

UNIVERSITÉ DE OUAGADOUGOU

**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
SCIENCES DE LA SANTE (UFR/SDS)**

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2001-2002

Thèse N° : 39

**LES URGENCES GYNECOLOGIQUES ET
OBSTETRIQUES A LA MATERNITE DU C.H.N.-Y.O. :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET
COUT DE LEUR PRISE EN CHARGE.**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2001
Pour l'obtention du grade de DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Zézouma Philippe SANOU

Né le 27 juillet 1973 à Ouagadougou (Burkina Faso)

Directeur de thèse :

Pr.Ag. Jean LANKOANDE

Codirecteur :

Dr Abdoulaye TRAORE

Jury

Président : Pr.Ag. OUMAR TRAORE

Membres : Dr Abdoulaye TRAORE

Dr Si Simon TRAORE

Dr Michel AKOTIONGA

UNIVERSITÉ DE OUAGADOUGOU
Unité de Formation et de Recherche
Sciences de la Santé (UFR/SDS)

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr. Amadou SANOU
Directeur Adjoint	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur de la Section Pharmacie	Pr. I. Pierre GUISSOU
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr OUEDRAOGO / Rasmata TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	M. TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mme Christine NARE
Responsable de la Bibliothèque	M. Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Directeur	Mlle Michèle K. ILBOUDO
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme KABRE Hakiéta

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS AU TITRE DE L'ANNEE
2000 / 2001**

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires (08)

Rambré Moumouni OUIHINGA	Anatomie organogénèse
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

Professeurs associés (01)

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

Maitres de Conférences (19)

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Oumar TRAORE N°1	Orthopédie-Traumatologie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Théophile L. TAPSOBA	Biophysique-Médecine Nucléaire

Maitres-Assistants (23)

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Daman SANO	Chirurgie Générale
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Boubakar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Abel KABRE	Neuro-Chirurgie
Maïmouna DAO / OUATTARA	ORL
Nicole Marie KYELEM / ZABRE	Maladies Infectieuses

Antoinette TRAORE / BELEM
Kapouné KARFO
Timothée KAMBOU
Jean Baptiste NIKIEMA
Ali NIAKARA
André K. SAMANDOULOGOU
Pingwendé BONKOUNGOU
Nonfounikoun Dieudonné MEDA
Athanase MILLOGO
Nazinigouba OUEDRAOGO
Diarra YE / OUATTARA
Laurent OUEDRAOGO
Lassina SANGARE

Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie
Pharmacognosie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Neurologie
Réanimation
Pédiatrie
Santé Publique
Bactério-Virologie

Assistants

T.Christian SANOU (in memoriam)
Doro SERME (in memoriam)
Hamadé OUEDRAOGO

Alexis ROUAMBA

M. Théophile COMPAORE
Y. Abel BAMOUNI
Rigobert THIOMBIANO
Raphaël DAKOURE
Robert O. ZOUNGRANA
Bobliwendé SAKANDE
Raphaël SANOU (in memoriam)
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)
Arsène M. D. DABOUE
Vincent OUEDRAOGO
S. Christophe DA
Aurélien Jean SANON
Claudine LOUGUE / SORGHO
Barnabé ZANGO
L. Valerie Adélaïde NEBIE
Blandine THIEBA
Abdel Karim SERME
Moussa BAMBARA
Fatou BARRO
Olga LOMPO
Appolinaire SAWADOGO

Oto Rhino Laryngologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation-
physiologie
Anesthésie-Réanimation-
physiologie
Chirurgie
Radiologie
Maladies Infectieuses
Anatomie-Chirurgie
Physiologie
Anatomie-Pathologique
Pneumo-phtisiologie
Radiologie
Ophtalmologie
Médecine du Travail
Chirurgie
Chirurgie
Radiologie
Chirurgie
Cardiologie
Gynécologie-Obstétrique
Gastro-Entérologie
Gynécologie-Obstétrique
Dermatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie

Martial OUEDRAOGO
Moussa KERE
Innocent NACOULMA
P. Antoine NIAMPA
Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE
Z. Théodore OUEDRAOGO
P. André KOALAGA
Emile BANDRE
Syranyan SEKOULE
Dieudonné OUEDRAOGO
Moussa OUEDRAOGO

Pneumo-Phtisiologie
Santé Publique
Orthopédie-Traumatologie
Dermatologie
Gynécologie-Obstétrique
Santé Publique
Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie générale et digestive
Psychiatrie
Chirurgie maxilo-faciale
Pharmacologie

Assistants Biologistes des Hôpitaux

Idrissa SANOU
Harouna SANON
Issa SOME
Rasmané SEMDE
Elie KABRE
Jean SAKANDE

Bactéριο-Virologie
Hématologie/Immunologie
Chimie Analytique
Galénique
Biochimie
Biochimie

Assistants associés (01)

Valérie MURAILLE

Galénique et Chimie-Analytique

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

UFR des Sciences de l'environnement et de la terre (UFR/SET)

et

UFR des Sciences exactes et Appliquées (UFR/ SEA)

Professeurs Titulaires

Akry COULIBALY

Sita GUINKO

Guy V. OUEDRAOGO

Laya SAWADOGO

Laou Bernard KAM (in memoriam)

Patoin Albert OUEDRAOGO

Mathématiques

Botanique-Biologie Végétale

Chimie Minérale

Physiologie-Biologie Cellulaire

Chimie

Zoologie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA

François ZOUGMORE

Adama SABA

Philippe SANKARA

Gustave KABRE

Chimie-Physique Générale

Physique

Chimie Organique

Cryptogamie-Phytopharmacie

Biologie Générale

Maîtres-Assistants

Makido B. OUEDRAOGO

Raymond BELEMTOUNGOURI

Drissa SANOU

Génétique

T.P. Biologie Cellulaire

Biologie Cellulaire

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)

Physiologie

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO	Génétique
Georges Annicet OUEDRAOGO	Biochimie

UFR des Sciences Economiques et de Gestion (UFR/SEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion
-------------------	------------------

UFR des Sciences Juridiques Politiques (UFR/SJP)

Assistants

Jean Claude TAITA	Droit
-------------------	-------

ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. DAHOU (in mémoriam)	Hydrologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Mr Mamadou DIALLO	Anglais
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Alassane SICKO	Anatomie
Dr Aline TIENDREBEOGO	Chimie Analytique et contrôle médical
Dr Noël ZAGRE	Nutrition
Dr Maminata TRAORE / COULIBALY	Biochimie
Dr Seydou SOURABIE	Pharmacognosie
Dr Félix KINI	Chimie
Dr Lamine OUEDRAOGO	Biologie Cellulaire
Dr Marie Françoise OUEDRAOGO	Mathématiques
Mme Cécile OUEDRAOGO	Anglais

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

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

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactéριο-Virologie (Dakar)
Pr. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Emmanuel BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)
Pr Mamadou BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pr Babacar FAYE	Pharmacologie (Dakar)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr Raphaël DARBOUX	Histologie-Embryologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr. Jean NEVE	Chimie Thérapeutique
Pr. Viviane MOES	Galénique

Mission avec les autres universités

Pr André BIGOT	Immunologie
----------------	-------------

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

A Maman et à Papa

“ Je vous aime.

Ce travail est également le vôtre.”

A mes frères : Stéphane et William

Je me souviendrai toujours de ces questions après chaque session :

« et ton examen ? »

« est-ce que tu penses que tu vas réussir ? »

Que les fruits de ce travail nous servent.

Aux grandes familles Sanou et Compaoré

“ Merci pour votre soutien constant.”

A Hyacinthe Kaboré (in mémorium)

“ Tu nous as quittés précocement.

De l’au-delà reçois ce travail.”

A mes amis : Bertrand Kam, Ousmane Djiré, Maurice Ilboudo.

“ Pour vos encouragements.”

A Edith Ouédraogo

“ Pour ton soutien et ta patience.

Très affectueusement.”

A tous mes promotionnaires : Labodi Lompo, Saïdou Ouattara, Bruno Tatieta, Ismaël Diallo, Daouda Signé, Arnaud Kouseibo, Angèle Ouédraogo/Ouangré, Noufou Sankara...

“ Nous avons passé de bons moments ensemble.

Bon courage et gardons le contact.”

A toutes les patientes ayant participé à notre étude

“ Par votre aide et votre compréhension notre travail arrive à terme.

Puisse-t-il contribuer à alléger les souffrances d’autres patientes.”

A NOS MAITRES ET JUGES

Le Professeur OUMAR TRAORE

Maître de conférence agrégé de chirurgie orthopédie,
Président du jury.

En acceptant de présider notre jury, ceci représente un grand honneur et un privilège pour nous, et ce, malgré vos multiples préoccupations professionnelles. Puisse notre travail être à la hauteur de votre attente.
Très haute considération.

Le Professeur agrégé Jean LANKOANDE

Maître de conférence agrégé de gynécologie-obstétrique,
Directeur de thèse.

Cher maître, ce fut un grand honneur pour nous de vous avoir à nos côtés afin de diriger ce travail. Votre dynamisme, votre simplicité et votre disponibilité, nous ont permis de réaliser ce travail. Puisse vos qualités humaines et intellectuelles, servir d'exemple aux générations futures.
Veuillez trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements. Profonde gratitude.

Le Dr Si Simon Traoré

Maître assistant de chirurgie générale,
Membre du jury.

Accepter juger notre travail, malgré vos multiples occupations constitue un grand honneur pour nous. Votre modestie et votre constante disponibilité font de vous un grand maître. Soyez assuré cher maître, de notre sincère reconnaissance.

Le Dr Abdoulaye Traoré

Maître assistant de santé publique,
Codirecteur et Membre du jury.

Votre concours dans ce travail est inestimable. Tout au long de son élaboration, vous nous avez prêté une oreille attentive. Avec vous, nous avons beaucoup appris.
Profonde gratitude.

Le Dr Michel Akotonga

Maître assistant de gynécologie-obstétrique,
Membre du jury.

Nous sommes touché par l'honneur que vous nous faites de juger notre travail.
Nous admirons votre disponibilité et votre dévouement quant à l'encadrement des
étudiants de la maternité du CHN-YO.
Nous vous disons merci.

REMERCIEMENTS

Au Pr Bibiane KONE, ex-chef de service de la maternité du CHN-YO

Aux Dr Fatoumata Traoré, Blandine THIEBA, Marius NACOULMA,

Ali OUEDRAOGO, Tiémoko OUATTARA, Mohamed FOFANA, Souleymane
ZAN, Raphaél KABORE en service à la maternité du CHN-YO

A tout le personnel de la maternité

Au Dr Alain BOUGOUMA, maître assistant de gastro-entérologie

Au Dr Laurent OUEDRAOGO, à la Direction de la famille et de la santé

Au Dr Jean Paul KABORE, cardiologue

Au LARLE NAABA

Au personnel de la bibliothèque de l'UFR/SDS

A toutes les familles amies et voisines de Pissy

A Ollé KAM, Bernard, Antoine, Stéphane KABORE, Cédric NANEMA,
Abdoulaye TRAORE, Fatogoma SANON, Chieck, Porogo...

Pour votre encadrement, soutien moral et matériel.

Une fois de plus merci.

Par délibération, l'unité de formation et de recherche/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.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMIU	:	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
cc	:	centimètre cube
CHN-YO	:	Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO
CHN-SS	:	Centre Hospitalier National Souro SANOU
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CM	:	Centre Médical
CMA	:	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CSPS	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
F CFA	:	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
ISND	:	Institut National de la Statistique et de la Démographie
N	:	Nombre
mn	:	minute
mmhg	:	Millimètre de mercure
%	:	Pourcentage

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	XX
I INTRODUCTION	1
II ENONCE DU PROBLEME	4
III REVUE DE LA LITTERATURE	7
3.1. AU BURKINA FASO	8
3.2. EN AFRIQUE	10
3.3. EN EUROPE.....	12
IV OBJECTIFS	13
4.1. OBJECTIF GENERAL.....	14
4.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	14
V METHODOLOGIE	15
5.1. CADRE DE L'ETUDE.....	16
5.1.1. LE CADRE SOCIOECONOMIQUE : LE BURKINA FASO.....	16
5.1.2. LE CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO	17
5.1.3. LE SERVICE DE LA MATERNITE DU CHN-YO	17
5.2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE	19
5.3. ECHANTILLONNAGE.....	20
5.3.1. TAILLE DE L'ECHANTILLON	20
5.3.2. CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTES	20
5.3.3. CRITERES D'EXCLUSION	20
5.4. COLLECTE DES DONNEES.....	20
5.4.1. SUPPORT DE COLLECTE DES DONNEES	21
5.4.2. MODALITES DE RECUEIL DES DONNEES.....	21
5.5. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES	22
5.6. CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE	22
VI RESULTATS	24
6.1. FREQUENCE DES URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES.....	25
6.2. PROFIL DES PATIENTES ADMISES EN URGENCE.....	25
6.2.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	25
6.2.2. LE MODE DE REFERENCE DES PATIENTES	27
6.2.3. MOTIFS D'HOSPITALISATION	28
6.3. ANTECEDENTS DES PATIENTES ADMISES EN URGENCE.....	30
6.3.1. LA CONTRACEPTION	30
6.3.2. LA DATE DES DERNIERES REGLES	30
6.3.3. LA GESTITE.....	31
6.3.4. LA PARITE.....	31

6.3.5. LES ENFANTS MORTS-NES	32
6.3.6. L'AVORTEMENT	32
6.3.7. AUTRES ANTECEDENTS	33
6.4. ETAT CLINIQUE DES PATIENTES A LEUR ADMISSION	33
6.4.1. L'ETAT GENERAL	33
6.4.2. LES OEDEMES DES MEMBRES INFERIEURS	34
6.4.3. LES VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	34
6.4.4. LA TENSION ARTERIELLE	34
6.4.5. LA TEMPERATURE	34
6.5. DIAGNOSTICS	34
6.6. PRISE EN CHARGE DES PATIENTES	36
6.6.1. DELAI DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES RECUES EN URGENCE A LA MATERNITE.	36
6.6.2. TYPE DE TRAITEMENT RECU	37
6.7. DEVENIR DES PATIENTES ADMISES EN URGENCE	38
6.7.1. DUREE DE L'HOSPITALISATION	38
6.7.2. LA MORTALITE MATERNELLE	38
6.7.3. LES DECES PERINATALS ET MORTINATALITE	40
6.8. COUT DES DEPENSES ENGENDREES PAR UNE ADMISSION EN URGENCE A LA MATERNITE.	41
6.8.1. LA FICHE D'HOSPITALISATION	41
6.8.2. LE KIT OPERATOIRE	41
6.8.3. COUT DE L'EVACUATION	41
6.8.4. COUT DE LA CHAMBRE DURANT TOUTE L'HOSPITALISATION	42
6.8.5. L'ACTE	42
6.8.6. LES SOINS DE SANTE AUX NOUVEAU-NES	43
6.8.7. LE COUT DES MEDICAMENTS	43
6.8.8. COUT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	44
6.8.9. TOTAL DES DEPENSES EFFECTUEES	45
VII DISCUSSION ET COMMENTAIRES	47
7.1. FREQUENCE DES URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES	48
7.2. PROFIL DES PATIENTES ADMISES EN URGENCE	48
7.2.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	48
7.2.2. LE MODE DE REFERENCE DES PATIENTES	50
7.2.3. MOTIFS D'HOSPITALISATION	51
7.3. ANTECEDENTS DES PATIENTES	52
7.3.1. LA CONTRACEPTION	52
7.3.2. LA DATE DES DERNIERES REGLES	52
7.3.3. LA GESTITE	52

7.3.4. LA PARITE.....	53
7.3.5. LES ENFANTS MORTS-NES	53
7.3.6. LES AUTRES TYPES D'ANTECEDENTS NOTES	53
7.4. ETAT CLINIQUE DES PATIENTES A LEUR ADMISSION	53
7.4.1. L'ETAT GENERAL.....	53
7.4.2. LA TENSION ARTERIELLE.....	54
7.4.3. LA TEMPERATURE	54
7.5. DIAGNOSTICS	54
7.6. TRAITEMENT.....	55
7.6.1. DELAI DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES RECUES EN URGENCE A LA MATERNITE	55
7.6.2. TYPE DE TRAITEMENT.....	56
7.7. DEVENIR DES PATIENTES ADMISES EN URGENCE.....	57
7.7.1. DUREE DE L'HOSPITALISATION.....	57
7.7.2. LA MORTALITE MATERNELLE.....	57
7.7.3. DECES PERINATALS ET MORTINATALITE.....	60
7.8. COUT DES DEPENSES ENGENDREES PAR UNE ADMISSION EN URGENCE A LA MATERNITE.....	60
7.8.1. LA FICHE D'HOSPITALISATION.....	60
7.8.2. KIT OPERATOIRE.....	61
7.8.3. COUT DE L'EVACUATION	61
7.8.4. COUT DE LA CHAMBRE DURANT TOUTE L'HOSPITALISATION	62
7.8.5. L'ACTE OPERATOIRE	62
7.8.6. LES SOINS DE SANTE AUX NOUVEAU-NES	62
7.8.7. NOMBRE D'ORDONNANCES	63
7.8.8. NOMBRE DE PRODUITS PAR ORDONNANCE.....	63
7.8.9. LE COUT DES PRODUITS.....	64
7.8.10. COUT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....	64
VIII CONCLUSION	67
IX SUGGESTIONS	69
9.1. AU PERSONNEL DE LA MATERNITE DU C.H.N.-Y.O.	70
9.2. AUX RESPONSABLES DU C.H.N.-Y.O.....	70
9.3. AUX AUTORITES POLITIQUES ET SANITAIRES.....	70
X BIBLIOGRAPHIE.....	72
ANNEXES	83

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Figure 1 : Répartition des 341 patientes reçues en urgence à la maternité du CHN-YO selon l'âge.	25
Tableau I : Répartition des 341 patientes reçues en urgence à la maternité du CHN-YO, en fonction des catégories socioprofessionnelles.	26
Tableau II : Répartition des 341 patientes reçues aux urgences à la maternité du CHN-YO, en fonction de leur situation matrimoniale.	26
Tableau III : Répartition des 341 patientes reçues aux urgences à la maternité du CHN-YO, en fonction de la provenance.	27
Tableau IV : Répartition des 341 patientes reçues aux urgences de la maternité du CHN-YO, en fonction du mode d'admission.	28
Tableau V : Répartition des patientes reçues pour urgence obstétricale à la maternité du CHN-YO, selon le motif d'hospitalisation.	29
Tableau VI : Répartition des patientes reçues pour urgence gynécologique à la maternité du CHN-YO, en fonction du motif d'hospitalisation.	30
Graphique I : Répartition des patientes selon la parité.	32
Graphique II : Répartition des 53 patientes admises en urgence à la maternité du CHN-YO, en fonction du type d'avortement.	33
Tableau VII a : Répartition des patientes reçues à la maternité du CHN-YO, en fonction du diagnostic de l'urgence obstétricale.	35
Tableau VII b : Répartition des patientes reçues à la maternité du CHN-YO, en fonction du diagnostic de l'urgence gynécologique.	35
Tableau VIII : Répartition des 341 patientes reçues en urgence à la maternité du CHN-YO, en fonction du temps d'attente en salle de triage.	36
Tableau IX : Répartition des patientes reçues en urgences à la maternité du CHN-YO, en fonction du délai des soins.	36
Tableau X : Répartition des patientes reçues en urgence à la maternité du CHN-YO, en fonction du délai de prise en charge d'une intervention.	37
Tableau XI : Répartition des 294 patientes reçues en urgence à la maternité du CHN-YO, en fonction du traitement reçu.	37
Tableau XII : Répartition des 341 patientes reçues en urgence à la maternité du CHNYO, en fonction de la durée d'hospitalisation.	38
Tableau XIII : Répartition des 12 patientes décédées à la maternité en fonction des causes.	39
Tableau XIV : Répartition des 12 patientes décédées en fonction de leur durée d'hospitalisation.	40
Tableau XV : Répartition des 73 patientes reçues en urgence en maternité, en fonction du coût de leur évacuation.	41
Tableau XVI : Répartition des 341 patientes reçues en urgence à la maternité du CHNYO, en fonction du coût de la chambre durant toute l'hospitalisation.	42

Tableau XVII : Répartition des 327 patientes reçues en urgence à la maternité du CHNYO, en fonction du nombre de produits par ordonnance.	43
Tableau XVIII : Répartition des 327 patientes reçues en urgence à la maternité du CHNYO, en fonction du total des dépenses effectuées.....	45
Tableau XIX : Coûts moyens de quatre urgences en fonction de la provenance des patientes.....	46

I INTRODUCTION

Les femmes ont un appareil génital différent de celui des hommes. De ce fait, lorsqu'elles sont en grossesse ou qu'elles présentent une pathologie de leur appareil génital, elles se rendent à la maternité. La maternité est un service regroupant la gynécologie et l'obstétrique. La gynécologie se définit comme la science qui étudie l'organisme de la femme et de son appareil génital sur les plans morphologique, physiologique et pathologique. Quant à l'obstétrique, elle est considérée comme une partie de la gynécologie qui étudie la fonction génitale de la femme dans sa période d'activité gravidique [38].

L'urgence pour le médecin, est une situation pathologique grave qui risque de mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel si elle n'est pas traitée dans les délais les plus brefs. Pour le malade, par contre, toute situation pathologique nouvelle ou insolite est une urgence qui justifie l'appel du médecin, ou le transport dans un établissement de soins [24]. Nous devons savoir distinguer l'urgence vraie qui met immédiatement en danger la vie du sujet ou l'intégrité de l'une de ses fonctions, de l'urgence ressentie où dominent les estimations subjectives du malade ou de son entourage [12]. Une autre définition nous donne que : l'urgence désigne une situation du vécu humain où la présence médicale est nécessaire dans les plus brefs délais [65].

La maternité sans risque, c'est selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), "assurer aux femmes les services dont elles ont besoin pour traverser sans danger la période de la grossesse et de l'accouchement et pour mettre au monde un bébé bien portant et continuer de jouir d'une bonne santé pour élever ce bébé dans la joie [6].

Le Burkina Faso depuis l'adoption de l'initiative de Bamako par le conseil des ministres du 21 juillet 1993, a opté pour une nouvelle politique sanitaire, en découpant le pays en 53 districts sanitaires devant tous comporter une antenne chirurgicale et gynéco-obstétricale [45].

Au Burkina Faso, le Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHN-YO) occupe le troisième niveau de la pyramide sanitaire ; ceci avec le

Centre Hospitalier National Souro Sanou (CHN-SS). De ce fait, la maternité du CHN-YO constitue le centre de référence en ce qui concerne les urgences gynécologiques et obstétricales.

Chaque jour se présentent, dans les services de gynécologie et d'obstétrique, un certain nombre de femmes qui posent des problèmes ; il s'agit fréquemment des problèmes d'urgence pour lesquels, diagnostic d'abord, conduite à tenir ensuite représentent des moments d'autant plus essentiels que leur solution doit intervenir rapidement, dans les heures, parfois même dans les minutes qui suivent l'arrivée de la femme dans le service [42].

Notre étude vise à donner des renseignements sur les aspects épidémiologiques, cliniques et le coût de la prise en charge des patientes reçues en urgence à la maternité du CHN-YO. Nous proposerons des stratégies pour une meilleure prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales.

II ENONCE DU PROBLEME

Dans le monde, on estime que 500000 femmes meurent chaque année des suites de grossesse, de l'accouchement ou du post partum. 99% des décès maternels ont lieu dans les pays en développement. Le risque de mortalité maternelle y est plus élevé par rapport aux pays du Nord, de 100 à 400 fois [1].

Le Burkina Faso, pays en développement, a une population majoritairement jeune et féminine. Le taux de mortalité maternelle y est de 484 pour 100000 naissances vivantes ; et le taux de mortalité maternelle en milieu hospitalier de 4110 pour 100000 naissances vivantes [42]. C'est ainsi que le concept de santé maternelle et infantile est né, dans le but de réduire la mortalité maternelle et infantile.

A la maternité du CHN-YO, les patientes sont adressées en salle d'accouchement où elles sont examinées et reçoivent les premiers soins. Les patientes admises en urgence sont soit évacuées d'une formation sanitaire soit venues d'elles-mêmes ou adressées par leur médecin traitant. Ces patientes présentent des profils socio-démographiques et des pathologies divers.

Au sein de la maternité du CHN-YO, hormis le test immunologique de grossesse, aucun examen para-clinique n'est réalisé et les seuls médicaments disponibles sont contenus dans le kit de 2000 F CFA et sont : un flacon de soluté, une ampoule de diazépam, d'ocytocique, de quinine résochine et d'ampicilline.

En cas d'urgence vue par le patient ou l'accompagnant se révélant être une urgence vraie, peu de patientes disposent d'argent sur elles. A cela s'ajoute la situation financière précaire des patientes et des accompagnateurs alors que tout acte posé doit être payé d'avance.

Une étude antérieure sur les évacuations au CHN-YO a été faite par Foro et Lankoandé [21; 33]. Quant à Sondo, il s'est intéressé au coût financier des soins de santé auprès des femmes ayant eu un accouchement à risque [61].

La maternité du CHN-YO est l'un des services les plus importants quant aux admissions de patientes ; il serait alors intéressant de connaître tous les types

d'urgences afin d'améliorer leur prise en charge dans les délais les plus courts [59].

III REVUE DE LA LITTERATURE

Pour définir le terme " urgence ", nous avons adopté celle du séminaire atelier de Goundi tenu en 1996. Cette définition est opérationnelle et est libellée comme suit : << une urgence, dans le domaine des soins de santé, est une situation du vécu humain nécessitant une présence médicale rapide et immédiate >> [44].

L'urgence obstétricale est toute pathologie gravissime survenant chez une femme enceinte à partir de la 28ème semaine d'aménorrhée [42].

Les urgences dans les domaines gynécologique et obstétrical ont intéressé plusieurs auteurs mais surtout des Africains, ceci dû au fort taux de mortalité maternelle que connaît l'Afrique.

3.1. AU BURKINA FASO

Dans les pays en voie de développement, en particulier au Burkina Faso, la prise en charge des évacuations sanitaires en gynécologie-obstétrique dans les centres de référence est un problème quotidien. Il est à noter que les plus graves complications obstétricales étaient observées parmi les patientes évacuées du milieu rural [43 ; 21].

Il y a divergence quant aux modes d'admissions et les taux des décès des patientes.

Ainsi Lankoandé et coll., dans diverses études faites à travers le pays, nous donnent un taux d'évacuation de 54% avec un âge moyen des patientes évacuées de 26,76 ans. Pour les motifs d'évacuation, la grossesse et l'accouchement représentaient 93,2%, tandis que les motifs gynécologiques étaient de 6,8% [33].

Par contre pour Lompo, les évacuations ne représentaient que 13,1% des admissions du CHN-SS, 73,9% des décès maternels et 69,8% des décès périnataux seraient imputables à cette population [40].

Les taux de décès maternels au Burkina étaient en 1991 et 1992, respectivement de 566 et 308,7 pour 100.000 naissances vivantes [27 ; 28]. Mais

Lankoandé, dans une étude, trouvait un taux très élevé de mortalité de 4.110 pour 100.000 naissances vivantes [34]. Toutefois, il s'agissait d'un taux hospitalier.

La définition de la mortalité maternelle par l'Organisation Mondiale de la Santé est la suivante : le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de quarante deux jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite [57].

En ce qui concerne les coûts sanitaires on a également noté des différences selon les auteurs.

L'étude de Sondo et coll. portant sur << le coût financier des soins de santé : enquête auprès des femmes ayant eu un accouchement à risque >>, a conduit à des résultats intéressants [61] :

- le coût du transport variait de 750 à 30.000 F CFA
- pour les nouveau-nés, le coût médian des dépenses en soin était de 2.400 F CFA
- le coût des médicaments des femmes évacuées variait de 1.665 à 32.750 F CFA

Pour Lankoandé et coll., les frais de transport variaient de 1.500 à 20.000 F CFA, ceci en fonction de la distance parcourue [33].

Ouédraogo a noté que la somme totale dépensée par chaque patiente pour les produits et les examens para-cliniques étaient de 9.002 F CFA en moyenne. Quant aux examens para-cliniques, les patientes dépensaient en moyenne 799 F CFA [54].

L'état clinique des patientes à leur admission a intéressé Lompo, pour qui l'anémie a été retrouvée dans 22,5% des cas et la fièvre dans 14,6% [40].

Le type d'urgences pour lesquelles les patientes ont été admises en maternité présente également des variations selon les auteurs. Ainsi, Lompo notait

que la dystocie représentait 38,1 % des évacuations dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHN-SS [40].

La mortalité maternelle a fait l'objet de nombreuses publications au Burkina Faso, avec des résultats différents. C'est ainsi que Napon, dans son étude sur «la mortalité maternelle dans l'agglomération de Ouagadougou de 1990 à 1994 », trouvait un taux de mortalité maternelle de 269,7 décès pour 100.000 naissances vivantes [49]. Lompo, dans une étude de 1993 au CHN-SS, notait un taux de mortalité hospitalière très élevé en 1991 de 1.028,43 pour 100.000 naissances vivantes [40].

De même, les avis divergent sur la durée de l'attente. Ainsi, Ouoba notait en 1992 un temps d'attente de 10 minutes pour les urgences chirurgicales, 8 minutes pour les urgences médicales et 11 minutes pour les urgences gynécologiques et obstétricales [56]. Ouédraogo, dans une étude un peu plus récente (1998), trouve un délai d'attente aux urgences médicales de 17 minutes en moyenne et un délai thérapeutique de 77 minutes en moyenne [54]. La différence de délai entre ces deux auteurs s'explique-t-elle par la différence des dates des études (6 années) et une éventuelle détérioration des conditions de prise en charge des patients ?

3.2. EN AFRIQUE

La situation sanitaire des patientes trouvées au Burkina Faso se retrouve plus ou moins dans la plupart des pays africains notamment de la sous-région.

En ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques des patientes, on trouve les mêmes tranches d'âge.

Ainsi au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville, Illokki et coll. ont montré que 15,3% des patientes reçues ont consulté pour des urgences

gynécologiques. Ils ont également noté que leur âge variait de 15 à 53 ans, avec une moyenne de 29 ans [26]. Pour Traoré, l'âge moyen des patientes reçues en urgence en 1989 au C.H.U. était de 26 ans [64].

Au Mali, Diarra et coll. ont noté que parmi leur échantillon, les évacuées représentaient 69% et les référées 29%. La dystocie représentait l'urgence la plus fréquente. Ils ont également noté une mortalité maternelle de 5% et fœtale de 31,4% [18]. Toutefois, Traoré a noté que 58% des patientes venaient consulter d'elles-mêmes ; le premier motif d'évacuation qu'elle a identifié était l'hémorragie dans 35% des cas [64].

Au CHU de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire), Bohoussou notait que 66,8% des patientes étaient des évacuées sanitaires [9].

Ce sont les populations proches qui fréquentent les services d'urgence. Ce constat a été fait en 1995 par Gueguen qui a noté que 91,8% des patientes reçues au service d'urgences et d'accueil de l'hôpital régional de Ziginchor au Sénégal provenaient de la région administrative de cette ville [23].

En ce qui concerne la mortalité maternelle, même si les études ne s'accordent pas sur son importance, elles donnent des ordres de grandeur bien inférieurs à ceux notés au Burkina Faso. Ainsi, la mortalité maternelle notée dans 10 communes d'Abidjan par Bohoussou était de 220 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes [9].

En ce qui concerne les coûts sanitaires, on note les mêmes disparités . Par exemple, à Dakar, l'étude de Cissé a trouvé que le coût moyen de la prise en charge depuis la décision d'évacuation sur le CHU Le Dantec jusqu'à la sortie se chiffrait à 67.362 F CFA en moyenne avec des extrêmes variant de 3.500 à 142.015 F CFA [14]. A Yaoundé, Blatt et coll. notaient que le coût réel en officine d'une ordonnance variait de 1.025 à 81.700 F CFA avec une moyenne de 9. 748 F CFA [8].

3.3. EN EUROPE

Morgan J. et coll. notaient dans une étude, que l'âge moyen des patientes consultant en maternité pour urgence était de 28 ans, avec des extrêmes de 16 à 65 ans. Toujours selon eux, 38% de leur échantillon a été référé par un médecin généraliste [47].

Ilef et coll. en France en 1992 notaient que les patientes étaient examinées dans le quart d'heure qui suivait leur arrivée dans 93% des cas [25] ; tandis qu'à Nantes, Rusterholtz et coll. ont noté un délai thérapeutique de 1h39mn [58].

IV OBJECTIFS

4.1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général est l'étude des aspects épidémiologiques, cliniques et du coût de prise en charge des patientes admises en urgence à la maternité du CHN-YO.

4.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Spécifiquement, l'étude vise à :

- déterminer la fréquence moyenne des patientes admises en urgence
- déterminer le profil de ces patientes
- déterminer l'état clinique à l'admission de ces patientes
- déterminer le type de pathologie que l'on rencontre en urgence
- calculer le coût moyen d'un séjour à la maternité du CHN-YO pour une urgence

V METHODOLOGIE

5.1. CADRE DE L'ETUDE

5.1.1. LE CADRE SOCIOECONOMIQUE : LE BURKINA FASO

Le Burkina Faso, ex-Haute-Volta, est situé dans la boucle du Niger au centre de l'Afrique de l'Ouest. Pays enclavé, sa superficie est de 274 200 Km². Il est limité, au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger, au sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin.

Ancienne colonie française, le Burkina est constitué d'une soixantaine de nationalités ou ethnies dont la plus importante est celle des mossi qui constituent près de la moitié (48%) de la population et disposent d'une organisation sociale traditionnelle hiérarchisée en empire, chefferies de cantons, de village et de quartiers qui contraste avec celle des autres nationalités, particulièrement celles de l'Ouest et du Sud du pays, organisées, elles, sur la base de communautés villageoises ou claniques peu hiérarchisées. Le Burkina a obtenu son indépendance en août 1960. Il a connu plusieurs régimes politiques dont l'un, qui se voulait en rupture totale avec le passé, a voulu concrétiser cette détermination par un changement de nom du pays baptisé « Burkina Faso » ou « Terre des Hommes Intègres », en 1985.

Selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) réalisé en 1996, le Burkina Faso comptait 10 312 609 habitants, avec une densité moyenne de 38 habitants au Km² et un taux d'accroissement annuel d'environ 2,4%. Les femmes représentent 51,8% de cette population. Les jeunes de moins de moins de 20 ans représentent 45% de la population.

Le Burkina Faso est l'un des pays les plus pauvres du monde, classé depuis trois ans par le PNUD dans les trois derniers. Son économie repose essentiellement sur l'agriculture, surtout de subsistance, et sur l'élevage extensif, ces deux activités occupant plus des quatre cinquièmes (88%) de la population active, pour une contribution de 37,2% au PIB du pays selon les statistiques ISND de 1998. A la même période et selon les mêmes sources, le PNB par tête d'habitant était de 310 \$ US, avec 44,5% de la population vivant en dessous du seuil national absolu de pauvreté estimé à 41 099 F CFA par adulte et par an.

La situation sanitaire du pays est caractérisée par un niveau de mortalité élevé dont le taux brut général était estimé, en 1996, à 15,2‰ et le taux de mortalité infantile estimé à 107‰. Ces taux élevés de mortalité traduisent une faible couverture sanitaire et vaccinale. En 1997, par exemple, on comptait un médecin pour environ 29 000 habitants, une sage-femme pour 28 000 habitants. Ces ratios sont largement en dessous des normes de l'OMS préconisées pour la sous-région ouest-africaine (1 médecin pour 10 000 habitants et 1 infirmier ou sage-femme pour 5 000 habitants).

5.1.2. LE CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO

Le Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO (CHN-YO) avec le Centre Hospitalier National Souro SANOU (CHN-SS) occupent le sommet de la pyramide sanitaire du Burkina Faso et constituent les deux centres nationaux de références.

Il est situé à Ouagadougou, capitale administrative et politique du Burkina Faso. C'est un hôpital de référence pour le Burkina Faso et compte sept cent soixante(760) lits environ.

Autour du CHN-YO se trouvent des formations sanitaires publiques et privées. Ainsi donc, nous avons treize(13) centres de santé et de promotion sociale, douze(12) dispensaires, six(6) centres médicaux. Il faut également y associer des établissements privés de soins dont le nombre est sans cesse croissant.

5.1.3. LE SERVICE DE LA MATERNITE DU CHN-YO

Le service de la maternité reçoit toutes les urgences gynécologiques et obstétricales de toute la ville de Ouagadougou et des provinces environnantes. Il a une capacité de cent douze lits d'hospitalisation.

5.1.3.1. LES LOCAUX

Le service de la maternité comporte:

- une salle d'accouchement avec six(6) compartiments
- une unité de soins intensifs
- une unité de réanimation post opératoire
- un bloc opératoire comportant trois salles d'intervention et une salle de réveil
- une salle de triage

- une unité d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)
- une unité de puériculture
- un service d'hospitalisation de quatre unités :
 - une unité de suites de couche
 - une unité de post-opérées
 - une unité de soins intensifs
 - une unité de grossesse pathologique
- une salle de pré-travail
- un service d'état civil
- un secrétariat
- un hall et une paillote d'attente pour les accompagnateurs de malade
- une unité de planification familiale.

5.1.3.2. LE PERSONNEL

Le personnel du service est constitué comme suit :

- un professeur titulaire, chef de service
- un professeur agrégé
- deux maître-assistant
- un assistant
- un gynécologue accoucheur
- un médecin anesthésiste réanimateur
- deux médecins généralistes
- six étudiants en certificat d'étude spécialisé en gynécologie et obstétrique
- vingt huit sages femmes d'état
- sept infirmières d'état
- une sage femme puéricultrice
- sept aides opérateurs

- dix agents paramédicaux spécialisés en anesthésiologie
- six techniciens de surface

5.1.3.3. ACCUEIL DES PATIENTES ADRESSEES POUR UNE URGENCE

Les patientes adressées à la maternité du CHN-YO sont prises en charge dès leur arrivée par une équipe se composant comme suit :

- trois sages femmes
- parfois des élèves sages femmes stagiaires
- deux infirmiers spécialisés en anesthésie
- un aide opérateur
- des stagiaires externes de l'Unité de Formation et de Recherche/Science de la Santé
- un stagiaire interne
- le médecin de garde

5.2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'est agi d'une étude prospective, portant sur les patientes admises en urgence à la maternité du CHN-YO. Elle s'est étendue sur quatre mois du 19/06 au 18/10/2000, durant lesquels, nous avons collecté nos données un jour sur trois. Ceci correspondait à 41 jours de collecte étant donné la limite de nos ressources.

Pour tous les jours retenus, l'enquête a été menée pendant vingt quatre(24) heures(de 8heures à 8heures le lendemain).

5.3. ECHANTILLONNAGE

5.3.1. TAILLE DE L'ECHANTILLON

Notre pré-enquête dans le service de la maternité du CHN-YO, nous a permis d'estimer le nombre d'urgences à huit (8) par jour. Ceci devait aboutir en fin de collecte à trois cent vingt huit (328) patientes.

5.3.2. CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTES

Ont été incluses dans l'étude, les patientes admises à la maternité du CHN-YO pendant la période d'étude pour une urgence gynécologique ou obstétricale. Les cas d'urgence ont été retenus sur la base de la définition de l'urgence que nous avons arrêtée c'est-à-dire : toute situation du vécu humain où la présence médicale est nécessaire dans les plus brefs délais.

5.3.3. CRITERES D'EXCLUSION

Ont été exclues de notre étude les cas suivants :

- les patientes venues pour une consultation prénatale
- les interventions chirurgicales à froid
- les accouchements eutociques
- les patientes venues en consultation externe
- les patientes mal orientées

5.4. COLLECTE DES DONNEES

Notre enquête a été du type observation non participative. Nous nous sommes contentés de recueillir les données sans donner notre avis.

5.4.1. SUPPORT DE COLLECTE DES DONNEES

Les données ont été recueillies sur des fiches individuelles que nous avons nous-mêmes remplies pour chaque patiente recrutée dans notre étude.

5.4.2. MODALITES DE RECUEIL DES DONNEES

Les données recueillies sur notre support correspondaient à celles mentionnées par le personnel médical. Ceci se faisait de manière simultanée.

Les patientes qui ont été référées possédaient un billet d'évacuation ou alors cela était mentionné dans leur carnet de santé.

L'heure d'arrivée était celle mentionnée par le personnel de santé, tandis que pour le début des soins ou d'une intervention chirurgicale nous nous sommes chargés de préciser l'heure.

L'appréciation de l'état général des patientes était basée sur la présence ou non d'une asthénie, une anorexie (éléments subjectifs recueilli auprès du malade), un amaigrissement (évalué par rapport au poids habituel de la patiente).

La tension artérielle était prise en position couchée au deux bras, ceci à l'aide d'un brassard manométrique et d'un stéthoscope. La première valeur trouvée correspondait à la systole et la seconde à la diastole.

L'état de choc était évalué en fonction des éléments suivants : l'état de conscience, le pouls filant ou imprenable, la baisse de la tension artérielle.

Le délai d'attente a été défini comme le temps écoulé entre l'heure d'arrivée et le début de l'examen clinique.

Le délai thérapeutique ou des soins correspond au temps écoulé entre l'arrivée de la patiente et l'administration des soins.

Le délai de prise en charge d'une intervention quant à lui représente le temps écoulé entre l'arrivée de la patiente et la décision d'une intervention au bloc opératoire ou d'une aspiration manuelle intra-utérine.

Le coût des médicaments correspondait à ceux reportés sur les ordonnances des patientes. Les coûts de l'acte opératoire, du kit opératoire, de la fiche d'hospitalisation, de la chambre durant toute l'hospitalisation ont été recueillis auprès de la caisse du CHN-YO.

Nous nous sommes adressés aux patientes ou à leurs accompagnateurs afin d'obtenir le coût de l'évacuation, des examens complémentaires et des soins aux nouveau-nés.

La durée du séjour des patientes a été déterminée par nous même, étant donné que nous avons la date d'entrée et que nous connaissons la date de sortie notifiée dans un registre.

La mortalité périnatale, représentait l'ensemble des enfants décédés avant, pendant ou à la naissance. Le taux de mortalité périnatale a été défini comme l'ensemble de ces décès rapportés au nombre de naissances pendant une période donnée. La mortalité représentait les morts-nés, le taux de mortinatalité, le rapport entre le nombre de morts-nés et les naissances durant une période donnée[39 ; 53].

5.5. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi info version 6.04 fr.

Pour comparer les moyennes, nous avons utilisé le test "t" de Student.

La limite de significativité a été fixée à 5%.

5.6. CONTRAINTES ET LIMITES DE L'ETUDE

Au cours de la collecte des données, notre présence a pu influencer le comportement habituel du personnel soignant de la maternité du CHN-YO.

Le type de notre enquête, observation non participante a pu poser des problèmes d'éthique. Ces problèmes se sont posés lors des affluences d'urgence, ce qui impliquait débordement du personnel, et que nous ne nous impliquions pas.

Notre enquête a été perturbée par deux grèves qui ont duré chacune une semaine en juin et octobre 2000. Au cours de ces grèves, le personnel de santé étant réduit ou absent, certaines données nous ont échappé car les patientes étaient évacuées vers des structures privées.

Pour les dépenses, certaines patientes ont refusé de nous donner le coût de leur ordonnance.

VI RESULTATS

6.2.1.2. PROFESSION

La répartition des patientes selon les catégories socioprofessionnelles est représentée par le tableau I. Les ménagères (280) représentaient 82,1% des patientes admises en urgence à la maternité.

Tableau I : Répartition des 341 patientes reçues en urgence à la maternité du CHN-YO, en fonction des catégories socioprofessionnelles.

PROFESION	NOMBRE (N)	FREQUENCE (%)
MENAGERE	280	82,1
FONCTIONNAIRE	22	6,5
ELEVE / ETUDIANTE	15	4,4
COMMERCANTE	12	3,5
AUTRES	12	3,5
TOTAL	341	100

6.2.1.3. SITUATION MATRIMONIALE

La répartition des patientes selon leur situation matrimoniale est représentée par le tableau II.

Tableau II : Répartition des 341 patientes reçues aux urgences à la maternité du CHN-YO, en fonction de leur situation matrimoniale.

SITUATION MATRINONIALE	N	%
MARIEE	288	84,5
CELIBATAIRE	48	14,0
CONCUBINAGE	5	1,5
TOTAL	341	100

Les femmes mariées représentaient 84,5% de patientes.

6.2.1.4. PROVENANCE

La répartition des patientes en fonction de la provenance est représentée dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des 341 patientes reçues aux urgences à la maternité du CHN-YO, en fonction de la provenance.

Provinces	Chefs lieux	Distances en km	N	%
Kadiogo	Ouagadougou	0	249	73
Bazega	Kombissiri	40	21	6,2
Ganzourgou	Zorgho	107	12	3,5
Kouritenga	Koupéla	137	10	3
Boulkiemdé	Koudougou	97	9	2,6
Koureweogo	Boussé	52	8	2,3
Boulgou	Tenkodogo	183	7	2
Oubritenga	Ziniaré	34	5	1,5
Zoundweogo	Manga	97	4	1,1
Passoré	Yako	108	3	0,9
Sanmentenga	Kaya	98	3	0,9
Séno	Dori	265	2	0,6
Ziro	Sapouy	110	2	0,6
Gourma	Fada	225	2	0,6
Namentenga	Boulsa	176	2	0,6
Loroum	Titao	224	1	0,3
Bam	Kongoussi	115	1	0,3
TOTAL			341	100

Toutes ces provinces relèvent de la zone de couverture du CHN-YO. La province du Kadiogo a adressé le plus de patientes : 249, soit 73%, contre 27% pour les autres provinces.

6.2.2. LE MODE DE REFERENCE DES PATIENTES

La répartition des patientes en fonction de leur mode d'admission aux urgences de la maternité est représentée dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des 341 patientes reçues aux urgences de la maternité du CHN-YO, en fonction du mode d'admission.

ADMISSION	N	%
Adressées par des formations périphériques de Ouagadougou	140	41
Evacuées des provinces	92	27
Auto-orientées	89	26,1
Adressées par des cliniques privées	20	5,9
TOTAL	341	100

Au total 252 patientes, soit 74 %, ont été référées par un agent de santé, tandis que 89, soit 26,1 %, s'étaient auto-orientées.

6.2.3. MOTIFS D'HOSPITALISATION

Les différents motifs d'hospitalisation ont été regroupés dans les tableaux V et VI.

Tableau V : Répartition des patientes reçues pour urgence obstétricale à la maternité du CHN-YO, selon le motif d'hospitalisation.

Urgences obstétricales	N	%
Douleurs pelviennes	69	22,6
Métrorragies	41	13,4
Dystocie mécanique	26	8,5
Souffrance fœtale	25	8,2
Dystocie dynamique	23	7,5
Anémie	22	7,2
Utérus cicatriciel	12	3,9
Rupture et pré rupture utérine	11	3,6
Procidence(membre ou cordon)	10	3,3
Rupture prématurée des membranes	10	3,3
Bassin généralement rétréci	10	3,3
Hypertension artérielle	9	2,9
Placenta préviae	7	2,3
Toxémie gravidique	6	2
Eclampsie et pré éclampsie	6	2
Rétention placentaire	6	2
Menace d'accouchement prématuré	5	1,6
Œdème des membres inférieurs	3	1
Circulaire du cordon	2	0,7
Dépassement de terme	2	0,7
TOTAL	305	100

Tableau VI : Répartition des patientes reçues pour urgence gynécologique à la maternité du CHN-YO, en fonction du motif d'hospitalisation.

Urgences gynécologiques	N	%
Aménorrhée	35	20,3
Métrorragies	33	19,2
Douleurs pelviennes	31	18
Avortement	21	12,2
Vomissements	13	7,6
Débris ovulaires	8	4,7
Hyperthermie	8	4,7
Etat de choc	6	3,5
Anémie	5	2,9
Déchirure du col et du périnée	3	1,7
Douleurs mictionnelles	3	1,7
Grossesse extra utérine	3	1,7
Ictère	2	1,2
Paludisme	1	0,6
TOTAL	172	100

6.3. ANTECEDENTS DES PATIENTES ADMISES EN URGENCE

6.3.1. LA CONTRACEPTION

A cette question nous n'avons pas eu de réponse chez 14 patientes. Il a été constaté que 10 patientes (3,1%) ont utilisé des moyens modernes de contraception, contre 317 patientes (96,9%) qui disent n'avoir utilisé aucun moyen contraceptif.

6.3.2. LA DATE DES DERNIERES REGLES

La connaissance ou non de la date des dernières règles des patientes a été recherchée chez 341 patientes. Nous avons noté que 32,2% des patientes connaissaient la date de leur dernière règle, contre 67,8% qui n'en avaient aucune idée.

6.3.3. LA GESTITE

Elle était connue pour 341 patientes. Nous avons retenu 4 groupes de geste :

- les nulligestes (geste=0): 9 patientes (2,7%)
- les primigestes (geste=1): 118 patientes (34,6%)
- les paucigestes (geste=2-3): 176 patientes (51,6%),
- les multigestes (geste=4-5): 38 patientes (11,1%)

La gestité moyenne était de 2,8.

6.3.4. LA PARITE

Elle était connue pour 341 patientes. Nous avons retenu 4 groupes de parité :

- Les nullipares (parité=0): 112 patientes (32,8%)
- Les primipares (parité=1): 85 patientes (25%)
- Les paucipares (parité=2-3): 120 patientes (35,2%),
- Les multipares (parité=4-5): 24 patientes (7%)

La parité moyenne était de 1,8. Le graphique I illustre la répartition des patientes dans les quatre groupes sus-indiqués.

6.4.2. LES OEDEMES DES MEMBRES INFERIEURS

Leur recherche a été effectuée chez 341 patientes et a été retrouvée chez 6 patientes soit 1,8%.

6.4.3. LES VARICES DES MEMBRES INFERIEURS

Une seule patiente soit 0,3% a présenté des varices des membres inférieures.

6.4.4. LA TENSION ARTERIELLE

La tension artérielle de 341 patientes a été prise à leur admission en urgence à la maternité du CHN-YO. Nous avons noté que 25 patientes(7,3%) avaient une tension artérielle < 90/50 mmHg et 18 patientes(5,3%) avaient une tension artérielle > 140/90 mmHg.

6.4.5. LA TEMPERATURE

La température de 21 patientes(6,1%) étaient supérieures à 38°C. Tandis que 93,9% des patientes admises en urgence avaient une température comprise entre 36°C et 37°C.

6.5. DIAGNOSTICS

Le diagnostic a été posé chez les 341 patientes après leur examen. Le récapitulatif des principaux diagnostics posés est résumé dans les tableaux VII a et b.

Tableau VII a : Répartition des patientes reçues à la maternité du CHN-YO, en fonction du diagnostic de l'urgence obstétricale.

Urgences obstétricales	N	%
Dystocie mécanique	37	16,3
Rupture utérine	26	11,5
Dystocie dynamique	23	10,1
Anémie chronique	22	9,7
Souffrance fœtale	22	9,7
Hémorragie de la délivrance	20	8,8
Utérus cicatriciel	15	6,6
Toxémie gravidique	13	5,7
Placenta préviae	11	4,8
Rupture prématurée des membranes	10	4,4
Eclampsie	6	2,6
Rétention placentaire	6	2,6
Menace d'accouchement prématuré	5	2,2
Procidence du cordon	3	1,3
Circulaire du cordon	2	0,9
Dépassement de terme	2	0,9
Infection du post partum	2	0,9
Hématome retro placentaire	2	0,9
Total	227	100,0

Tableau VII b : Répartition des patientes reçues à la maternité du CHN-YO, en fonction du diagnostic de l'urgence gynécologique.

Urgences gynécologiques	N	%
Avortement spontané	45	39,5
Paludisme + grossesse	19	16,7
Grossesse extra utérine	16	14
Avortement provoqué	14	12,3
Vomissements gravidiques	6	5,3
Infection	5	4,4
Déchirure du périnée	4	3,5
Déchirure du col	3	2,6
Déchirure du cul de sac de douglas	2	1,7
TOTAL	114	100,0

6.6. PRISE EN CHARGE DES PATIENTES

6.6.1. DELAI DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES RECUES EN URGENCE A LA MATERNITE.

6.6.1.1. Délai d'attente en salle de triage

Le délai est représenté par le tableau VIII.

Tableau VIII: Répartition des 341 patientes reçues en urgence à la maternité du CHN-YO, en fonction du temps d'attente en salle de triage.

Temps	N	%
< 10 mn	73	21,4
11-20 mn	39	11,4
21-30 mn	185	54,3
31 mn - 1 h	32	9,4
> 1 h	12	3,5
TOTAL	341	100

Les délais d'attente en salle de triage variaient entre 0 mn et 135 mn ; avec une moyenne de 31,22 mn. 73 patientes (21,4%) ont été prises en charge immédiatement après leur arrivée en salle d'accouchement, 268 patientes (78,6%) ont du attendre.

6.6.1.2. Délai des soins

Le délai des soins est représenté par le tableau IX.

Tableau IX : Répartition des patientes reçues en urgences à la maternité du CHN-YO, en fonction du délai des soins.

TEMPS	N	%
< 10 mn	8	2,4
11-20 mn	27	8,1
21-30 mn	67	20,2
31 mn - 1h	165	49,7
> 1h	65	19,6
TOTAL	332	100

On constate qu'il variait de 0 mn à 170 mn, avec une moyenne de 62,57 mn.

6.6.1.3. Délai de prise en charge d'une intervention

Le délai de prise en charge d'une intervention est représenté par le tableau X.

Tableau X: Répartition des patientes reçues en urgence à la maternité du CHN-YO, en fonction du délai de prise en charge d'une intervention.

Temps	N	%
< 10 mn	0	0
11-20 mn	12	8
21-30 mn	15	10
31 mn-1 h	35	23,3
> 1h	88	58,7
TOTAL	150	100

Le délai minimum de prise en charge d'une intervention obstétricale était de 11 mn à 410mn avec une moyenne de 140 mn.

6.6.2. TYPE DE TRAITEMENT RECU

Le traitement a été fonction du diagnostic posé. Sur les 341 patientes, nous avons suivi le traitement de 294. Le tableau XI nous donne les principaux traitements utilisés.

Tableau XI: Répartition des 294 patientes reçues en urgence à la maternité du CHN-YO, en fonction du traitement reçu.

TRAITEMENT	N	%
Césarienne	118	36,1
Traitement médical	115	35,2
Laparotomie	42	12,8
Aspiration Manuelle Intra-utérine(AMIU)	29	8,9
Autre traitement	23	7
TOTAL	294	100

La césarienne (36,1%) et le traitement médical (35,2%) ont été les moyens les plus utilisés dans le traitement des patientes reçues en urgence à la maternité. La laparotomie et l'AMIU interviennent moins souvent ; avec des proportions respectives de 12,8% et de 8,9%.

6.7. DEVENIR DES PATIENTES ADMISES EN URGENCE

6.7.1. DUREE DE L'HOSPITALISATION

La durée d'hospitalisation de 341 patientes est représentée par le tableau XII.

Tableau XII : Répartition des 341 patientes reçues en urgence à la maternité du CHNYO, en fonction de la durée d'hospitalisation.

Durée en jours	N	%
< 1	69	20,2
2-3	50	14,7
4-5	44	13
6-7	90	26,4
8-9	42	12,3
10-11	23	6,7
> 12	23	6,7
TOTAL	341	100

La durée d'hospitalisation des patientes variait entre 1 à 46 jours avec une durée moyenne de 7 jours. Nous avons 90 patientes (26,4%) qui ont passé entre 6 à 7 jours d'hospitalisation.

6.7.2. LA MORTALITE MATERNELLE

Au cours de notre étude, nous nous sommes intéressés à la mortalité maternelle après l'admission en urgence à la maternité. Nous avons déploré 12 décès maternels sur 328 naissances vivantes durant les 4 mois de l'étude. Soit un taux de mortalité maternelle de 3658 pour 100 000 naissances vivantes.

6.7.2.1. CAUSES DES DECES MATERNELS

Les causes des décès sont récapitulées dans le tableau XIII.

Tableau XIII : Répartition des 12 patientes décédées à la maternité en fonction des causes.

CAUSES DIRECTES	N	%
Hémorragie	6	50
Choc septique	3	25
CAUSES INDIRECTES		
Anémie chronique	2	17
Hépatite virale	1	8
TOTAL	12	100

L'hémorragie a constitué la moitié des causes de décès au cours de notre étude. Elle est suivie par le choc septique qui a constitué un quart des causes décès.

Nous avons déploré que quatre (4) patientes étaient décédées à la suite de laparotomie pour rupture utérine, deux (2) des suites de déchirure du col, deux (2) des suites d'une anémie, une (1) à la suite d'une césarienne, une (1) à la suite d'une hépatite virale et les deux (2) autres à la suite d'une endométrite du post-partum et une complication d'un avortement clandestin.

6.7.2.2. PROFIL DES PATIENTES DECEDEES

Le profil des patientes décédées a été le suivant :

6.7.2.2.1. Age

L'âge des patientes décédées variait entre 16 à 40 ans avec une moyenne de 25,7 ans.

6.7.2.2.2. PROFESSION

Les patientes décédées étaient des ménagères dans 81,7% des cas et dans 8,3% des commerçantes.

6.7.2.2.3. PROVENANCE

Les patientes décédées étaient des évacuées des autres provinces dans 66,7% des cas tandis que 33,3% résidaient dans le Kadiogo.

6.7.2.2.4. PARITE

La parité des patientes décédées variait entre 0 et 6 : 50% avaient une parité comprise entre 1 à 3, 42% entre 4 à 6 contre 8% de patientes nullipares.

6.7.2.2.5. DUREE D'HOSPITALISATION

La durée d'hospitalisation des patientes décédées est récapitulée dans le tableau XIV.

Tableau XIV : Répartition des 12 patientes décédées en fonction de leur durée d'hospitalisation.

DUREE D'HOSPITALISATION	N	%
< 24 heures	6	50
1-7 jours	3	25
> 7 jours	3	25
TOTAL	12	100

6.7.3. LES DECES PERINATALS ET MORTINATALITE

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 42 décès périnataux. Il est à noter que 32 enfants (76%) étaient des morts-nés. Le taux de mortinatalité est de 97,5 pour 1000 naissances.

Le taux de mortalité périnatal est de 128 pour 1000 naissances.

6.8. COUT DES DEPENSES ENGENDREES PAR UNE ADMISSION EN URGENCE A LA MATERNITE.

6.8.1. LA FICHE D'HOSPITALISATION

Au cours de notre étude 280 patientes soit 82,1% ont payé leur fiche d'hospitalisation qui est fixée à 1500 F CFA. Nous n'avons pas retrouvé les fiches d'hospitalisation de 61 patientes.

6.8.2. LE KIT OPERATOIRE

Au cours de notre étude, 150 patientes soit 40% ont eu à payer le kit opératoire qui est de 15.000 F CFA. Ceci pour toute patiente ayant subi une césarienne ou une laparotomie.

6.8.3. COUT DE L'EVACUATION

Nous avons retrouvé que 268 patientes n'ont pas dépensé pour leur évacuation. Le coût de l'évacuation est représenté dans le tableau XV.

Tableau XV: Répartition des 73 patientes reçues en urgence en maternité, en fonction du coût de leur évacuation.

Coût en F CFA	N	%
1000-9999	49	67,1
10000-19999	17	23,3
20000-29999	6	8,2
30000-39999	0	0
40000-49999	0	0
50000-59999	1	1,4
TOTAL	73	100

Le coût de l'évacuation de 73 patientes s'élèverait entre 1000 F CFA à 50 000 F CFA. Une patiente a dépensé 50000 F CFA pour son évacuation. Au cours de notre étude, le coût moyen d'une évacuation a été estimé à 7024 F CFA.

6.8.4. COUT DE LA CHAMBRE DURANT TOUTE L'HOSPITALISATION

Nous avons eu 7 patientes hospitalisées en catégorie au cours de notre étude. Le coût de la chambre durant toute l'hospitalisation est représenté par le tableau XVI.

Tableau XVI : Répartition des 341 patientes reçues en urgence à la maternité du CHNYO, en fonction du coût de la chambre durant toute l'hospitalisation.

Coût en CFA	N	%
< 999	87	25,5
1000-9999	231	67,7
10000-19999	17	5
20000-29999	3	0,9
30000-39999	2	0,6
40000-49999	1	0,3
TOTAL	341	100

Le coût variait entre 500 à 41 400 F CFA. Le coût moyen de la chambre durant toute l'hospitalisation était de 65 37 F CFA. Pour 52 patientes soit 20,4% les frais d'hospitalisation étaient de 5400 F CFA.

6.8.5. L'ACTE

Les principaux actes qui ont été effectués au cours de notre étude et facturés sont :

- AMIU : 5250 F CFA
- La césarienne : 8750 F CFA
- La laparotomie : 12 500 F CFA

La proportion des patientes ayant honorées ces différents actes sur les 175 est la suivante :

- 100% des patientes soit 25 ont honoré l'acte d'A.M.I.U.
- 97,5% des patientes soit 115 sur 118 ont honoré l'acte de césarienne
- 62,5% des patientes soit 20 sur 32 ont honoré l'acte de la laparotomie

6.8.6. LES SOINS DE SANTE AUX NOUVEAU-NES

Dès leur naissance, les parents des nouveau-nés bénéficiaient d'une ordonnance pour leur soin quotidien. Nous avons obtenu 328 naissances au cours de notre étude.

Le coût des soins aux nouveau-nés variait entre 850 à 8081 F CFA. Le coût moyen était de 4302 F CFA. Le plus grand nombre de patientes (75) soit 23% a dépensé 4975 F CFA pour les soins de leurs nouveau-nés.

6.8.7. LE COUT DES MEDICAMENTS

6.8.7.1. LE NOMBRE D'ORDONNANCES

Le nombre d'ordonnance reçu par chaque patiente, variait de 1 à 19. En effet, 75 soit 22,9% des patientes n'ont reçu qu'une seule ordonnance. Le nombre moyen d'ordonnances était de 5. Les ordonnances de 14 patientes n'ont pu être retrouvées.

6.8.7.2. NOMBRE DE PRODUITS PAR ORDONNANCE

Le nombre de produits par ordonnance reçu par chaque patiente est mentionné dans le tableau XVII.

Tableau XVII : Répartition des 327 patientes reçues en urgence à la maternité du CHNYO, en fonction du nombre de produits par ordonnance.

produit/ordonnance	N	%
1-3	87	26,6
4-6	91	27,8
7-9	96	29,4
> 10	53	16,2
TOTAL	327	100

Plus de 45,6% des patientes ont reçu une ordonnance dont le nombre de produits est supérieur ou égal à sept.

6.8.7.3. LE COUT DES PRODUITS

Le coût moyen des produits achetés par les patientes était de 21 419 F CFA. Les dépenses en produits variaient de 2000 à 84 602 F CFA. Il y a eu 37 patientes (11,3%) qui ont dépensé chacune 4001 F CFA.

6.8.8. COUT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

6.8.8.1. NOMBRE D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES PAR CHAQUE PATIENTE

Sur les 39 patientes ayant eu recours à des examens complémentaires, la répartition est la suivante :

- 9 (23,1%) des patientes ont fait 2 examens complémentaires.
- 25 (64,1%) des patientes ont fait un seul examen complémentaire.
- 4 (10,2%) des patientes ont fait 3 examens complémentaires.
- 1 patiente (2,6%) en a effectué 4.

Les examens complémentaires à visée diagnostic demandés:

- 10 échographies obstétricales ou abdomino-pelviennes
- 5 numérations formule sanguine
- 7 gouttes épaisses
- 20 groupes sanguin rhésus
- 17 taux d'hémoglobine ou d'hématocrite

L'échographie pelvienne a été demandée comme bilan pré thérapeutique en cas de suspicion d'avortement incomplet.

6.8.8.2. COUT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les 48 patientes ont dépensé entre 750 à 17 000 F CFA pour leurs examens complémentaires. Le coût moyen des examens complémentaires était estimé à 2842 F CFA.

La numération formule sanguine a coûté 3000 F CFA, tandis que le groupe sanguin rhésus, la goutte épaisse, le taux d'hémoglobine ont coûté chacun 750 F CFA. L'échographie coûtait entre 9000 et 17 000 F CFA.

6.8.9. TOTAL DES DEPENSES EFFECTUEES

Sur 341 patientes, les dépenses totales effectuées par 327 patientes sont représentées par le tableau XVIII.

Tableau XVIII : Répartition des 327 patientes reçues en urgence à la maternité du CHNYO, en fonction du total des dépenses effectuées.

Coût en F CFA	N	%
5000-24999	108	33
25000-44999	44	13,5
45000-64999	95	29,1
65000-84999	59	18
85000-104999	7	2,1
105000-124999	9	2,8
125000-144999	5	1,5
TOTAL	327	100

Les dépenses totales effectuées par 327 patientes variaient entre 8801 et 130 892 F CFA. Le coût moyen des dépenses totales effectuées par une patiente pour une admission en maternité était estimé à 45 929 F CFA.

Les coûts moyens de quatre urgences en fonction de la provenance des patientes sont représentés par le tableau XIX.

Tableau XIX : Coûts moyens de quatre urgences en fonction de la provenance des patientes.

Provenance	Statistiques	Césarienne	Avortement	Grossesse extra-utérine	Anémie Chronique
Kadiogo	Moyenne	66 437	15 033	57 761	19 500
	Ecart-type	15 272	5 462	6 960	8 377
	Effectifs	57	32	9	6
Autres provinces	Moyenne	74 604	13 984	61 471	56 225
	Ecart-type	17 493	2 251	4 658	3 6735
	Effectifs	29	5	5	4
Signification		t=2,231 p=0,028	t=0,420 p=0,677	t=1,058 p=0,311	t=2,426 p=0,041

On constate que les différences de coûts sont statistiquement significatives au niveau de la césarienne et de l'anémie chronique ($p = 0,028$ et $0,041$).

VII DISCUSSION ET COMMENTAIRES

7.1. FREQUENCE DES URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES

Nous avons retrouvé une fréquence de 8,3 patientes admises par jour pour urgence à la maternité ; ce qui a représenté 49,42 % des admissions quotidiennes. Le reste des patientes étant admis pour un accouchement eutocique.

Une patiente sur deux admise en salle d'accouchement l'est pour une urgence.

7.2. PROFIL DES PATIENTES ADMISES EN URGENCE

7.2.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

7.2.1.1. AGE

L'âge des patientes admises en urgence au cours de notre étude variait de 15 à 52 ans, avec une moyenne de $26 \pm 7,2$ ans. En effet, cette tranche d'âge de 15 à 52 ans correspond bien à la période d'activité génitale de la femme, allant de la puberté à la ménopause.

L'âge moyen retrouvé dans des études africaines était identique au nôtre : 26 ± 7 ans à Dakar [13] ; 26 ans à Conakry [17] et 26,5 ans à Ouagadougou par Lankoandé [34].

En Europe, une étude faite par Magnin à l'université de Dublin a trouvé un âge moyen de 28 ans pour les patientes admises en urgence [47]. Ceci est sensiblement identique à notre série.

Nous pouvons dire que, bien que, la population européenne soit connue comme celle à sujets âgés par rapport à celle des Africains, les moyennes d'âge des patientes reçues en urgence à la maternité sont identiques. Ceci s'explique par le fait que la maternité reçoit plus les patientes en activité génitale.

7.2.1.2. LA PROFESSION

Les ménagères ont été les plus nombreuses à être reçues en urgence à la maternité du CHN-YO. Secondairement, viennent les fonctionnaires puis les élèves ou étudiantes et les commerçantes. Les autres types de profession étaient représentés par des coiffeuses(3), des filles de ménage(3) et des professions libérales(4).

Les ménagères sont celles qui fréquentent le plus les formations sanitaires dans les séries de Lompo [40] et de Lankoandé [35].

Cette répartition est identique à celle de la population active du Burkina faso [29].

7.2.1.3. LA SITUATION MATRIMONIALE

Notre échantillon était constitué à 84,5% de patientes mariées, 14% de célibataires et de 1,5% de patientes vivant en concubinage.

Notre série recoupe celle des données nationales [30], où les femmes mariées représentent 75% de l'échantillon et les célibataires 17%.

Il est à noter qu'une situation conjugale instable augmente le risque de décès car ce sont des femmes stressées, angoissées, cachant leur grossesse et ne consultant qu'au dernier trimestre de la grossesse ou ayant recours à l'avortement provoqué clandestin [16 ; 48].

7.2.1.4. LA PROVENANCE DES PATIENTES

La province du Kadiogo a été celle qui a adressé le plus de patientes(73%) en urgence à la maternité du CHN-YO. Les autres patientes(27%) provenaient d'autres provinces du Burkina faso.

Dans la province du Kadiogo 91,16% des patientes provenaient de la seule ville de Ouagadougou.

Il est à noter que si certaines patientes 27% ont parcouru entre 40 à 265 km pour des meilleurs soins au CHN-YO, ceci est dû au fait qu'il représente un centre de référence pour la moitié du pays.

Nos résultats sont identiques à ceux observés par Ouédraogo (90,7%) de son échantillon provenait de la province du Kadiogo [52] et par Ouoba (89,8%) de son échantillon provenait de la province du Houët [56].

En France, la même constatation a été faite par Carpentier et coll. à Grenoble où 89,2% des patients sont originaires du département [10].

Les distances, les difficultés de transport et le faible revenu des populations rurales sont des facteurs qui pourraient limiter l'accessibilité du service aux populations éloignées [53].

7.2.2. LE MODE DE REFERENCE DES PATIENTES

Nous avons retrouvé que 74% de nos patientes ont été référées par une formation sanitaire, donc par un agent de santé. Seulement 26% des patientes s'étaient auto-orientées. Parmi ces patientes, certaines étaient porteuses de grossesse à risque, et donc informées d'un accouchement dans une formation spécialisée telle que le CHN-YO. Au cours de notre étude, toutes les patientes auto-orientées provenaient de la province du Kadiogo.

Des pourcentages plus élevés de patients auto-orientées ont été notés : 83% au Tchad [32] et 81% en France [60]. Les mêmes conclusions ont été trouvées par Askenasi et Simon [2 ; 60]. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers ignorent le circuit sanitaire habituel ou qu'ils sont à la recherche de soins de qualité en se rendant directement au centre de référence.

Dans notre étude, 27% des patientes ont été évacuées des différentes provinces dont le CHN-YO est le centre de référence du troisième niveau de la pyramide sanitaire.

Une partie importante des prestations obstétricales essentielles préconisées par l'O.M.S. dans les centres de santé de premier niveau de référence, n'y sont pas réalisables [46].

Des différences ont été notées avec d'autres études : le taux de patientes évacuées a été plus élevé au Mali à l'hôpital du point G (69%) et en Côte d'Ivoire au CHU de Cocody (71,9%) [18, 50]. Quant au CHU de Brazzaville, 19,6% des cas d'urgence gynécologique ont été référées des centres périphériques de santé contre 41% dans notre série [26]. L'explication, c'est une meilleure organisation du système sanitaire avec une prise en charge dès les formations sanitaires périphériques.

7.2.3. MOTIFS D'HOSPITALISATION

Pour les urgences obstétricales, les douleurs pelviennes ont été la première cause d'hospitalisation soit 22,6% des cas. Ces douleurs pelviennes correspondaient à l'une des phases de travail. Il est arrivé que des patientes soient évacuées ou arrivent avec des motifs tels que : douleurs pelviennes + métrorragie.

Les motifs d'hospitalisation n'ont pas toujours été explicites lorsque la patiente était reçue. Certaines patientes ont été évacuées pour les motifs suivants : hypertension artérielle ou œdème des membres inférieurs, tandis que d'autres ont été évacuées avec un diagnostic tel que : éclampsie ou pré-clampsie.

Dans tous les cas, certains motifs d'hospitalisation auraient pu être évités si les consultations prénatales étaient régulièrement suivies.

Pour les urgences gynécologiques, l'aménorrhée et la métrorragie ont été les causes les plus fréquentes des motifs d'hospitalisation respectivement dans 20,3% et 19,2% des cas. Ces symptômes se retrouvent le plus souvent dans la grossesse extra utérine et l'avortement. Ici également on avait l'association de plusieurs motifs tels que : hyperthermie + vomissements.

7.3. ANTECEDENTS DES PATIENTES

7.3.1. LA CONTRACEPTION

A cette question, nous avons noté que 3% des patientes qui ont été reçues avouent avoir utilisé des moyens contraceptifs. Plusieurs patientes interrogées ne connaissaient pas et donc n'avaient jamais entendu parler de contraception (96,9%).

L'utilisation des méthodes contraceptives chez l'ensemble des femmes du Burkina en 1999 est de 13% selon l'étude de l'I.N.S.D. [30].

Ce faible taux d'utilisation ou de connaissance des moyens contraceptifs, pourrait expliquer le fort taux de natalité que connaît notre pays.

7.3.2. LA DATE DES DERNIERES REGLES

Elle était connue par 32% des patientes reçues en urgence à la maternité. A cette question, lorsque la date des dernières règles était connue, la réponse était donnée en jour+mois+année ou alors en mois+année uniquement. Un taux plus bas de 9% a été retrouvé par l'I.N.S.D. [30].

La date des dernières règles constitue un élément très important au cours de l'interrogatoire d'une patiente et de la réponse obtenue dépend du geste ou de la prescription du praticien en cas de notion d'aménorrhée.

7.3.3. LA GESTITE

Les paucigestes ont représenté 51,6% des patientes reçues en urgence avec une gestité moyenne de 2,8.

Notre étude recoupe celle de André, qui trouvait une gestité moyenne de 3,5 pour les patientes admises pour avortement spontané et de 2,1 pour celles admises pour avortement provoqué clandestin [31].

7.3.4. LA PARITE

Les paucipares représentaient 35,2% des patientes avec une parité moyenne de 1,8. Les urgences ont plus concerné les paucipares au cours de notre étude.

Elles étaient également les plus nombreuses avec 42% des cas dans l'étude de Lankoandé [33].

7.3.5. LES ENFANTS MORTS-NES

Cet antécédent est important pour la recherche d'une éventuelle étiologie. Nous avons retrouvé que 24 patientes avaient un antécédent de morts-nés dont les étiologies n'ont pas été recherchées mais pour 4 patientes la cause obstétricale a été retrouvée.

7.3.6. LES AUTRES TYPES D'ANTECEDENTS NOTES

Parmi toutes les patientes reçues en 41 jours de collecte non consécutifs, 33 avaient un antécédent chirurgical dont 28 anciennes césarisées et 5 patientes ayant subi une laparotomie pour grossesse extra utérine. Des antécédents médicaux ont également été notés chez 4 patientes à type d'hypertension artérielle (2), d'asthme (1), et de diabète (1).

Ces antécédents sont très importants dans la mesure où leur présence modifie l'attitude thérapeutique et surtout permet de prévoir si la grossesse sera à risque ou non.

7.4. ETAT CLINIQUE DES PATIENTES A LEUR ADMISSION

7.4.1. L'ETAT GENERAL

L'état général de 85,8% des patientes reçues en urgence à la maternité était bon à leur admission. Celles qui avaient un mauvais état général, avaient soit traîné à domicile avant de se rendre dans une formation sanitaire, soit elles étaient prises en charge en périphérie ou en province avant leur évacuation.

7.4.2. LA TENSION ARTERIELLE

Nous avons retrouvé dans notre étude que 7,5% des patientes avaient présenté une tension artérielle supérieure à 140/90 mmHg. Ces dernières étaient constituées par des patientes ayant présenté une toxémie gravidique, une éclampsie et de patientes hypertendues connues ou de découverte au cours de l'examen d'admission.

Celles qui ont présenté une tension artérielle inférieure à 90/50 mmHg (10,4%), font partie des patientes reçues en état de choc hypovolémique, surtout lors des hémorragies.

7.4.3. LA TEMPERATURE

Une température supérieure à 38°C a été retrouvée chez 21 patientes. Cette fièvre était due au paludisme, à l'endométrite et à la rupture utérine de plus de douze heures.

Lompo trouve le même pourcentage que dans notre série [40].

7.5. DIAGNOSTICS

La dystocie mécanique et l'avortement spontané ont été les diagnostics les plus posés respectivement pour les urgences obstétricales et gynécologiques

Les dystocies constituaient le premier motif d'évacuation pour Lompo et Diarra, respectivement dans 36,2% et 56,2% des cas [40, 18]. Les mêmes motifs ont été retrouvés par Foro à Ouagadougou et par Alihonou à cotonou [21, 3]. Ceci est dû au fait que les structures qui évacuent ne sont pas équipées, ni formées à la prise en charge des urgences en cas d'échec de l'épreuve du travail ou de l'épreuve utérine.

Les dystocies dynamiques correspondent à des troubles de la contractilité utérine et à des anomalies de la dilatation du col. Cette anomalie peut être corrigée. Ces troubles sont évitables par l'administration d'ocytociques et

d'antispasmodiques, d'où, la possibilité de sa prise en charge dans les C.M.A., les Centres Médicaux (C.M.) ou les Centres de Santé et de Promotion sociale (C.S.P.S.).

Quant à l'avortement, sa prise en charge ne nécessite pas vraiment un centre spécialisé tel que le C.H.N.-Y.O.. La dotation en matériel d'aspiration manuelle intra-utérine et la formation du personnel dans les autres centres, n'aurait pas fait de l'avortement la première urgence gynécologique au C.H.N.-Y.O.

7.6. TRAITEMENT

7.6.1. DELAI DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES RECUES EN URGENGE A LA MATERNITE

Le délai d'attente en salle de triage peut paraître long car, il y a des patientes qui ont dû attendre jusqu'à 135 mn avant d'être examinées. Les patientes qui ont été examinées immédiatement sont celles qui sont arrivées au moment où il y avait une disponibilité en table ou en personnel. Les autres ont dû patienter. Cela est dû au manque de personnel en salle de triage qui ne dispose que d'un médecin, un interne, trois sages-femmes en permanence et de façon intermittente une équipe d'élèves sages-femmes ou de stagiaires externes. Alors que, en cas d'urgence, seuls le médecin et l'interne font le dossier médical pour poser le diagnostic et la conduite du traitement - d'où le long temps d'attente en cas d'affluence d'urgence. Ce délai était court à Bobo avec 9mn [56], tandis qu'en France, dans 93% des cas, le patient est examiné dans le quart d'heure qui suit son arrivée [25].

Les soins ont consisté au traitement médical et à des actes tels que l'aspiration manuelle intra-utérine, ou à la suture du col, du périnée, ou du cul de sac de Douglas. Certaines patientes ont été évacuées avec leur traitement et donc, à leur arrivée il ne s'est agi que d'une continuité. Dans ces cas, les soins ont été

faits immédiatement après leur admission en urgence à la maternité du C.H.N.-Y.O. Celles pour lesquelles le délai des soins a duré l'étaient pour diverses raisons :

- les sages-femmes étaient occupées à d'autres soins au moment de leur arrivée,
- de la salle de triage au dépôt pharmaceutique du C.H.N.-Y.O., en aller-retour, il faut 3mn, mais il arrive que l'on fasse la queue avant d'être servi d'où l'allongement du temps, et la nécessité de la disponibilité des médicaments en salle d'accouchement,
- Pour les actes tels que l'aspiration manuelle intra utérine et les sutures, il faut une préparation de la patiente et du matériel.

Au moment de la collecte de nos données, il n'y avait qu'une seule salle d'urgence fonctionnelle au bloc opératoire et un seul médecin de garde. Le délai moyen de la prise en charge d'une intervention de 140mn paraît trop long, mais pourrait s'expliquer si l'on tient compte de l'installation de la patiente au bloc, de la durée de l'intervention entre 1 à 2 heures et du réveil de la patiente au bloc.

7.6.2. TYPE DE TRAITEMENT

Pour les patientes reçues en urgence, la césarienne et le traitement médicamenteux ont été les moyens les plus utilisés. Cette situation s'explique par le fait que l'indication de césarienne représentait 52 % des diagnostics posés et 34,6 % pour le traitement médical. Le traitement médicamenteux est basé sur les perfusions de solutés, l'administration de produits en intraveineuse et per os.

Les autres types de traitements étaient représentés par l'aspiration manuelle intra-utérine, les sutures du col et du cul de sac de douglas.

7.7. DEVENIR DES PATIENTES ADMISES EN URGENCE

7.7.1. DUREE DE L'HOSPITALISATION

La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours avec des extrêmes de 1 et 46 jours. Les patientes qui ont fait une journée à la maternité sont celles qui ont bénéficié d'une aspiration manuelle intra-utérine, d'une suture du douglas ou du col. Les patientes qui ont fait plus de 5 jours sont celles qui ont été reçues pour infection, anémie ou celles qui ont présenté une suppuration en post-opératoire.

Il a été noté que plus les patientes duraient en hospitalisation, plus le nombre d'ordonnances était grand auxquelles s'ajoutait le coût du séjour.

Nos résultats sont comparables à ceux trouvés par Dolo, pour qui la durée moyenne d'un séjour pour une césarienne est de huit(8) jours [20].

7.7.2. LA MORTALITE MATERNELLE

Au cours de notre étude, nous avons constaté 12 décès soit 3,5% des patientes reçues en urgence. Le taux de mortalité maternelle était de 3658 pour 100.000 naissances vivantes.

Notre taux est très élevé par rapport à celui trouvé par Napon qui est de 269,7 pour 100.000 naissances vivantes en 4 années d'étude à Ouagadougou et 228 pour 100.000 naissances vivantes en Côte d'Ivoire par Bohoussou [49, 9]. Cette différence s'explique par le fait que notre taux est hospitalier et ne s'est intéressé qu'aux urgences.

Ce taux élevé de mortalité maternelle est dû essentiellement à la distance parcourue par la patiente, au non-fonctionnement de l'antenne chirurgicale de sa région, la non-disponibilité de sang pour la transfusion etc.

7.7.2.1. CAUSES DES DECES MATERNELS

Les décès de patientes au cours de notre étude sont imputables à l'hémorragie, au choc septique, à l'anémie chronique. Il faut noter que 50% des décès auraient pu être évités si l'hémorragie avait pu être jugulée.

La rupture utérine a été le diagnostic qui a causé le plus de décès.

Les causes de décès que nous avons identifiées sont identiques à celles de Lankoandé et Takpara [33, 62].

Si dans notre étude les causes de décès sont l'hémorragie, le choc septique et l'anémie chronique, Magnin en France , par contre, trouve les étiologies suivantes : hémorragie(17,2%), embolie crurorique et amniotique(17,2%), maladie hypertensive(14,9%) [41].

7.7.2.2. PROFIL DES PATIENTES DECEDEES

7.7.2.2.1. AGE

Les patientes décédées au cours de notre étude avaient un âge moyen de 25,7 ans avec des extrêmes de 16 à 40 ans. Notre étude se rapproche de celle de Lankoandé à Ouagadougou qui trouve un âge moyen de 26,5 ans ; ainsi que de celle de Thonneau à Conakry qui trouve un âge moyen de 24,8 ans [33, 6].

7.7.2.2.2. PARITE

Les patientes décédées dans notre série (42%), avaient une parité comprise entre 1 à 3. Notre série est différente de celle de Lompo où l'on observait 2 fois plus de décès maternels à partir de la 5^{ème} parité [40]. Cela pourrait s'expliquer par le jeune âge des patientes décédées dans notre série.

7.7.2.2.3. PROFESSION

Les décès sont constatés uniquement parmi les ménagères et les commerçantes, avec respectivement 91,7% et 8,3%. Napon dans son étude a trouvé également que 70 % des patientes décédées étaient des ménagères[49].

Ce pourcentage élevé pour cette catégorie socioprofessionnelle que sont les ménagères pourrait traduire le manque de suivi médical dont elles auraient pu bénéficier. A cela s'ajoutent le dur labeur, l'ignorance et la pauvreté qui constituent une grande entrave à la santé des mères et accroissent ainsi le danger de la procréation [64].

7.7.2.2.4. PROVENANCE

Ce sont les patientes évacuées des provinces qui ont le plus succombé (66,7% des cas) tandis que celles résidant dans le Kadiogo l'ont été dans une moindre proportion (33,3% des cas). La distance a joué un rôle important dans le décès des patientes ainsi que la décision tardive de l'évacuation, le mauvais état des routes, l'épuisement des patientes à l'arrivée et les moyens financiers limités.

7.7.2.2.5. DUREE D'HOSPITALISATION

Le décès des patientes a été constaté après quelques heures à 20 jours d'hospitalisation.

Napon notait que les patientes décédées, l'ont été dans 59,5% des cas moins de vingt quatre heures après leur hospitalisation [49].

Ces chiffres, identiques aux nôtres, témoignent de l'extrême gravité de l'état des patientes à leur admission ; ceci dû au retard d'évacuation et de prise en charge thérapeutique [54].

Les patientes décédées quelques heures après leur arrivée soit 50 % , l'ont été avec un mauvais état général et un état comateux. Par contre, les patientes

décédées des jours après leur admission, l'ont été secondairement à des infections ou à un manque de moyens financiers.

7.7.3. DECES PERINATALS ET MORTINATALITE

Notre taux de mortalité périnatale de 128 pour 1.000 naissances est bas par rapport à celui trouvé par Lompo et qui était de 407 [40].

Quant à la mortinatalité, son taux a été de 97,5 pour 1.000 naissances dans notre série. Cela est dû à un retard dans les évacuations et surtout à la distance parcourue du centre d'origine au CHNYO. Ce taux est également bas par rapport à celui de Lankoandé qui était de 145 pour 1.000 [36]. Par contre, il est proche de celui noté par Lompo (101 pour 1.000) [40]. Ces taux sont élevés par rapport à ceux notés en France de 7,4 pour 1.000 [51]. D'où, l'intérêt d'une meilleure prise en charge des patientes depuis le début de la grossesse à l'admission en salle d'accouchement.

7.8. COUT DES DEPENSES ENGENDREES PAR UNE ADMISSION EN URGENCE A LA MATERNITE

7.8.1. LA FICHE D'HOSPITALISATION

Cette fiche est obligatoire dès qu'une malade est hospitalisée au CHNYO. Elle permet de bénéficier des différents examens complémentaires durant toute la période d'hospitalisation qui seront facturés à la sortie. Egalement, elle permet d'effectuer la sortie lorsque le malade passe à la caisse.

La fiche d'hospitalisation a un coût fixe de 1500 F CFA. Cependant, il arrive que des patientes ne l'honorent pas : cas des 14 patientes reçues au cours des grèves ou les patientes manquant de moyens financiers.

7.8.2. KIT OPERATOIRE

Le kit opératoire n'a été évoqué que lorsque la patiente devait subir un traitement au bloc opératoire. Il était de 15000 F CFA pour une césarienne ou une laparotomie et de 6250 F CFA pour une déchirure du cul de sac de Douglas ou du col.

Toute personne entrant au bloc devait honorer ce kit ; au cas échéant, c'est l'action sociale qui s'en chargeait.

Le coût du kit trouvé à Fada était de 15000 F CFA, tandis qu'à Bobo-Dioulasso, il était de 16000 F CFA [15].

Dans une étude effectuée par Sondo, les coûts extrêmes du kit opératoire étaient de 3.000 et 50.000 F CFA [61]. Cette différence peut s'expliquer par le type d'intervention chirurgicale effectuée.

7.8.3. COUT DE L'EVACUATION

Cette rubrique a concerné toutes les patientes transportées par ambulance quel que soit le lieu de départ à destination de la maternité du C.H.N.-Y.O.

Le coût moyen d'une évacuation était de 7024 F CFA avec des extrêmes de 1000 à 50000 F CFA.

Les patientes qui ont dépensé pour leur évacuation, l'on fait en fonction de la distance parcourue.

Lankoandé, a trouvé des coûts de 1500 à 20000 F CFA ; tandis que Sondo notait des variations de 750 à 30000 F CFA avec une médiane de 9000 F CFA [36, 61].

Cette différence peut s'expliquer par le coût sans cesse croissant du carburant.

A Bouaflé, en Côte d'Ivoire, le coût moyen de l'évacuation était de 5530 F CFA, avec des extrêmes de 500 à 30000 F CFA. Ce coût bas par rapport à notre série pourrait s'expliquer par la distance parcourue qui, dans ce cas, était comprise entre 2 et 109 km [19].

7.8.4. COUT DE LA CHAMBRE DURANT TOUTE L'HOSPITALISATION

Le coût moyen de la chambre durant toute l'hospitalisation était de 6.537 F CFA avec des extrêmes de 500 à 41.400 F CFA.

Ce coût a été calculé sur la base du coût journalier de la chambre par le nombre de jours d'occupation. De ce fait, nous remarquons que plus le séjour est long, plus le coût de la chambre durant toute l'hospitalisation est élevée. Celles qui ont le plus dépensé pour leur hospitalisation, sont celles qui ont présenté soit une infection post opératoire ou une grossesse pathologique.

Dolo a trouvé à Sikasso un coût moyen d'hospitalisation de 3210 F CFA. Ce coût est deux fois moins élevé que celui de notre série, car, il s'agit d'une étude effectuée dans un hôpital régional et le nôtre dans un hôpital national [20].

7.8.5. L'ACTE OPERATOIRE

Il représente le coût des différents actes qui ont été posés notamment au bloc opératoire et en salle d'aspiration manuelle intra-utérine.

Le coût de l'aspiration manuelle intra-utérine est de 5.250 F CFA, la césarienne à 8.750 F CFA et la laparotomie à 12.500 F CFA. Cet acte est payé par la patiente à la caisse au moment de la sortie.

7.8.6. LES SOINS DE SANTE AUX NOUVEAU-NES

Dès la naissance, les parents des nouveau-nés recevaient des ordonnances pour leurs soins quotidiens. Le coût moyen était de 4.302 F CFA avec des extrêmes de 850 à 8.081 F CFA.

Sondo avait noté des coûts variants entre 200 à 6.600 F CFA avec un coût médian de 2.400 F CFA [61].

Cette différence s'explique par le fait que les ordonnances délivrées ne comportaient pas les mêmes produits. Dans notre série, tous les produits prescrits étaient des spécialités destinées au pansement ombilical, un collyre et un antibiotique.

7.8.7. NOMBRE D'ORDONNANCES

Seulement 23% des patientes ont reçu une seule ordonnance. Le nombre moyen d'ordonnances était de 5. Les patientes qui ont reçu une seule ordonnance ont été traitées pour un avortement non compliqué, une hémorragie de la délivrance, une déchirure du col ou du cul de sac de Douglas.

Le nombre de patientes à avoir une ordonnance était de 66% pour les urgences médicales selon Ouédraogo [55]. Quant aux urgences chirurgicales, le nombre moyen d'ordonnances était de 3,8 [5].

La moyenne d'ordonnance reçue au cours d'une hospitalisation est élevée dans notre série car, nous avons suivi les patientes de leur admission en urgence à leur hospitalisation dans une unité de la maternité ; donc les traitements étaient réadaptés, d'où le nombre élevé d'ordonnances.

7.8.8. NOMBRE DE PRODUITS PAR ORDONNANCE

L'ordonnance de 96% des patientes comportait entre 7 à 9 produits. Ce pourcentage élevé de patientes ayant de nombreux produits sur une ordonnance correspondait en général à la première ordonnance lorsqu'une voie veineuse devait être prise, associée à l'administration de divers produits injectables. Ceci traduit le fait que le kit fourni par la maternité du CHNYO soit inadapté pour la prise en charge réelle d'une urgence.

Notre étude se rapproche de celle de Ouédraogo, avec 6 produits en moyenne pour les urgences médicales [55].

Néanmoins, nous avons observé des différences avec les études de Ouoba dans le service d'urgence au C.H.N.-S.S. avec 3 produits en moyenne par ordonnance [56]. Cela s'explique par le fait que dans cette étude, Ouoba ne s'est intéressé qu'au service d'urgence et donc n'a pu obtenir les ordonnances du service où les patients furent hospitalisés.

Berthoud, en Suisse, a trouvé 2 produits par ordonnance. Ceci est dû au fait qu'en Europe, les hôpitaux disposent de produits d'urgence, d'où le nombre réduit de produit/ordonnance [7].

7.8.9. LE COUT DES PRODUITS

Le coût moyen des produits achetés par les patientes était de 21.419 F CFA, ce qui est élevé par rapport au revenu annuel par tête d'habitant dans notre pays qui est de 24.918 F CFA [11]. Les dépenses en produit variaient de 2.000 à 84.602 F CFA. Ces produits devraient être achetés dès la remise des ordonnances, d'où la nécessité pour la patiente de disposer de fortes sommes d'argent lors de l'admission en urgence.

Ce coût élevé pourrait avoir un rapport avec la longueur de l'ordonnance qui était en moyenne de 5 produits.

Les dépenses en produits étaient très élevées dans notre étude, comparativement à celle réalisée aux urgences médicales où la moyenne était de 7.963 F CFA et aux urgences chirurgicales où elle était de 8696 F CFA [55, 7].

L'importance de cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'en maternité, la voie veineuse est par excellence la plus utilisée. Or, les produits injectables coûtent chers.

Sondo a trouvé, quant à lui, un coût médian de 14.000 F CFA avec des coûts extrêmes de 1.665 à 32.750 F CFA [61].

7.8.10. COUT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

7.8.10.1. NOMBRE D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES PAR CHAQUE PATIENTE

La proportion de 14,07% des patientes a eu recours à des examens complémentaires. Ces résultats signifient que la clinique a été d'un grand apport pour le diagnostic.

L'échographie pelvienne a été demandée en cas de suspicion de grossesse extra-utérine ou d'avortement incomplet. Le coût élevé de cet examen fait qu'il n'a pas toujours été exigé auparavant.

Le groupe sanguin/rhésus et le taux d'hématocrite ou d'hémoglobine ont été demandés en cas d'hémorragie ou d'anémie clinique, ceci en vue d'une probable transfusion. Quant à la numération blanche, elle a été demandée en cas de suspicion d'infection.

Ouédraogo dans son étude note également un faible taux d'utilisation des examens complémentaires [55] ; par contre en France 81% des patients ont eu recours à des examens de laboratoire [22].

De plus, il faut noter que l'attente d'un résultat d'examen tel que l'échographie est en moyenne de 6 heures avec des extrêmes de 4 à 24 heures ; ce qui va beaucoup jouer dans la prise en charge de la patiente. L'échographie n'étant pas disponible au sein de l'hôpital durant notre période d'étude, il fallait donc que la patiente se déplaçât vers les cliniques privés et ceci uniquement les jours ouvrables.

7.8.10.2. COUT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les patientes ont dépensé entre 750 et 17.000 F CFA pour les examens complémentaires avec une moyenne de 2.842 F CFA. Les examens de laboratoire tels que la numération blanche ont coûté 3.000 F CFA tandis que le groupe sanguin/ rhésus et le taux d'hématocrite ont coûté 750 F CFA chacun.

Ouédraogo a trouvé un coût moyen de 799 F CFA pour les examens complémentaires et des extrêmes de 750 et 7.750 F CFA [54]. Cette différence pourrait s'expliquer par le type d'examens demandés (radiographie thoracique, numération blanche, goutte épaisse, azotémie, glycémie).

7.8.11. TOTAL DES DEPENSES EFFECTUEES

Le total des dépenses effectuées par les patientes reçues en urgence à la maternité du CHNYO était élevé, avec une moyenne de 45.929 F CFA et des extrêmes de 8.801 à 130.892 F CFA. Ceci est largement au-dessus du salaire minimum garanti au Burkina faso.

Les patientes qui ont le plus dépensé sont celles qui ont été évacuées des provinces et qui pour la plupart viennent de ménages de cultivateurs, donc à revenus limités. Les familles de certaines patientes ont dû vendre leurs biens (vélo, engins, céréales, animaux...) pour faire face aux différentes dépenses.

Les sommes dépensées par les patientes au cours de leur hospitalisation dans notre étude sont approximativement les mêmes que celles trouvées dans d'autres études.

A Dakar, Cissé trouve que le coût moyen de la prise en charge depuis la décision d'évacuation jusqu'à la sortie se chiffre à 67.362 F CFA avec des extrêmes de 3.500 et 142.015 F CFA [14]. A Ouaga Sondo trouve un coût moyen de 30.500 F CFA et des extrêmes de 300 à 81.440 F CFA hormis le coût de l'hospitalisation [61].

Le coût élevé de la prise en charge d'une urgence à la maternité pose le problème de la recherche des fonds en un laps de temps court.

Le coût moyen des dépenses totales des patientes ayant subi une césarienne était plus élevé pour celles provenant des autres provinces que le Kadiogo (respectivement, 74 604F CFA et 66 435F CFA ; $p= 0,28$). Les mêmes conclusions ont été notées pour la grossesse extra-utérine et l'anémie chronique (respectivement $p= 3,11$ et $p= 0,28$).

Cela se comprend du fait que les patientes des autres provinces ont, en plus, la charge du coût de l'évacuation.

VIII CONCLUSION

La réalisation de notre travail sur les aspects épidémiologiques et cliniques des patientes admises pour une urgence gynécologique ou obstétricale au C.H.N.-Y.O. nous a permis d'atteindre les objectifs suivants :

- connaître la fréquence moyenne des patientes admises en urgence
- cerner le profil socio-démographique de ces patientes
- connaître leur état clinique à l'admission
- dégager les pathologies dominantes
- évaluer le coût moyen d'un séjour à la maternité du C.H.N.-Y.O. pour une urgence.

Notre travail nous a permis également de déceler des failles au niveau du système de référence. C'est ainsi que des dispensaires ou maternités isolées ainsi que des C.S.P.S. évacuent directement leurs patientes vers le service de gynécologie et d'obstétrique du C.H.N.-Y.O. en cas d'urgence.

Nous avons également noté que l'équipe de garde était insuffisante pour le travail qu'elle abattait. Ceci s'est ressenti dans les délais d'attente, des soins et de prise en charge d'une intervention.

Il ressort de notre travail que le coût de la prise en charge d'une urgence reste élevé au vu du revenu moyen du Burkinabé surtout en milieu rural.

Nous pouvons retenir cette idée de Lancan : « la médecine d'urgence est la médecine la plus active et la médecine la plus quotidienne » [37].

Au terme de notre travail et à la lumière de nos résultats et des difficultés relevées, que pouvons-nous suggérer ?

IX SUGGESTIONS

Nous proposons les mesures suivantes susceptibles d'améliorer la prise en charge et de réduire le coût des urgences gynécologiques et obstétricales au C.H.N.-Y.O.

9.1. AU PERSONNEL DE LA MATERNITE DU C.H.N.-Y.O.

- Réorganiser le système de garde par l'augmentation du nombre de sage-femmes par équipe, afin d'éviter aux patientes un temps d'attente long avant leur prise en charge,
- Mettre en place un kit d'urgence en fonction de la pathologie que présenterait la patiente, avec la désignation d'une personne par équipe de garde à cette tâche.

9.2. AUX RESPONSABLES DU C.H.N.-Y.O.

- Affecter à la maternité un plus grand nombre de personnel qualifié(gynécologue, médecin généraliste, sage-femme) pour recevoir et traiter les patientes admises en urgence,
- Doter la maternité en produits d'urgence à des coûts réduits et l'obtention d'une subvention du kit opératoire voire son annulation,
- Mettre à la disposition des patientes des examens para-cliniques d'urgence au sein de la maternité.

9.3. AUX AUTORITES POLITIQUES ET SANITAIRES

- Embaucher et former en médecine d'urgence un nombre élevé de médecins généralistes au niveau des Centres Hospitaliers Régionaux et C.M.A., ceci pour réduire les évacuations sanitaires vers la maternité du C.H.N.-Y.O.,

- Créer dans les grands centres, tel que Ouagadougou, d'un Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), ce qui permettrait d'améliorer le service et d'éviter certaines complications à la mère et/ou à l'enfant,
- Dynamiser la maternité sans risque par une plus grande implication de la population.

Nous ne saurions terminer sans faire part ou du moins rappeler aux autorités politiques et sanitaires cette belle réflexion du professeur Azoumé de l'université de Cotonou au Bénin : << Si l'on peut être parfois choqué du coût de financement des services d'urgence, un malade rattrapé et guéri sans séquelles coûte infiniment moins à la société qu'un grabataire qui finira par mourir >> [4].

X BIBLIOGRAPHIE

1-**Abdessamed Dialmy**. La gestion socioculturelle de la complication obstétricale dans les régions de Fès-Boulemane et de Taza-Al Houceima Taounate. USAID. 83p.

2-**Askenasi R, Lheureux P, Gillet JB**. Influence des examens demandés en urgence sur le temps de passage des patients dans un service d'urgences. Réa Soins intens Med urg. 1991 ; 7 : 118.

3-**Alihonou E, Perrin R, Atchade D, Hekpazo A, Dossou, Yovo L**. (1987) : Problèmes des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical dans un service de référence (cas de la clinique universitaire de gynécologie et obstétrique du CHNU de Cotonou). Médecine d'Afrique noire, 1987, 250 : 165-170.

4-**Azoumé F.A**. (1977) : Les urgences pédiatriques à Cotonou, in Médecine d'Afrique noire. 1977, n°6, 149-153.

5-**Balima Z**. La consommation du médicament au CHNYO (1996) : Réalités et insuffisances. Ouagadougou : mémoire de fin de cycle. Ecole Nationale d'Administration et de magistrature, 1996 : 85.

6-**Bamba A**. Stratégie pour la maternité sans risque au Burkina Faso. INF/OMS-Burkina n° 001. juin 1999, p 13.

7-**Berthoud S**. Profil de prescription en Suisse Romane et au Tessin (1973) : Analyse de 2006 ordonnances. Journal suisse de médecine, 1973, vol 109, n°32, 1994-2200

8-Blatt A., Chambon R., Lemardeley P. (1997) : Forme légale et coût des prescriptions à l'hôpital central de Yaoundé. *Médecine Tropicale* 1997 ; 57 : 37-40.

9-Bohoussou K.M., Djanhan Y., Bokossa E., Koné N., Welfens E., Touré K., Thonneau P. (1995) . La mortalité maternelle à Abidjan(Côte d'Ivoire) de 1988 à 1993. *Médecine d'Afrique noire*, 1995, 42(11), 568-571.

10-Carpentier F., Guignier M. (1990). Etude de 21122 admissions en service d'urgences. Enquête multicentrique effectuée sur un mois dans les centres hospitaliers d'Argenteuil, Brest, Briançon, Clermond-Ferrant, Dijon, Embrun, Genève, Grenoble, Lyon Saint Joseph, Lyon Edouard-Herrot, Macon, Nancy, Nantes, Nice, Paris Saint Joseph, Rennes, Rouen, Thonon. *Médecine d'Urgence : réanimation, soins intensifs* 1990 ; 6 : 27-30

11-Chambre de commerce, d'industrie et d'artisanat du Burkina (1992). Données économiques et sociales. Ouagadougou : Ministère du Commerce, de l'Industrie et des Mines, 1992 : 40

12-Cenac A., Dounon E., Bars L. (1980). Dictionnaire des urgences médicales de l'adulte. Masson, Paris, p 376.

13-Cissé Cheikh T., Faye E.O., De Bernis L., Dujardin B., Diadhiou F. (1998). Césarienne au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services. *Cahiers santé* 1998, 8 : 369-377

14-Cissé M.L., Moreau J.C., Faye E.O., Cissé L. Terolbé J., Diadhou F. (...). Coût de l'évacuation des parturientes au centre hospitalo-universitaire Le Dantec de Dakar. B6 : 14.

15-Dao B., Thieba B., Sawadogo G., Lankoandé J., Koné B. Evaluation du système de kits opératoire d'urgence dans trois maternités au Burkina Faso. Huitième journée des sciences de la santé de Bobo Dioulasso. Santé de la mère et de l'enfant du 25-29 mai 1999.p 12.

16-Diallo D., Diadhou F., Diouf A., Faye E.O. Aspects obstétricaux de la mortalité maternelle/ étude cas-témoins. Comm. Au 3^{ème} séminaire de formation et d'information sur la santé maternelle et infantile au C.E.R.P.O.D. 2-13 Dec. 1991.

17-Diallo F.B., Diallo A.B., Diallo T.S., Camara A.Y., Baldem A., Diallo Y., Diallo M.S. (1999). Grossesse extra utérine : aspects épidémiologiques et thérapeutiques au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry. Médecine d'Afrique noire, 46(10) : 442-445.

18-Diarra I., Dolo A.I., Traoré M., Diabaté F.S. (...). Les urgences obstétricales dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital du point G. Livre des résumés du Vième congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique, 1^{er} congrès de la Société des Gynécologues et Obstétriciens du Burkina. P.5.

19-Diarra A., Nama J., Angbo O., Koffi M.K., Welfens C.Ekra. Morbidité et mortalité liées aux transferts obstétricaux dans le district sanitaire de Bouaflé en Côte d'Ivoire. Santé publique 1999, volume 11, n°2, p 193-201.

20-Dolo M., Traoré A., Berthé-Dembélé D. Enquête sur les césariennes au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital régional de Sikasso. République du Mali. Huitième journée des sciences de la santé de Bobo-Dioulasso. Santé de la mère et de l'enfant du 25-29 mai 1999, p 6.

21-Foro A. (1992). Evacuations sanitaires en gynécologie et obstétrique. A propos de 2135 dossiers recueillis à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Thèse de médecine. Université de Ouagadougou, n°21, 104p.

22-Granger J., Gallet M., Jorda M. (1987). Les examens biologiques au service des urgences. Réanimation, Soins intensifs, Médecine Urgences. 1987, 3 : 182.

23-Gueguen G. Sénégal : mise en place d'un micro-ordinateur dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital régional de Ziguinchor. Médecine Tropicale, 1995, 59 : 178-181.

24-Goulon M. Avant-propos. Dans Couture J., Pumas S., Fournier E., Lissac J., Mante J.M., Pechere J.C., eds. Urgences médicales. Paris : Edisem Maloine, 1984 : 1-2.

25-Ilef D, Isnard H, Capek I, Junod B. (1992). Evaluation de la réponse à l'urgence grave: l'analyse des délais de prise en charge des urgences; une étude de faisabilité en Picardie. La revue des SAMU 1992 ; 6 : 311-316.

26-Iloki L.H., Koubaka R., Itoua C. (...). Les urgences gynécologiques au CHU de Brazzaville au Congo. Livre des résumés du VIème congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique, 1^{er} congrès de la Société des Gynécologues et Obstétriciens du Burkina. p.7.

27-Institut National de la Statistique et de la Démographie (1991). Enquête démographique. Ouagadougou : I.N.S.D., 1992 : 558.

28-Institut National de la Statistique et de la Démographie (1993). Enquête démographique de santé. Ouagadougou : I.N.S.D., 1994 : 296.

29-Institut National de la Statistique et de la Démographie (1998). Profil et évolution de pauvreté au Burkina-Faso : étude statistique nationale. Ouagadougou. Ouagadougou : I.N.S.D., Mars 2000 : 145.

30-Institut National de la Statistique et de la Démographie (1998-1999). Enquête démographique et de santé. Ouagadougou : I.N.S.D., 325p.

31-Ky A.Y. (1998). Les avortements dans les maternités de la ville de Ouagadougou : aspects épidémiologiques et cliniques. Thèse de médecine. Université de Ouagadougou, n° 49, 108p.

32-Landreau D. Enquête auprès d'usagers de l'hôpital de N'Djaména. Dans : rencontres hospitalières de Bobo Dioulasso. L'hôpital africain ; bilan et perspective. Ouagadougou : coopération française, 1995 : 76.

33-Lankoandé J, Foro A, Akotiongga M, Bonané B, Ouédraogo C, Koné B. (1997). Les évacuations sanitaires en gynécologie et obstétrique : à propos de 2135 dossiers recueillis à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Annales de l'université de Ouagadougou, série B, vol V, 1997 : 19-25.

34-Lankoandé J, Ouédraogo C.M.R, Ouédraogo A, Akotiongga M, Touré B, Dao B, Sondo B, Koné B. (...) . La mortalité maternelle : à propos de 123 observations à la maternité du CHU de Ouagadougou Burkina Faso. Burkina Médical Vol.1 ; n°1.p.28-31.

35-Lankoandé J, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo C.M.R, Ouattara T, Bonané B, Koné B. Les éclampsies à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo(Burkina Faso) : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45(6) : 399-402.

36-Lankoandé J, Ouédraogo C, Touré B, Ouédraogo A, Dao B, Koné B. (1998). Les ruptures utérines obstétricales à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou : à propos de 80 cas colligés en une année d'activité obstétricale. Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45(1) : 17-21.

37-Larcan A, Laprevote-heuilly MC. Urgences médicales. Paris: Masson, 1995:240.

38-Le Garnier Delamare (...). Dictionnaire des termes de médecines. Maloine, 24^{ème} édition.

39-Lindsay E. Epidémiologie de la mortalité périnatale. Rap. Trimest. Statist. Sanit. Mond., 1985, 38, 285-301.

40-**Lompo T.K. (1994)**. Evacuations sanitaires dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier National Souro Sanou(CHNSS). Thèse de médecine. Université de Ouagadougou, n°23, 53p.

41-**Magnin G.** Morbidité et mortalité maternelles liées à l'accouchement. La revue du praticien (Paris) 1999, 8p.

42-**Maternité du CHNYO (2000)**. Congrès sur l'épidémiologie des urgences obstétricales. Ouagadougou, mai 2000.

43-**Méda N., Traoré G., Méda H., Curtis V. (1992)**. Mortalité en milieu hospitalier au Burkina Faso. Cahiers de santé, 1992, 2 : 45-48.

44-**Ministère de la santé/Direction de la Médecine Hospitalière (1996)**. Rapport du séminaire atelier de Goundi. Ouagadougou : D.M.H., 1996 : 21.

45-**Ministère de la santé (1999)**. Etats généraux de la santé, 15,16,17 et 18 juin 1999. "Organisation du système de santé au Burkina Faso : forces et faiblesses" Ouagadougou : p 6.

46-**Ministère de la santé publique/ministère du développement social**. Pour une maternité sans risque. Rapport de la deuxième mission d'identification (Projet réduction de la mortalité maternelle). Dakar, 1989, p 152.

47-**Morgan J, Cullen W, Bury G, Turner M.J. (2000)**. Profile of attendance at a maternity hospital emergency room. International Journal of medical Science 2000 April-June : 169-170.

48-Mtimavalye L.A.R. Maternal mortality in Dar-es-Salam. Tanzania, 1974
1977. The East Afr. Med. 1980, 57, 2, 111-120.

49-Napon A.M. (1996). Mortalité maternelle dans l'agglomération de
Ouagadougou de 1990 à 1994. Thèse de médecine. Université de Ouagadougou,
n°10, 82p.

50-N'Guessan K, Gondo D, Bokossa M, Kodjo R, Koné K, Bohoussou K.
(...). Problématique des évacuations obstétricales et pronostic materno-foetal : à
propos de 683 cas colligés au CHU de Cocody à Abidjan.

51-Odile Kremp. Protection prénatale (réglementation) ; Mortalité périnatale
(épidémiologie). Santé publique B 265. p 1237. La revue du praticien (Paris)
1998, 48.

52-O.M.S. (1989). Mortalité et morbidité maternelle. Cotonou : INFOSEC :
125.

53-O.M.S. Rap. Trimest. Sanit., 1990, 1, p 236.

54-Ouédraogo H.Z. (1998). Etude de la prise en charge de l'urgence médicale au
Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo. Thèse de médecine. Université
de Ouagadougou, n°40, 91p.

55-Ouédraogo R.M.C. Etude des facteurs de risque de la morbidité maternelle
grave et de morbimortalité infantile à Ouagadougou. Thèse de médecine.
Université de Ouagadougou 1997, n°452 : 92.

56-Ouoba K. (1992). Urgences au Centre Hospitalier National Souro Sanou de Bobo-Dioulasso. Thèse de médecine. Université de Ouagadougou, n°9, 91p.

57-Royston E., Armstrong S. La prévention des décès maternels. OMS. Genève 1990, p 11.

58-Rusterholtz T., Pradier C., Potel G., Boyer O., Trouze M.D., Baron D. (1991). Evaluation de l'exactitude diagnostique et du délai thérapeutique dans un service d'urgences médicales. Réanimation, soins intensifs. Médecine Urgences 7 : 1991-203.

59-Service d'Information Médical (S.I.M.) (1998). Rapport d'activité hospitalière. Ouagadougou, 40p.

60-Simon N., Frey A., Sobhani P. Les consultations médicales itératives dans un service d'accueil. Réan Soins Intens Med Urg 1991 ; 7 : 118.

61-Sondo B, Testa J, Koné B. (1997). Le coût financier des soins de santé : enquête auprès de femmes ayant eu un accouchement à risque. Cahier Santé 7 : 33-37.

62-Takpara I, Kasia J.M, Alihonou E, Bruhat A.M. (1998). Mortalité maternelle en Afrique. Le Bénin médical n°10 : 17-18.

63-Thonneau P, Goyaux N, Touré B, Barry T.M, Cantrelle P, Papiernik E, Margnin G. (1994). Mortalité maternelle en Guinée : mesures et perspectives. Journal de Gynécologie et d'obstétrique. Biologie de la Reproduction 23 : 721-726.

64-Traoré A.N. (1992). Bilan statistique et épidémiologique des urgences obstétricales et gynécologiques au C.H.U. Thèse de médecine. Université de Dakar, n°6, 109p.

65-Xavier E. (1981). La morale et la médecine. Paris : Ed. Fernand Nathan, 1981, 23-25.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

URGENCES GYNECO-OBSTETRIQUES AU CHN-YO

Date d'entrée :

Heure d'arrivée :

Date de sortie :

ETAT CIVIL

Nom :

Prénom(s) :

Age :

Situation matrimoniale :

Profession :

Résidence :

MODE D'ADMISSION

Sans référence :

Référence : province :

Privé :

maternité de Ouagadougou :

MOTIF D'HOSPITALISATION

.....

ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

Date des dernières règles :

Contraception :

ANTECEDENTS OBSTETRIQUES

Geste :

Parité :

Mort-né :

Avortement :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Césarienne :
Laparotomie :
Autres :

ANTECEDENTS MEDICAUX

HTA
Diabète :
Autre :

SIGNES GENERAUX

Etat général :
Conjonctives :
Œdème des membres inférieurs :
Température :
Tension artérielle :

DIAGNOSTICS

Entrée :
Sortie :

FRAIS D'HOSPITALISATION

Fiche d'hospitalisation :
Kit opératoire :
Evacuation :
Séjour :
Acte :
Soins du nouveau-né :

MEDICAMENTS

N° d'ordonnance	Médicaments	Type	Présentation	Coût
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Nombre	Type	coût
TOTAL		TOTAL

ISSUE

Maternelle :

Nouveau-né :

COMPOSITION DU KIT OPERATOIRE

PRODUITS	Quantité
Sérum salé isotonique 5% 500cc	2
Sérum glucosé isotonique 5% 500cc	2
Gélofusine ou Haemacel 500cc	1
Perfuseur	1
Intranule	1
Seringue 10cc	2
Seringue 5cc	2
Gant n°7 ½	8
Compresse stériles 40x40(boite de 10)	3
Tambour de grandes compresses	1
Sparadrap perforé(mètre)	1
Sonde urinaire	1
Poche collectrice	1
Solubacter	1
Bétadine jaune	1
Oxytocyque 5 unités internationales	3
Ampicilline injectable 1 gramme	3

Serment d'Hippocrate

« En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je 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 mœurs 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 fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».