure n°03

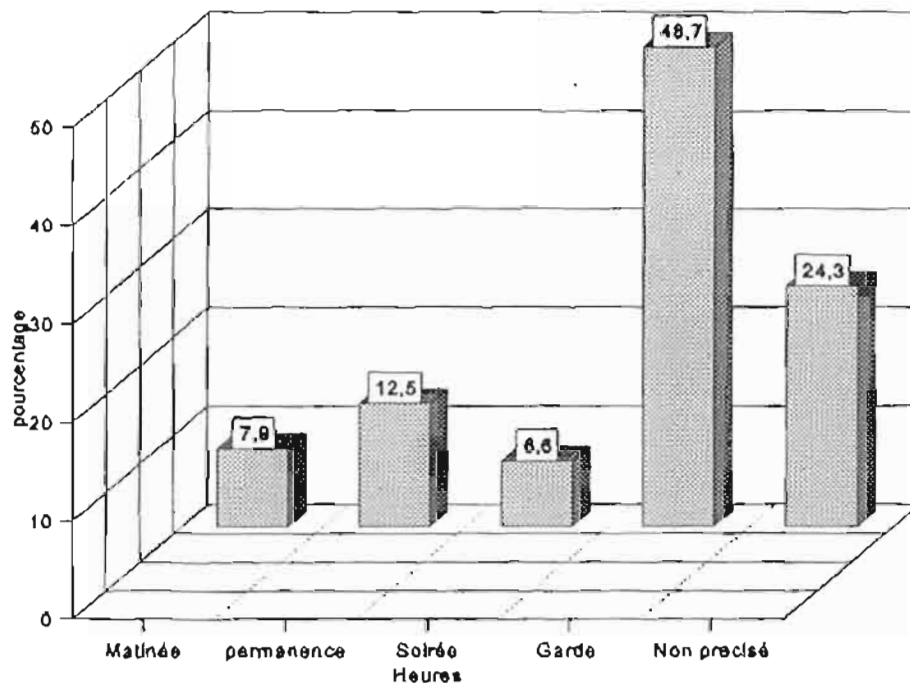


Figure n° 3: Répartition des décès précoces selon les périodes d'activités en P.PH.

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

61,2% des décès précoces ont eu lieu au cours des heures de garde, dont 48,7% à la garde de nuit.

4.2.3 La répartition journalière

Nous avons déterminé pour tous les patients décédés précocement, le jour de survenu du décès.

La répartition journalière des décès précoces est illustrée par la figure n° 04

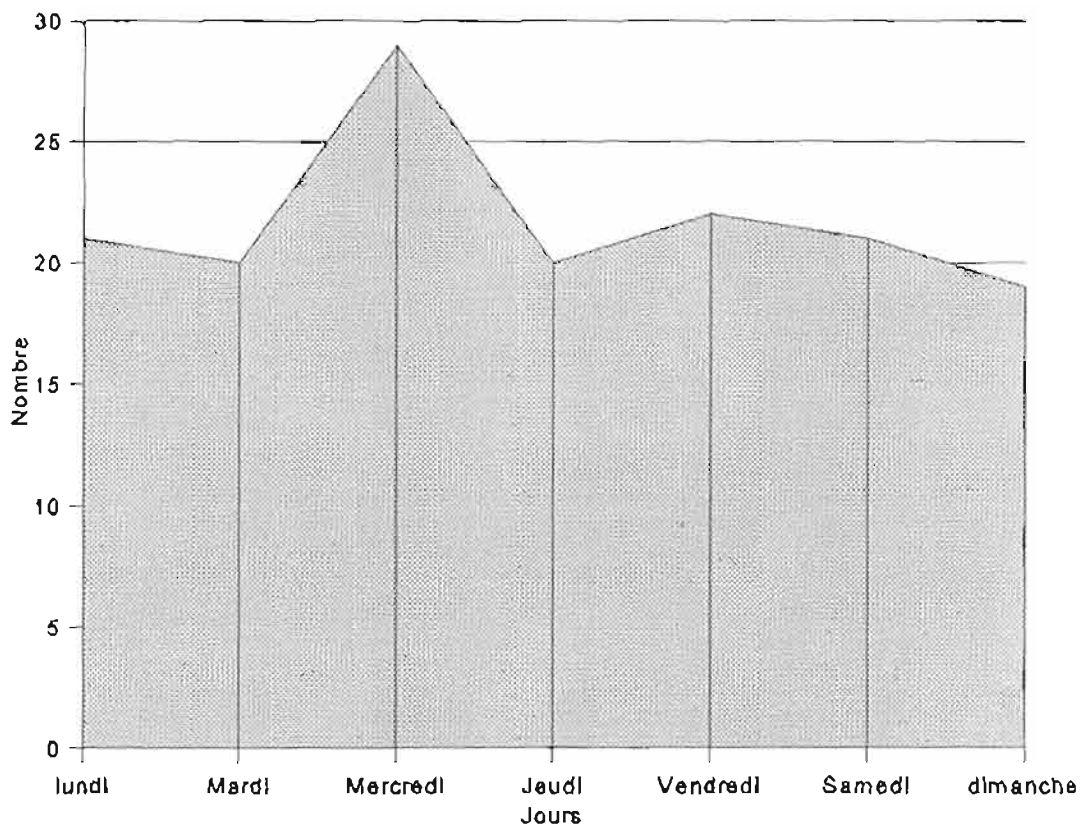


Figure n ° 04 : Répartition journalière de 152 décès précoces en P.P.H.

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.P.H. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

Cette répartition journalière est homogène pour tous les jours de la semaine. On a noté un pic non significatif ($p > 0,05$) les mercredis.

4.2.4 Répartition saisonnière des décès précoces

Trois périodes ont été retenues:

- la période de novembre à février correspondant à l'harmattan
- La période de mars à juin correspondant à la saison sèche et chaude.
- La période de juillet à octobre correspondant à la saison pluvieuse.

Cette répartition est rapportée au tableau n°VI.

Tableau n° VI : Répartition saisonnière de 152 décès précoces observés en P.PH.

| PERIODE (SAISONS) | DECES PRECOCES | |
|------------------------|----------------|-----------------|
| | Nombre de cas | Pourcentage (%) |
| Harmattan | 44 | 29 |
| Saison sèche et chaude | 60 | 39,5 |
| Saison pluvieuse | 48 | 31,5 |
| TOTAL | 152 | 100 |

On note une apparente prédominance non significative de survenue des décès précoces en saison sèche et chaude avec 39,5%. ($\chi^2 = 0,677$; $p > 0,05$).

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

4.3 Les causes de décès précoces en P.PH.

4.3.1 Causes principales des décès précoces

La cause principale ou diagnostic principal est l'état morbide ou le traumatisme à l'origine de l'enchaînement qui a conduit au décès ,ou à défaut l'affection ayant motivé directement le séjour. C'est le diagnostic principal notifié, qui a été retenu comme étant la cause principale du décès. Pour chaque malade un seul diagnostic principal a été retenu. Ces diagnostics ont été classés en 3 groupes:

-Les affections aiguës comprennent les pathologies dont le tableau clinique à l'arrivée était caractérisé par un mode de début brutal , précis et d'évolution rapide.

-Les affections chroniques comprennent les pathologies d'évolution lente et qui dure plus longtemps.

-Les autres affections comprennent tous les cas de pathologies non pleuropulmonaires.

Le tableau n° VII donne la répartition des décès précoces en fonction de la cause principale.

Tableau n°VII: Distribution de 152 décès précoces en fonction de la cause principale

| CAUSES PRINCIPALES | DECES PRECOCES | |
|-------------------------------------|----------------|----------------|
| | Nombre de cas | Pourcentage(%) |
| Affections respiratoires aiguës | 93 | 61,18 |
| Affections respiratoires chroniques | 33 | 21,72 |
| Autres | 26 | 17,10 |
| TOTAL | 152 | 100 |

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

Les affections respiratoires aiguës représentaient 61,18% des cas de décès précoces.
Les affections chroniques représentaient 21,72%.

a) Les affections respiratoires aiguës

Elles représentent au total 93 cas répartis dans le tableau ci -après :

Tableau n° VIII: Distribution des 93 affections respiratoires aiguës causes de décès précoces observées en P.PH.

| Affections respiratoires aiguës | Effectif | Pourcentage(%) |
|------------------------------------|----------|----------------|
| Pneumonie | 76 | 81,7 |
| Broncho-pneumonie aiguë | 6 | 6,45 |
| Pleurésie | 6 | 6,45 |
| Pleuropneumopathie | 4 | 4,3 |
| Abcès pulmonaire | 1 | 1,1 |
| TOTAL | 93 | 100 |

Les pneumonies représentaient 81,7% des affections respiratoires aiguës, et 50% des cas de décès précoces.

Les pneumopathies bilatérales et les pneumonies franches lobaires aiguës(PFLA) occupaient plus de 93% des cas de pneumonies.

b) Les affections respiratoires chroniques

Au nombre de 33, sont réparties dans le tableau n°IX

Tableau n° IX: Distribution des 33 affections respiratoires chroniques causes de décès précoces observées en P.PH.

| Affections respiratoires chroniques | Effectif | Pourcentage(%) |
|-------------------------------------|----------|----------------|
| Tuberculose | 29 | 87,87 |
| Bronchopneumopathie chronique | 3 | 9,09 |
| Cancer bronchopulmonaire probable ? | 1 | 3,04 |
| Total | 33 | 100 |

La tuberculose représentait pratiquement 90% des affections respiratoires chroniques causes de décès précoces et 19,07% de l'ensemble des décès précoces enregistrés .

c) Les autres affections

26 cas d'affections non pleuropulmonaires relevant d'erreurs d'orientations ont été causes de décès précoces.

La distribution de ces affections est rapportée au tableau n° X.

Tableau n° X : Distribution des 26 affections non pleuro pulmonaires causes de décès précoces observées en P.PH.

| Pathologies non pleuro-pulmonaires | Nombre de cas | Pourcentage(%) |
|------------------------------------|---------------|----------------|
| Affections cardiaques | 10 | 38,47 |
| Affections rénales | 5 | 19,23 |
| Méningite aiguë | 6 | 23,07 |
| Diagnostic indéterminé | 5 | 19,23 |
| TOTAL | 26 | 100 |

Les affections cardiaques représentaient 38,47% des pathologies non pleuro pulmonaires causes de décès précoces et 6,6% de l'ensemble des décès précoces.

Il s'agissait de 4 cas d'OAP cardiogénique, d'un cas de péricardite sèche et de 5 cas d'insuffisance cardiaque décompensée.

La pathologie rénale représentait 19,23% des pathologies non pleuropulmonaires et 3,3% des décès précoces. Il s'agissait d'insuffisances rénales.

La figure n° 05 illustre mieux la distribution des décès précoces en fonction du diagnostic principal.

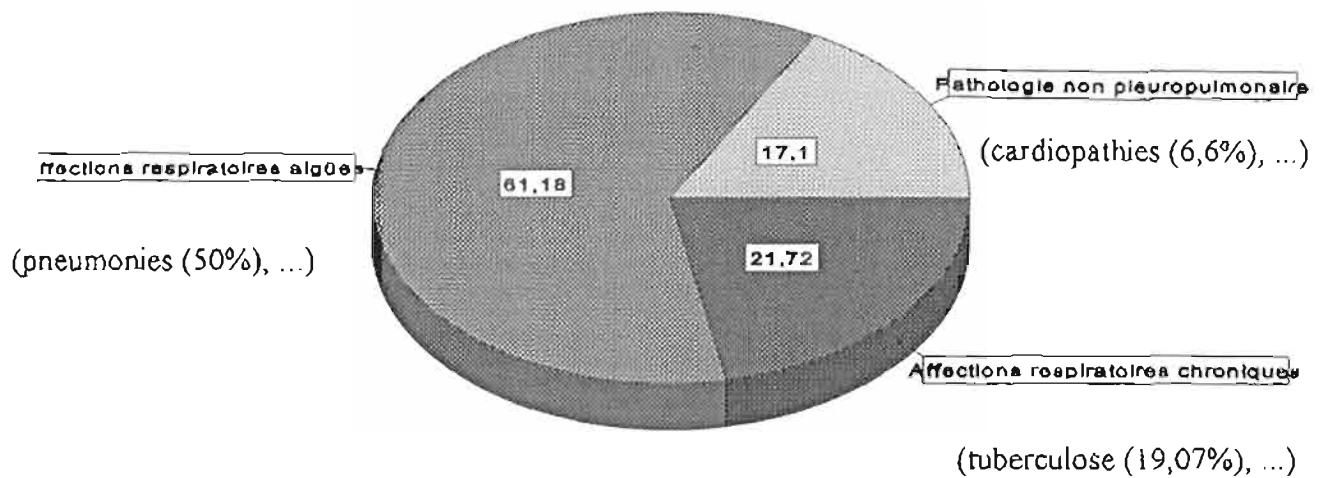


Figure n° 05: Distribution de 152 décès précoces en fonction du diagnostic principal

Nous avons considéré comme pathologie d'urgence les pneumonies et broncho-pneumonies; les insuffisances rénales et cardiaques; les méningites ; les OAP ; les pleurésies et les pleuropneumopathies aiguës.

Cet ensemble représentait plus de 75% de la morbidité totale observée.

4.3.2 Les causes immédiates de décès précoces

La cause immédiate est celle qui a directement provoqué le décès. Pour chaque cas une cause a été recherchée. Plusieurs causes dans certains cas ont été retrouvées chez un même malade. Dans une forte proportion des cas cette cause n'a pas été retrouvée. Ainsi 4 causes ont été notées comme rapportées au tableau n° XI.

Tableau n° XI : Distribution de causes immédiates de décès précoces constatées en P.P.H.

| CAUSES IMMEDIATES | Nombre de cas | Pourcentage(%) |
|--------------------------------|---------------|----------------|
| Anémie sévère | 4 | 2,63 |
| Dyspnée aiguë | 57 | 37,5 |
| Coma | 18 | 11,84 |
| Hémoptysie de grande abondance | 2 | 1,31 |

-Nous avons noté 20 cas d'anémies cliniques, mais l'analyse des explorations biologiques a montré 4 cas d'anémies sévères (taux d'hb < 5g/dl.).

-8 cas d'hémoptysie ont été dénombrés, dont 2 cas de grande abondance. Dans les autres cas son importance n'a pas été quantifiée.

- 37,5% des malades ont présenté une dyspnée aiguë à l'admission.

-18 malades décédés ont été admis avec un trouble de la conscience, dont 10 cas de coma stade I; 5 cas de coma stade II et 3 cas dont le stade est resté imprécis.

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.P.H. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

4.4 Facteurs et circonstances favorisant des décès précoces en P.P.H.

4.4.1 Répartition des décès précoces en fonction de la durée d'évolution de la maladie.

Cette durée d'évolution de la maladie avait pu être précisée chez 80 patients décédés. Elle a été retenue en se référant aux renseignements fournis dans les dossiers.

Elle variait de 3 à plus de 40 jours en moyenne.

Chez 72 patients, cette durée n'avait pu être précisée.

La répartition des décès précoces en fonction de la durée d'évolution de la maladie est illustrée par la figure n°06.

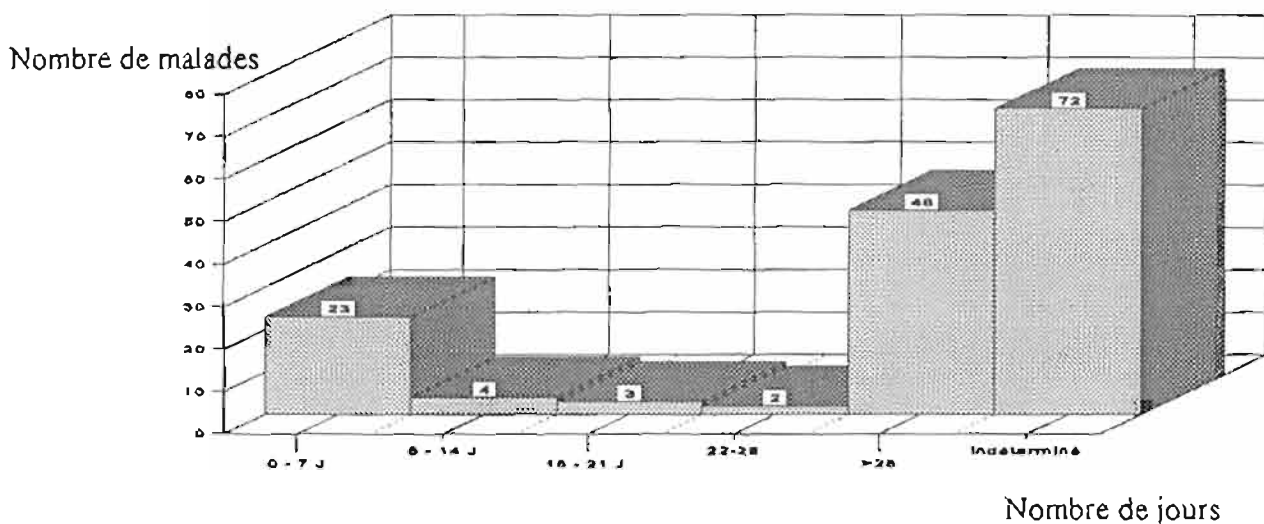


Figure n°06: Répartition de 152 décès précoces en fonction de la durée d'évolution de la maladie

La maladie évoluait depuis plus de deux semaines chez 53 patients ,soit 34,86% des cas, dont 48 cas depuis plus d'un mois.

Pour 47% des 152 patients décédés , l'observation médicale ne mentionnait pas l'ancienneté des premiers symptômes de la maladie.

4.4.2 L'itinéraire thérapeutique des patients décédés en P.PH.

Cette notion n'a pu être précisée dans tous les cas ,ainsi nous avons noté que 26 patients soit 17 ,1% ont eu recours à une structure sanitaire en première intention dont 17 cas soit 11,18% dans le secteur privé avec 6 cas d'hospitalisation variant de 1 jour à 3 semaines.

9 cas ont consulté dans les dispensaires périphériques, soit 5,92%.

La notion de tradithérapie à long terme a été retrouvée dans 6 cas, mais sa nature est restée imprécise.

4.4.3 Antécédents pathologiques et terrain des malades décédés

La notion d'antécédent pathologique et de terrain a été mentionnée dans tous les 152 cas. Elle est indiquée dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° XII: Distribution de 152 décès précoces en fonction des antécédents pathologiques et du terrain.

| ANTECEDENTS ET TERRAIN | DECES PRECOCES | |
|-------------------------------|----------------|-----------------|
| | Nombre de cas | Pourcentage (%) |
| Asthme | 1 | 0,7 |
| HTA | 3 | 2 |
| Cardiopathie | 1 | 0,7 |
| Diabète | 1 | 0,7 |
| Tuberculose pulmonaire | 4 | 2,7 |
| Bronchopneumopathie chronique | 1 | 0,7 |
| Pneumopathie à répétition | 5 | 3,2 |
| Aucun antécédent | 136 | 89,5 |
| Total | 152 | 100 |

Chez 9 malades sur 10 on n'a retrouvé aucun antécédent pathologique.

Parmi les malades décédés, 3 sujets étaient des hypertendus connus et suivis. 16 étaient d'anciens fumeurs dont 5 avec une consommation supérieure à 10 paquets-années. La notion d'alcoolisme a été mentionnée dans 14 cas, mais cette notion reste vague et n'a pu être précisée.

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.P.H. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

4.4.4 Analyse des résultats des explorations paracliniques chez les décédés précoces.

a) Le bilan radiologique

L'analyse des radiographies standard a permis de constater dans 126 cas des lésions dont 122 cas d'atteinte parenchymateuse (8 cas de miliaires) et 4 cas d'atteinte pleurale.

Dans 26 cas, l'atteinte était insignifiante, voire absente contrastant avec l'état du malade (coma).

b) L'exploration biologique courante

Il s'agit de l'azotémie/glycémie et de la NFS/VS . 24 malades en ont "bénéficié".L'analyse des résultats de ces explorations a donné les constatations suivantes:

-L'azotémie

Réalisée chez 14 patients .Les résultats en sont:

.8 cas d'hyperazotémie où l'azotémie variaient de 18,71 mmol/l à 30,77mmol/l .

.4 cas de valeurs normales.

.2 cas d'hypoazotémie

-La glycémie

Réalisée chez 12 patients.

.2 cas d'hyperglycémie (>6 mmol/l)

.8 cas avec une glycémie normale .

.2 cas d'hypoglycémie

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

-La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation(NFS VS)

A été obtenue chez 9 patients. Les résultats enregistrés en sont:

.7 cas d'hyperleucocytose(leucocytes $>10000/mm^3$)

.6 cas d'hyperlymphocytose(lymphocytes $>4000/mm^3$) et 2 valeurs normales.

.8 cas d'anémie dont 4 cas sévères(taux d'hb $<5g/dl$) et 4 cas d'anémies modérées.

.Dans 8 cas la VS était accélérée à H1(> 10 mm).

c) Autres examens complémentaires retrouvés

- Les résultats de l'analyse bactériologique des crachats n'ont été retrouvés que chez trois patients. Ils étaient positifs.

- L'intradermo- réaction faite à 10 UI de tuberculine IP 48 n'a été retrouvée chez un patient , et était fortement positive(> 20 mm).

- L'analyse macroscopique du LCR chez 5 patients a montré un liquide trouble dans trois cas, et un liquide clair normotendu dans deux cas.

-La sérologie VIH retrouvée chez 2 patients était positive à l'ELISA.

-Une hypercréatininémie a été noté chez 1 patient.

4.4.5 Analyse de la prise en charge thérapeutique des malades décédés précocement.

L'analyse des dossiers indique que 52 malades sont décédés avant d'avoir reçu un traitement. 100 malades soit 65,79% ont reçu un traitement comme le précise le tableau n° XIII

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H. Y.N.O (1993-1995)

Tableau n° XIII: Répartition des traitements reçus par 100 malades avant leur décès précoces.

| Nature du traitement | Nombre de cas | Pourcentage (%) |
|----------------------|---------------|-----------------|
| Antibiotiques | 83 | 54 |
| Anti inflammatoires | 46 | 30,3 |
| Antituberculeux | 19 | 12,5 |
| Bronchodilatateurs | 12 | 7,9 |
| Autres | 53 | 34,9 |

Seulement 2 malades ont pu bénéficier d'une oxygénothérapie.

III. COMMENTAIRES DISCUSSIONS

III- COMMENTAIRES- DISCUSSIONS

1. SUR LE PLAN DE LA METHODOLOGIE

Notre travail qui est une étude rétrospective a permis de mettre en évidence les insuffisances liées à ce genre d'étude. En effet, nous avons voulu faire une étude plus longue s'étalant sur au moins 5 ans, mais les dossiers les plus anciens n'étaient pas toujours disponibles et les informations qu'ils contenaient étaient insuffisantes. C'est ainsi que nous n'avons retenu que la période du 1er Janvier 1993 au 31 Décembre 1995, soit 3 ans. Ailleurs, des études sur la mortalité et la morbidité hospitalières effectuées à Abidjan(3,4) et à Dakar(42) ne couvrent que quelques mois voire 2 années au maximum.

Nous avons recensé au niveau des registres d'hospitalisation 194 cas de décès précoces, parmi lesquels 152 dossiers étaient suffisamment documentés.

Les variables que nous avons étudiées dans notre travail sont loin d'être exhaustives pour déterminer de façon précise les causes et circonstances favorisant les décès précoces. Le cadre particulier de notre étude (milieu hospitalier), fait que nos résultats ne peuvent être généralisés qu'avec beaucoup de circonspection.

Mais la difficulté essentielle de notre travail était due à la rareté des études réalisées sur la mortalité précoce. Quelques études retrouvées étaient le plus souvent consacrées à la mortalité précoce en milieu pédiatrique, ce qui a limité les possibilités de comparaison. Pour le Burkina, nous considérons donc cette étude comme une étude inaugurale qui pourrait servir de base à des études ultérieures sur la mortalité précoce.

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.P.H. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

2. DISCUSSION DES RESULTATS

2.1 Sur le plan épidémiologique

2.1.1 Le taux de mortalité globale

Notre étude a révélé un taux de mortalité globale de 23,62%, soit presque le quart de la population hospitalière de la P.PH., ce qui à notre avis est considérable. Ce taux peut être le reflet de la gravité des affections admises dans ce service.

HATTON(22) en Italie et en Angleterre a observé des taux nettement plus bas :5-7% (soit environ le quart de nos constatations) ,témoin d'une meilleure prise en charge des pathologies respiratoires dans les pays développés.

Le taux de mortalité élevé observé dans le service pourrait s'expliquer par l'importance des décès précoces, car ils représentaient 30,09% du total des décès , c'est à dire qu'environ 1 décès sur 3 a eu lieu au cours des 3 jours après l'admission dans le service.

Les décès survenus à l'arrivée et au 1er jour(62 cas) devraient être exclus de la mortalité du service. Ils seraient moindre si des moyens de réanimation adaptés avaient été possibles.

Le taux de mortalité peut avoir été réduite du fait de cas de décès non enregistrés. Cependant selon les statistiques sanitaires du SIM sur la mortalité(40) dans d'autres services du C.H.N.Y.O au cours de la même période on note des taux aussi élevés

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

tendant à montrer que le problème est d'ordre général.

En effet on a noté 23,11% en Médecine Interne ; 19,44% en Gastro Entérologie ; 23,76% en Maladies Infectieuses et 19,31% en Pédiatrie.

Par contre les taux de mortalité paraissent nettement plus bas dans les services de Chirurgie avec 1% en Traumatologie ; 2,5% en Chirurgie Digestive et 2,75% en Gynéco-Obstétrique.

De même les données recueillies par d'autres auteurs (1,2, 5, 11,45) en milieu pédiatrique montrent des taux en général nettement plus bas que nos constatations en service d'adulte.

2.1.2 L'âge des patients décédés

L'âge des patients variait de 15 à 90ans;l'absence d'enfants est dûe au fait que le service n'hospitalise que les patients âgés de plus de 14 ans.

Notre étude a fait ressortir une prédominance chez les sujets âgés de 25 à 34 ans (29,6%).

Cependant si nous retenons comme NKOUA (30) la définition de l'OMS du sujet âgé qui est " une population hétérogène composée de sujets âgés de 60 ans et plus", nous remarquons que cette tranche d'âge représentait 20,4% des cas de décès précoces.

Cette importante mortalité s'explique par la fragilité de ces personnes, nécessitant des soins et une attention particulière. Cette particularité du sujet âgé (38) a précipité en Europe la création des services de gériatrie.

La fréquence des décès précoces dans cette tranche d'âge, pourrait s'expliquer selon BOUVIER -COLL (14) par le fait que la mortalité respiratoire croît d'une manière exponentielle avec l'âge à partir de 35 à 40 ans, pour atteindre son maximum après 85 ans. Cette assertion est corroborée par une étude sur les causes de décès en France en 1993 (34), qui a révélé que la mortalité des suites de pneumonie augmente avec l'âge. Elle variait de 0,5 entre 15 et 24 ans à 48,4 entre 65 et 74 ans (pour 100000 personnes).

2.1.3 Le sexe des patients décédés

Au terme de cette étude, une prédominance masculine a été notée (76,31%) contre 23,69% pour le sexe féminin avec un sex-ratio H/F de 3,2.

Une étude réalisée par SOME (42) sur la mortalité dans le service de médecine interne du C.H.N.Y.O en 1994, a montré également une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,64. D'autres études similaires réalisées à Abidjan dans le service de Médecine Interne ont également noté cette prédominance, notamment celles de AKUE (3) avec un sex-ratio de 1,34, de BERTRAND (6) avec 1,54 et de LAKISS (25) avec 1,04.

2.1.4 La profession

Si nous considérons comme LAKISS (25) que le niveau socio- économique bas regroupe les scolaires, les ménagères, les cultivateurs et éleveurs, les travailleurs du secteur informel, les retraités et les "sans profession", nous constatons que près de

80% des cas de décès précoces avaient un niveau socio-économique bas, reflet du niveau de la population générale. Pour DRABO(20) cette catégorie socio-professionnelle représentait 75% de la mortalité générale du service de Médecine Interne.

En 1995, le secteur informel constituait 53,5% des cas d'hospitalisation au C.H.N.Y.O.

C'est une couche sociale défavorisée et démunie qui fait face difficilement au renchérissement des coûts des produits pharmaceutiques et des frais d'hospitalisation.

2.1.5 La provenance des patients décédés

91,4% des patients décédés résidaient à Ouagadougou et 8,6% avaient été référés d'autres provinces notamment celle de l'Oubritenga et du Bazèga qui sont des provinces voisines.

2.2 Caractéristiques de survenue des décès précoces

2.2.1 La durée d'hospitalisation

Notre étude a montré que 75% des décès sont survenus les deux premiers jours. SOME(42), dans le service de Médecine Interne, notait un taux plus bas(40,74%). A Dakar OUEDRAOGO(37) en Médecine Interne observait un taux moindre (18,72%).

AGBERE (2) en milieu pédiatrique à Lomé a noté un taux de 67,6% dans ce délai. 40,8% de nos patients sont décédés le jour même de leur arrivée.

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.P.H. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

SENGA (41) à Brazzaville a observé un taux de 20,6% de décès survenus le jour de l'admission.

Nous avons noté 27% de décès survenus à l'arrivée avant toute prise en charge thérapeutique du malade au niveau du service.

Cette situation peut être due à une prise en charge inadaptée au niveau des services d'accueil et de soutien(urgences médicales, laboratoire.) d'une part, par l'absence des moyens de réanimation efficace et l'insuffisance en ressources humaines et spécialisées. Et d'autre part à l'arrivée tardive des malades à l'hôpital.

Les malades admis dans le service d'urgence sont le plus souvent transférés dans leur état initial (coma, dyspnée, anémie....) dans les services supposés relever de leur pathologie sans que l'urgence ne soit levée et sans que par exemple la nature du coma soit définie et parfois sans aucune médication.

Un rapport de l'OMS cité dans BOUSSARI (9) montre que le service d'urgence du CHNYO ne répond pas aux normes. Ce rapport définit ainsi les normes d'un service d'urgence: " un secteur de l'hôpital doit être réservé à l'accueil des urgences. Il doit être séparé de tout secteur utilisé par les malades qui ne reçoivent pas de soins en urgences . Il doit être ouvert 24h/24 et équipé pour assurer des soins médicaux immédiats ,afin que les cas urgents soient traités sans délai.

La dotation en personnel, l'équipement et l'agencement de cette unité doivent faciliter le diagnostic et le traitement de toutes les urgences les plus courantes.

L'équipement doit être suffisant pour faire face à tous les cas, comprenant au

minimum un tensiomètre, un otoscope, un ophtalmoscope, du matériel de transfusion, de l'oxygène, et des médicaments d'urgences, si possible un électrocardiographe et un défibrillateur.

Le matériel doit être disponible dans la salle d'urgence".

Notre service d'urgence médicale ne dispose pas en permanence de médicaments d'urgence. L'oxygène est rarement disponible et il n'existe ni électrocardiographe ,ni défibrillateur , ni matériel de transfusion.

25% des décès précoces survenus au 3^e jour peuvent être la résultante d'un suivi inadapté dans le service de P.PH. dû à la précarité des moyens de surveillance.

2.2.2 La répartition horaire des décès précoces

Il ressort de cette étude que 61,2% des cas de décès sont survenus aux heures de gardes (garde de jour et garde de nuit), dont 48,7% pendant la garde de nuit

AGBERE (2) en milieu pédiatrique trouvait un taux de 67,3% à Kara et 70,1% à Lomé aux périodes de garde.

Le même auteur avait noté également un taux élevé au cours de la garde de nuit.

La modicité des moyens matériels et humains ne saurait à elle seule expliquer cette situation; y concourt entre autres, l'arrivée tardive à l'hôpital de certains patients dans un état comateux.

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

2.2.3 La répartition saisonnière des décès précoces

Au terme de cette étude on a remarqué une apparente prédominance de survenue des décès en saison sèche et chaude (39,5%) mais sans différence significative.

Selon les statistiques sanitaires (40), en 1993 il existait une forte fréquentation du service de P.PH. en saison sèche et chaude (39%) contre 35% en période d'harmattan et 26% en saison sèche et froide.

Ce même rapport (40) note un taux élevé de décès aux mois de janvier, mars et mai.

En 1995, au niveau du C.H.N.Y.O les pics de mortalité s'observaient aux mois de septembre et octobre.

AGBERE (2), au terme d'une étude sur la mortalité hospitalière pédiatrique au Togo a montré qu'à Kara 32% des décès sont survenus au cours des mois de mars, avril, et mai correspondant à la période de soudure, tandis qu'à Lomé c'est pendant la saison pluvieuse (avril à juin) que 38,6% de décès ont eu lieu.

La surmortalité pédiatrique liée à la période de soudure et à l'hivernage est également signalée par divers auteurs(18,47).

2.3 Les causes de décès précoces

2.3.1 Les causes principales

Les affections respiratoires aiguës représentaient 61,18% des cas de décès précoces. La brutalité du début, la détresse respiratoire et la non prise en charge correcte sont à l'origine de cette forte mortalité.

Les pneumonies et bronchopneumonies représentaient au cours de notre étude 88,15% des affections aiguës.

D'autres auteurs (14) en France notaient en 1986 un taux plus bas: 34,6%. Chez CHARIERAS(11) à Tananarive en milieu pédiatrique, les pneumonies représentaient 19,8%.

La tuberculose représentait 87,97% des affections respiratoires chroniques et 19,07% des cas de décès précoces.

Parmi les 29 cas tuberculeux, 8 patients présentaient des images radiologiques de miliaires.

Du fait de la difficulté de confirmation bactériologique, nous les avons considéré comme des miliaires tuberculeuses conformément aux travaux de KOUAKOU(24) et de DOMOUA (19). Ainsi nous avons obtenu un taux de mortalité précoce par miliaires tuberculeuses de 5,26%.

Il s'agit d'une pathologie de pronostic vital sévère dont l'évolution spontanée ou après

l'instauration tardive d'un traitement est souvent émaillée de complications (pneumothorax, hépatite cytolytique, paraplégie avec incontinence sphinctérienne, troubles neuropsychiatriques).

La forte mortalité par miliaire a également été évoquée par de nombreux auteurs (23,26,27).

Pour DOMOUA (19) elle représentait 23,33% contre 17,50% pour la série tunisienne.

Cette importante mortalité peut s'expliquer par l'association VIH.

En effet une étude réalisée en Côte-d'Ivoire (19) a montré que la prévalence de l'infection à VIH chez des patients tuberculeux suivant un traitement ambulatoire était comprise entre 25% en 1988 à 45% en 1990 et que 40% des patients séropositifs étaient décédés de tuberculose, contre 4% de patients séronégatifs .

Pour DUNCAN (21) l'impact du VIH sur la mortalité des patients tuberculeux à Lusaka (Zambie) variait de 60 à 70 % chez les adultes jeunes ayant une infection tuberculeuse latente.

Sur 16 sérologies VIH effectuées par DOMOUA (19) dans l'étude des miliaires tuberculeuses, 13 étaient positives au HIV1, 3 au HIV2 et 9 au HIV1 et 2 (il n'y a pas eu de confirmation au western blot).

Pour MARTA (29) en Roumanie 73% des malades hospitalisés en P.PH. étaient séropositifs, dont 36,5% avaient une tuberculose.

2.3.2 Les causes immédiates des décès précoces

L'analyse des causes immédiates montre qu'elles relèvent fondamentalement de la pathologie d'urgence, nécessitant une prise en charge particulière par la mise en oeuvre de moyens de réanimation adaptés.

On note par exemple qu'aucun patient n'a reçu une transfusion sanguine.

2.4 Sur les facteurs et circonstances favorisant de décès précoces

2.4.1 La durée d'évolution de la maladie

L'analyse fait ressortir que chez 34,86% des malades décédés, la maladie évoluait depuis plus de deux semaines dont 31,57% depuis plus de 28 jours.

La majorité des patients (31,57%) ont "trainé" leur maladie durant plus de 28 jours avant de consulter, cependant 17,76% ont consulté dans un délai de moins de 15 jours à partir du début de la maladie.

Cependant, comme OUEDRAOGO (37) nous pensons que cette durée d'évolution est plus longue dans la majorité des cas et que certains cas patients ou leurs parents préfèrent souvent la réduire pour limiter leur culpabilité. La durée d'évolution est probablement plus longue vu le stade évolutif auquel les patients parviennent dans le service. Cette situation pose le problème de la fréquentation au niveau des formations sanitaires.

Ainsi pour BUVE (10) les motivations pour se rendre au service de santé sont de trois ordres: l'accessibilité géographique , financière et psychologique.

Le problème d'acceptabilité de la maladie, le manque de confiance aux services de santé et la mauvaise qualité de l'accueil, jouent un rôle important, de même que les facteurs culturels . Généralement les recours à d'autres médecines sont guidées par la perception en tant que telle de la maladie, les pressions familiales, les moyens financiers, et la gravité du tableau.

Ces conceptions pourraient expliquer les fréquentations tardives de nos formations sanitaires.En effet les statistiques sanitaires(16) ont montré une baisse dans la fréquentation des formations sanitaires de 1986 à 1994 (cf annexeII).

2.4.2 L'itinéraire thérapeutique

Il n'a pu être précisé que chez 26 patients. Cette notion pose le problème du recours à temps des services de référence.

BOILLOT (8) a montré en Sierra Leone que dès les premiers signes de la maladie, la première action va consister en une automédication, en cas d'échec on a recours à l'avis d'un parent ou d'un ami (devin, guérisseur, herboriste.....).

La troisième action consiste en une exploration du marché jusqu'à une éventuelle guérison. Les services sanitaires ne seront que les derniers recours.

Pour COLL(13) au Sénégal le premier recours des patients tuberculeux est la médecine moderne, puis la médecine traditionnelle, puis l'on multiplie les recours. Tout

ceci dénote d'une certaine conception initiale de la maladie .En effet pour SYLLA(43) 44% des malades interrogés pensent que la maladie est due au maraboutage,et pour 26% d'entre eux,elle est le fait de la sorcellerie. Cette mentalité conditionne fortement le recours au service de santé.

2.4.3 La prise en charge des patients décédés

a) Sur le plan diagnostique

Dans notre étude ,il ressort que seulement 24 patients soit 15,8% des cas,avaient pu bénéficier d'une exploration biologique courante .

C'est une couverture en examens paracliniques dérisoire par rapport à ce qui devrait être fait dans un centre de référence,pour de tels examens usuels et nécessaires en situation d'urgence.

Les structures d'appui tel le service de laboratoire n'arrivent pas à assumer le rôle qui leur est dévolu,en raison de la précarité des moyens dont elles disposent.Cependant la pauvreté ne saurait seule expliquer cette situation .Les fréquentes ruptures de matériels consommables (réactifs.,....), le rationnement des examens par service et par période, relèvent aussi à notre avis d'un problème profond de gestion.

L'analyse a également fait ressortir que 82,9% des patients décédés ont été bien orientés dans le service qui relevait de leur pathologie, mais nous avons noté que 17,10% ont fait l'objet d'erreurs d'orientations et se sont retrouvés dans un service qui n'était pas spécialisé pour leur pathologie.

Causes et circonstances favorisant les décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

Tous ces cas auraient eu une meilleure prise en charge s'ils avaient été adressés dans le service approprié, surtout que ces cas relevaient fondamentalement de la pathologie d'urgence.

Les pathologies cardiaques représentaient 6,6% de ces cas, et la pathologie rénale 3,3%.

Ce sont des affections graves nécessitant une prise en charge urgente .

Pour SOME (42) la pathologie rénale (insuffisance rénale) représentait 5,3% de la morbidité totale observée en 1994 dans le service de Médecine Interne du C.H.N.Y.O.

Ailleurs la pathologie rénale représentait chez OUEDRAOGO(37) à Dakar 11,5% et 13,9% chez SAMB(39) également à Dakar.

Parmi les causes non pleuropulmonaires, il existait des cas de comas dont la nature est restée imprécise.

Il y a donc nécessité de préciser le diagnostic avant d'envisager tout transfert.

Nous avons remarqué que le service de P.PH. est très souvent considéré comme un service "dépotoir" où l'on transfère les malades pour s'en débarrasser, même lorsqu'il existe des signes patents d'atteinte cardiaque ou néphrologique.

Par la suite ,les transferts de service à service se font difficilement ,ce qui est préjudiciable aux malades.

b) Sur le plan thérapeutique

Parmi nos 152 patients décédés, il ressort que 100 d'entre eux ,soit 65,79% avaient effectivement reçu un traitement.Mais l'ordonnance délivrée était très souvent honorée partiellement. Aucun patient n'a cependant bénéficié d'une transfusion sanguine.

Seulement 2 cas ont pu bénéficier d'une oxygénothérapie, ce qui est insignifiant face aux pathologies rencontrées .

Les malades n'avaient reçu aucun traitement dans 52 cas soit 34,21% . On y note une forte proportion de décès survenus à l'arrivée.Plusieurs explications peuvent être évoquées:

- ordonnance non honorée , le malade est alors abandonné à lui même(surtout aux périodes de garde de nuit). Le service de P.PH. ne disposant pas de stocks de médicaments en dehors des antituberculeux, il ne peut faire face à aucune urgence.
- ordonnance honorée mais non exécutée(non disponibilité du personnel pour les soins d'urgence:1 infirmier de garde pour 72 lits).
- ordonnance honorée tardivement.

IV. CONCLUSION

IV- CONCLUSION

L'étude sur les causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.N. Y.O de Ouagadougou de 1993 à 1995 nous conduit aux conclusions suivantes:

1) Sur le plan épidémiologique:

Les décès précoces survenus dans le service de P.PH.concernaient :

- en majorité les sujets âgés de 25-34 ans;
- essentiellement les sujets de sexe masculin: 76,31%;
- des residents surtout de la province du Kadiogo: 91,4%;
- enfin des malades de bas niveau socio- économique .
- un taux de mortalité globale de 23,62% , soit presque le 1/4 de la population hospitalière du service;
- 7,1% de taux de mortalité précoce;
- un taux de décès précoce de 30,09% ,c'est à dire que presque 1 décès sur 3 a eu lieu au cours des 3 premiers jours d'hospitalisation.

2) Sur leurs caractéristiques de survenue:

- 75% des décès précoces sont survenus au cours des deux premiers jours d'hospitalisation, dont 40,8% ont eu lieu le jour même de l'admission .

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H. Y.N.O (1993-1995)

- 27% des décès précoces sont été constatés à l'arrivée.
- 61,2% des décès précoces sont survenus pendant les heures de garde, avec une nette prédominance à la garde de nuit(48,7%).

3) Sur le plan de la morbidité:

- Les affections respiratoires aiguës dont les pneumonies étaient les plus "meurtrières" avec 61,18% .
- La tuberculose représentait 19,07% des cas de décès précoces.
- Les causes immédiates de décès précoces relevaient principalement de la pathologie d'urgence.

Mais l'absence d'autopsie constitue un grand handicap quant à la détermination de la cause réelle du décès.

5) Concernant les facteurs favorisants

Notre étude a montré:

- que chez 31,57% des patients, la maladie évoluait depuis plus d'un mois.
- que 17,10% des patients décédés ont été "victimes" d'erreurs d'orientation.
- que l'insuffisance en équipement et en personnel tant sur le plan quantitatif que qualitatif et sur le plan de la disponibilité a constitué, à notre point de vue, un grand handicap pour la prise en charge des patients.

V SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

VI .SUGGESTIONS-RECOMMANDATIONS

Au regard de la mortalité globale élevée du service de P.PH. (23,62%) ,et au vu d'une fréquence élevée de décès précoces (30,09%) ,nous recommandons :

1° Au niveau du C.H.N.Y.O

a) Sur le plan matériel

-La création d'un service d'urgence médicale proprement dit, en le séparant des structures de consultation et en le dotant d'infrastructures conformément aux normes internationales.

-La création d'un service de réanimation médicale.

Ce service devra être à fonctionnement continu 24H/24, autonome, le personnel y étant spécialement affecté. Il devra être aussi équipé en matériel constamment disponible et adéquat.

-L' équipement du service de P.PH.en le dotant :

- . d'une salle de réanimation fonctionnelle ;
- . d'une salle de radiographie fonctionnelle;
- . d'un électrocardiographe ;
- . d'un appareil de fibroscopie bronchique;
- . d'infrastructures pour la réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires;
- . de médicaments d'urgences à moindre coût et effectivement disponibles.

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H. Y.N.O (1993-1995)

- De réorganiser et équiper le service de laboratoire afin de lui permettre de répondre aux besoins des cliniciens.

b) Au niveau du personnel

-Le renforcement du personnel surtout aux périodes de garde (un interne dans chaque service)

-Le recyclage et la formation du personnel en soins d'urgence.

-Une amélioration de la tenue, de l'élaboration et de la conservation des dossiers .

c) Créer un cadre de concertation permanent entre les différents services, en vue de faciliter les transferts des malades.

2° Aux autorités politico-administratives

-De favoriser la spécialisation des jeunes médecins en soins d'urgences , en réanimation et en pneumo-physiologie.

-De redynamiser le service social, en le dotant de moyens nécessaires pour la prise en charge effective des malades indigents.

3° La sensibilisation et l'éducation des populations sur la nécessité d'une fréquentation à temps voulu des structures sanitaires.

RESUME

Nous avons fait une étude rétrospective sur la période du 1er Janvier 1993 au 31 Décembre 1995 dans le service de P.P.H. ,dans le but de déterminer les causes et les circonstances favorisantes des décès précoces dans ce service de dernier recours.

152 dossiers ont été retenus pour l'étude.

Il en ressort que ces décès concernaient majoritairement les sujets âgés de 25 à 34 ans, à prédominance masculine, résidents au Kadiogo et de bas niveau socio-économique. Sur le plan de la mortalité ,nous avons noté un taux de mortalité générale de 23,02% reflet de la gravité des affections admises dans ce service.

Parmi cette importante mortalité ,nous avons noté un taux élevé de décès précoces(30,09%) ,soit environ 1 décès sur 3. Sur le plan de la morbidité, on a noté une prédominance des affections respiratoires aiguës(61,12%).

Près de 75% de la morbidité totale observée relevait de la pathologie d'urgence. Cependant , malgré la place importante qu'occupe la pathologie d'urgence et la gravité des affections qui y sont admises, le service manque presque totalement du minimum nécessaire en infrastructures, équipement et personnel qualifié, pour la prise en charge des urgences.

Aussi ,avons nous formulé des recommandations en vue d'une amélioration des conditions de prise en charge des malades.

Mots clés: Décès précoces- causes-circonstances favorisantes

Auteur: OUEDRAOGO M. Lamine 03 BP 7192 Ouagadougou 03

VII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VI .REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. AGBERE (A)

Analyse de la morbidité et de la mortalité à l'hôpital d'enfants Albert Royer, Dakar en 1983 et 1984.

Thèse Méd. Dakar: 1986, n°16

2. AGBERE (A), TCHABANAN (M.), ATEGBO (S.), TATAGAN (R.), KESIE (K.), KUAKUVI (N.), ASSI MADI (K.)

Analyse de la mortalité hospitalière dans deux services de pédiatrie du TOGO de 1987 à 1989.

Méd. d'Af. Noire, 1991, 26 (7); 230-270

3. AKUE (G.): Bilan de cinq (5) années de fibroscopie digestive haute à l'unité d'endoscopie digestive du CHU de Treichville.

Thèse Méd Lomé:1986, n°24

4. ANGORA (S.) : Pathologie médicale d'urgence au CHU de Treichville: à propos de 962 observations d'adultes du 3 juillet 1981 au 19 août 1981.

Thèse Méd. Bordeaux: 1982; n°413

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.P.H. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

5. ASSI ADOU (J.), ESSOH NOMEL (P.), AHOLI (P.), KOUAME (K.), KANGAH (D), KONAN TIMITE (M.A)

Evolution de la morbidité et de la mortalité pédiatrique hospitalière au cours des cinq dernières années au CHU d'Abidjan de 1971 à 1975

Méd d'Afr. Noire, 1976: 23 (numéro spécial),p19-24.

6. BERTRAND (E.), LE BRAS (M.), RENAMBOT (J.), BEDA (B.), OUETTI (A.), BOUCHEZ (P.) et al.

Morbidité et mortalité hospitalière en 1974 d'un service de médecine interne à Abidjan. Méd d'Afr. Noire 1978: 25 (5); 319 - 325.

7. BEN MILLED (T.), ZAKAMA (B.), CHABBOU (A.), BEN KHEDER (A.) GHARBI (T.)Miliaires tuberculeuses: Aspects actuels

Tunisie médicale , volume 66, (12) ,Décembre1988.

8. BOILLOT (F.) :Itinéraires thérapeutiques des patients tuberculeux en Sierra Leone. Communication :Colloque "Tuberculose à l'heure du SIDA dans les pays en voie de développement.Dakar 1996.

9. BOUSSARI (W.): Evaluation et pronostic des comas non traumatiques admis dans le service des urgences médicales du CHNYO (à propos de 105 cas)

Thèse Méd : Dakar: 1989; n° 07.

10. BUVE (A.), DUJARDIN (B.):Communication: "Prendre en charge la tuberculose de l'exposition à la guérison"Dakar 1996.

11. CHARIERAS (J.L), SIMON (P.)

Morbidité et mortalité dans un service de pédiatrie en zone tropicale (1982, 1983, 1984)

Méd d'Afr noire: 1988, 35 (4) p. 314 - 332.

12. CHIN (J.) : Global estimates of AIDS cases and HIV infection. 1990. AIDS 1990; 4 (suppl): S 227 - S 283.

13. COLL (A.): Accès aux soins et itinéraires thérapeutiques des personnes VIH + et VIH-.Communication:Colloque " la tuberculose à l'heure du SIDA dans les pays en voie de développement".

Dakar 1996.

14. COLL- BOUVIER (M.H.), VALLIN (J.) , HATTON (F.)

Mortalité et causes de décès en France. p 130 - 409

Les grandes enquêtes. Edition INSERM.

15. DE COOK (K.M), SORO (B.), COULIBALY (I.M.), LUCAS (B.S.)

Tuberculosis and HIV infection in subsaharian Africa. Journal of American medical association, 268, 1581 - 1587.

Causes et circonstances favorisantes des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

16. DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION (DEP)
Ministère de la Santé. Statistiques Sanitaires BURKINA FASO 1994 - 1995

17. DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION (DEP)
Ministère de la Santé. Statistiques Sanitaires. Rapports d'activités hospitalières
Ouaga 89- 90 - 91 - 92

18. DIALLO (K.) : Mortalité hospitalière précoce (48h), dans le service de pédiatrie
du CHU de DAKAR de 1974 - 1977.
Thèse Méd, Dakar: 1978, n° 53.

19. DOMOUA(K.), GAOUSSOU(C.), NDHATZ(M.), AKA(E.), KONAN(JB.)
Miliaires tuberculeuses: à propos de 90 cas dans le service de pneumo phtisiologie
du CHU de Treichville.
Méd d'Afr Noire n°106 51p.

20. DRABO (J.Y), SOME (M.L), KABORE (J.), SAWADOGO (S.), LENGANI
(A.), TRAORE (R.), OUEDRAOGO (G.). Morbidité et mortalité hospitalière dans
le service de médecine interne du CHN de Ouagadougou.
Méd d'Afr Noire 1996, n° 43 (12) p 656-659.

Causes et circonstances favorisant des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

21. DUNCAN (L.), ELLOT (A.), EBRAHIM (H.), HIRAS (S.), MUNBA (G.), TEMBO (G.)

Tuberculose sensitivity and HIV status among patients attending a sexually transmitted disease clinic in Lusaka, ZAMBIA.

VII th international conference on AIDS, florence 1991, abstract n.o. wc 3104.

22. HATTON (F.): Mortalité par maladie de l'appareil respiratoire dans dix pays d'Europe et d'Amérique du nord (1979-1990).

Rev. mal respir; 1996, 13, 1-3.

23. JACQUET (J.), SLOAL (JM.)

The changing patterne of miliary tuberculosis thorax, 107, (25), p 237.

24. KOUAKOU (K.) : Les miliaires pulmonaires non tuberculeuses observées dans le service de P.PH. du CHU de Treichville de 1971à1981.

Thèse Méd Abidjan: 1983 ,n° 462.

25. LAKISS (M.) : Réflexions sur les activités d'une consultation de médecine interne au CHU de Treichville.

Thèse Méd. Abidjan 1992

Causes et circonstances favorisantes des décès précoces dans le service de P.PH. du C.H.Y.N.O (1993-1995)

26. LARBAOUI (O.), CHAULET (P.), ABDERAHIM (K.)

La miliaire tuberculeuse aiguë du poumon en Algérie.

Rev. tuber, 1967, 31(6), p 821-828.

27. LAMY (P.), BRIQUET (L.)

Aspects actuels des miliaires tuberculeuses de l'adulte.

Méd. NANCY, 1967, 6(5) 424- 436.

28. LEDRU (S.), CAUCHOIX (B.), YAMEOGO (M.), ZOUBGA (A.),

LAMANDE, CHIRON (J.), FORTAELS (F.),

Impact of short course therapy on tuberculosis drug resistance in south west

BURKINA FASO

Tubercle and lung disease 1996, 77, 429-436.

29. MARTA (D.), CARUNTU (F.), BANICA (D.), FRUNJINA (M.),

BERLEA (O.)

Aspects épidémiologiques et particuliers concernant l'association tuberculose-SIDA

chez les adultes en Roumanie.

Rev. Mal resp. p2 - p108.

30. NKOUA (J.L.), KIMBALLY-KARY (G.), EKOËA (J.), GOMBET (T.),
MOUANGA-YIDIKA (G.).

Mortalité du sujet âgé: à propos de 801 décès de sujets de 60 ans et plus, survenus au
CHU de BRAZZAVILLE.

Méd d'Afr Noire: 1992 , 39 (1) , 6-10.

31 . ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE(OMS)

Annuaire de statistiques sanitaires mondiales.

Genève: 1991

32. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE(OMS)

Presse - bureau de l'information

Genève:1993

33. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE(OMS)

Presse médicale hebdomadaire

2 - 9 Mars 1996. p. 393.

34.ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE(OMS)

Annuaire de statistiques sanitaires mondiales

Genève: 1996.

35. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE(OMS)

Mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000

2è évaluation (vol 2, rég Afr)

8è rapport sur la situation sanitaire dans le monde

1996 ; p 1-25.

36. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE(OMS)

Combattre la maladie; promouvoir le développement .

Rapport sur la santé dans le monde.

1996; p 11-14.

37. OUEDRAOGO (G.): Etude de la mortalité dans un service de médecine interne de l'hôpital A. LE DANTEC; étude prospective de février 1988 à juillet 1988.

Thèse Méd : DAKAR :1989 ; n° 07.

38. SAINT-JEAN (O.), BERIGAND (S.), BOUCHOU (J.P.)

Pathologie et co- morbidité: Un mode dynamique de description de la morbidité chez les sujets âgés. Etude de 100 patients de 80 ans et plus en unité de médecine interne gériatrique de court séjour.

Ann. Méd. Interne. 1991, 142 N°8, 563-569

39. SAMB (B.): Mortalité et morbidité dans le service de médecine interne de H.A.L.D: Etude rétrospective 84-86.

Thèse Méd : DAKAR : 1988; n° 51.

40. SERVICE D'INFORMATION MEDICALE (SIM)

Rapport annuel d'activité hospitalière 1993-1994-1995.

41. SENGA (P.), SAMBA (A.B.), ATANDA (L.)

Morbidité et mortalité des enfants de 5 - 14 ans à l'hôpital général de Brazzaville .

Méd d'Afr noire : 1991, 38 (10), 641- 644.

42. SOME (L.M) : Morbidité et mortalité hospitalière dans le service de médecine interne du CHNYO de Ouagadougou

Thèse Méd : Ouaga 1994; n° 256.

43. SYLLA (O.) :Conception traditionnelle de la maladie

Communication :Colloque " la tuberculose à l'heure du SIDA dans les pays en voie de développement"

Dakar 1996.

44. TEYSSIER (J.), LALLEMENT (A.M), IMBERT (P.), DIAINE (C.),
TERRISOL (M.): Etude de la morbidité et de la mortalité dans un service pédiatrique
à Dakar.

Méd trop. 1986, 46(1), 51-61.

45. TROUILLOND (M.): Les affections dominantes dans le service de pédiatrie du
CHR d'Atakpamé. Société Togolaise de pédiatrie, la pédiatrie Togolaise:
Bilans et perspectives. Ed. Rhône Poulenc santé , Lomé, fév 1986, 54-65.

46. VIANA (A.), DELGADO (V.), DE LA MORENA (J.)

Mortality in the under 65 years of age in a teaching internal medicine service.

Ann. méd interne: 1991 , 8 (7): 336-337.

47. WEIZANI (H.)

Analyse de la mortalité dans un service de pédiatrie de DAKAR en 1975 et 1976.

Thèse Méd : DAKAR : 1981 , n° 07.

ANNEXE I

Début des symptômes : il y a..... Jours
..... Semaines
..... Mois

Délai de consultation.....

Evolution : 1= Amélioration
2=Stationnaire
3= Aggravation
4= Intermittente

Médications utilisées : Tradithérapie oui..... non..... Si oui nature:.....

durée d'utilisation:.....

Structures sanitaires consultées 1 Privée 2 public 3=public et privée

0=aucune structure

Y a t-il été hospitalisé:.....

Si oui nombre de jours d'hospitalisation.....

Délai depuis le contact avec une structure de santé et l'arrivée a l'hôpital

..... Jours:

.....Semaines:

.....Mois:

IV. ANTECEDENTS

| | | |
|--|-----|-----|
| - Asthme: | oui | non |
| - Drepanocytose: | oui | non |
| - H T A: | oui | non |
| - Cardiopathie: | oui | non |
| - Diabete: | oui | non |
| - Tuberculose pulmonaire: | oui | non |
| - Broncho pneumopathie chronique obst: | oui | non |

Precisez type:

Mode de vie: - Tabagique: paquet/année :.....

- Alcoolique:.....

V. EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE

1. Signes cliniques

Cachexie:..... Anemie
clinique:.....
Deshydratation Oedeme des mbs
inf: Fievre.....
Ictere..... Dyspnée.....
Trouble de la conscience.... si oui précisez.....

Hippocratisme digital:.....

Organomégalie:..... si oui précisez:.....

Terrain immunodeprimé: Suspicion: 1.faible 2.Forte

2 . Examen clinique PPD

- Syndrôme de condensation pulmonaire:.....
1. Gauche 2.Droit 3. Bilatéral.
- Syndrôme d'epanchement liquidien:.....
1. Gauche 2.Droit 3. Bilatéral
- Autres..... Précisez.....

VI. DIAGNOSTIC A L'ENTREE

1. Pneumopathie aigu: 1.PFLA 2. P.etendue 3. P.bilatérale.
2. Pleurésie: 1. Unilatérale 2. Bilatérale
3. Miliaire: 1.Unil. 2. Bilat
4. Tuberculose pulmonaire: 1.Présomption 2.Confirmée
5. Broncho pneumopathie aigu: 1.Uni la| 2. Bilal
6. Cancer bronchopulmonaire : 1.suspicion 2.Confirmée
7. Absès du poumon
8. Oedème aigu du poumon
9. Embolie pulmonaire
- 10.Crise d'asthme
11. Etat de mal asthmatique
12. Autres..... Précisez.....

VII. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1. Bilan radiologique

- Atteinte: 1. atteinte unilatérale
2. atteinte bilatérale
3. atteinte massive
- Opacité: 1. opacité systematisée Type:.....
2. Opacité diffuse
- Autres: Précisez.....

2. Bilan biologique

- Azotémie:.....
- Glycémie:.....
- Créatininémie:.....
- Taux d'hémoglobine:
- NFS VS:
- Sérologie HIV: 1=Fait 2=Non fait

BAAR: 1=positif 2=négatif IDR: 1= positif 2= négatif
Autres: Précisez.....

3. Liquide pleural

- Chimie:.....
- Cytologie:.....
- Bactériologie:.....

4. Ponction lombaire: 1= fait Aspect:.....
Résultat:.....
2=non fait

5. Echographie abdominale

- Adenopathie profonde:
- Organomégalie: Précisez
- Autres :Précisez.....

6. E. C. G.: 1=Fait 2=Non Fait
Résultat:.....

VIII. DIAGNOSTIC FINAL

1. Pneumopathie aiguë : 1.PFLA 2. P.etendue 3.P.bila.
 2. Pleuresie tuberculeuse :.....
 3. Pleuresie Purulente a germe
 4. Pleuresie a germe X(indeterminé)
 5. Tuberculose pulmonaire.....
 6. Tuberculose multifocale..... précisez.....
 7. Miliaire tuberculeuse.....
 8. Fibrose pulmonaire.....
 9. Abces pulmonaire.....
 10. Cancer broncho pulmonaire.....
 11. Bronchopneumopathie chronique obstructive.....

 12. Broncho pneumopathie aiguë.....
 13. Pathologie non pleuro pulmonaire:
 1. Cardiaque 2. Méningite CS 3. Rénale 4. SIDA
- Maladie
- 5 . Hépatique 6. Autres Précisez.....

IX. TRAITEMENT

1. A t-il reçu un traitement: 1. Oui 2. Non
- Si oui nature du ttt .Antibiotiques:
 - . Antituberculeux.:
 - . Corticoïdes:
 - . Bronchodilat:
 - . O2 ttt:
 - . Antipalu:
 - . Réhydratation:
 - . Transfus.Sg:
- Autres Précisez.....:

- Si non pourquoi :
 1. Ordonnance non honorée
 2. Odonnance honorée partiellement
 3. Autres précisez:.....

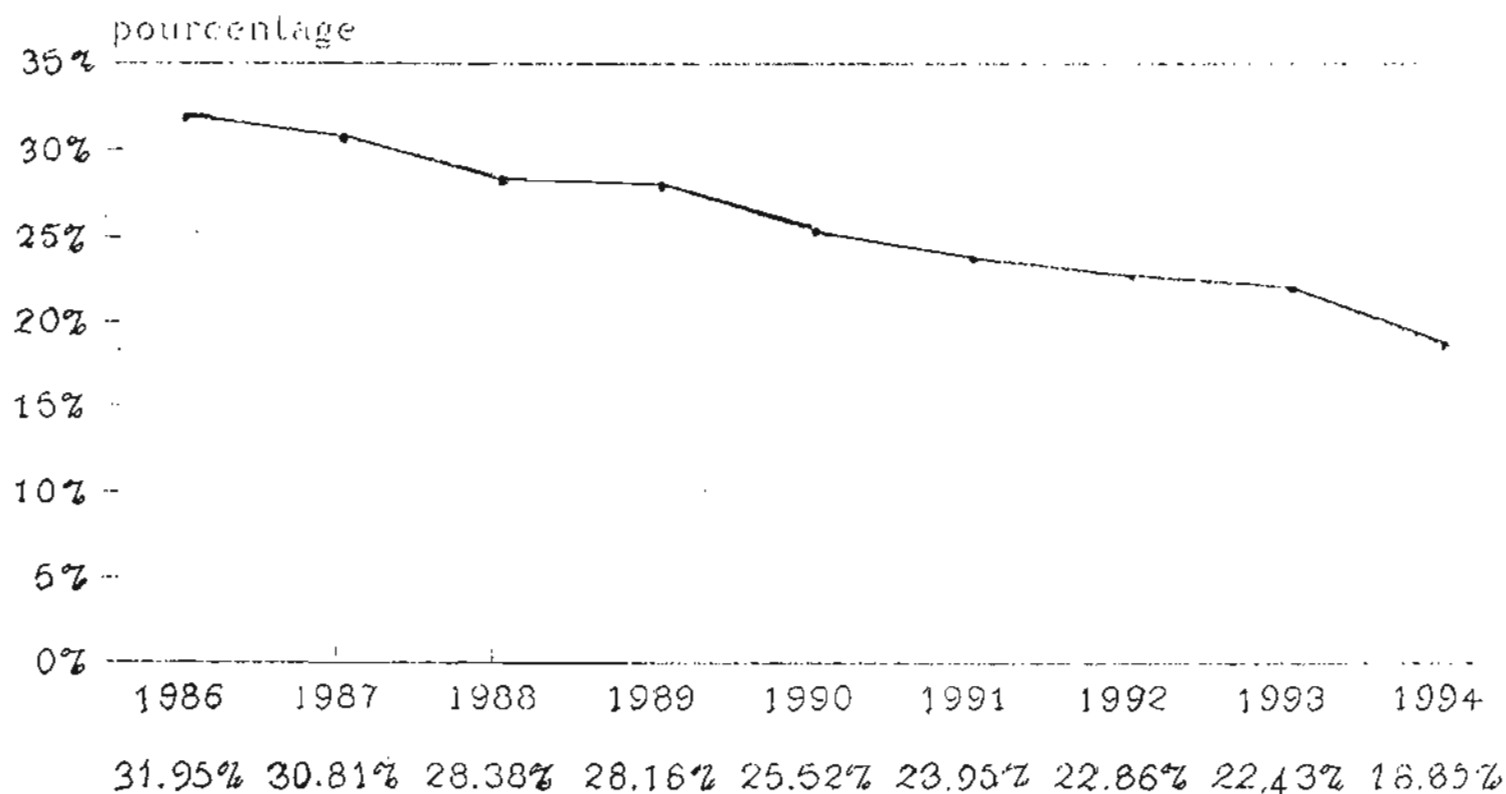
2. Qualification de l'agent ayant reçu le malade:
en 1er et sa CAT
- L'infirmier CAT.....

- L'interne
- Le médecin

CAT.....
CAT.....

ANNEXE II

EVOLUTION DE LA FREQUENTATION DES FORMATIONS SANITAIRES (1986 - 1994)



Même tendance à la baisse de la fréquentation des formations sanitaires qu'en 1993. Il faut signaler par ailleurs que huit (8) provinces sur 30 ont enregistré en 1994 des taux de fréquentation très bas. Quelques fois, même les taux sont diminués de moitié par rapport à l'année 1993. Il s'agit du Gourma, Kadiogo, Kéné Dougou, Nahouri, Passoré, Zoundwéogo.

D'une manière générale, cette situation pourrait s'expliquer par un faible taux de complétude des rapports au niveau des provinces.

SERMENT D'HIPPOCRATE

" En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la médecine, je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et mépris de mes confrères si j'y manque.